

## بررسی استانداردهای ایمنی و کیفیت مراقبت بیمارستان های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از استانداردهای کمیسیون مشترک بین الملل (JCI) در سال ۹۰-۹۱

مینا کشاورز<sup>۱</sup>، علی اکبری ساری<sup>۲</sup>، عباس رحیمی فروشانی<sup>۳</sup>، محمد عرب<sup>۴\*</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۱/۹

### چکیده:

**زمینه و هدف:** اعتباربخشی برنامه ارزیابی سازمان های مراقبت از سلامت می باشد که با توجه به استانداردهای از قبل تعیین شده ساختار و فرایند را مورد اندازه گیری قرار می دهند. این مطالعه با هدف ارزیابی وضعیت ایمنی و کیفیت مراقبت در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران بر اساس استانداردهای JCI (Joint Commission International) و تعیین نقاط ضعف و قوت آنها انجام گرفته است.

**مواد و روش ها:** این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی می باشد که به صورت مقطعی در ۵ بیمارستان انجام شده است و ابزار مورد استفاده چک لیست ترجمه شده استانداردهای کمیسیون مشترک بین الملل با ۱۴ استاندارد می باشد. ورود اطلاعات و تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ انجام شد و برای مقایسه بیمارستان ها از آزمون آماری K Independent Samples tests استفاده شده است.

**نتایج:** بالاترین امتیاز کیفیت و ایمنی مراقبت مربوط به بیمارستان B (۸۴ درصد) و بعد از آن به ترتیب مربوط به بیمارستان های C (۸۳ درصد)، A (۷۲.۷۵ درصد)، E (۷۲ درصد) و D (۷۰.۵ درصد) می باشد و بر اساس نتایج آزمون های آماری بیمارستان های مورد مطالعه در استانداردهای حقوق بیمار و خانواده، پیشگیری و کنترل عفونت و بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با یکدیگر متفاوت هستند.

**نتیجه گیری:** یافته های پژوهش نشان می دهد که بیمارستان های مورد مطالعه در وضعیت نسبتاً خوبی از نظر کیفیت و ایمنی مراقبت قرار دارند اما در بعضی موارد فاصله زیادی بین استانداردهای کمیسیون مشترک بین الملل و وضعیت فعلی آنها دیده شده است و بیمارستان های مورد مطالعه نیازمند تعیین خط مشی های مرتبط، طرحریزی و اجرای برنامه هایی برای بهبود وضعیت خود می باشند.

**کلمات کلیدی:** اعتباربخشی، ایمنی بیمار، کمیسیون مشترک بین الملل، کیفیت مراقبت

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشت و درمان، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران (\* نویسنده مسئول)

تهران، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه بهداشت، طبقه ۴، گروه علوم و مدیریت و اقتصاد بهداشت.

تلفن: ۰۹۱۲۶۵۸۷۵۳۰

arabmoha@sina.tums.ac.ir

**مقدمه :**

در نظام های ارائه خدمات سلامت در سطح جهان بیمارستان ها همیشه از نقشی ویژه برخوردار بوده اند زیرا حدود ۴۰ تا ۷۰ درصد از بودجه بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص داده (۱) و انسان در تمامی دوره های زندگی خود نیاز به خدمات آنها دارد، علیرغم وجود خدمات و تجهیزات متنوع در بیمارستان ها مسئله ای که بیشتر توجه همگان را جلب می کند، کیفیت مراقبت های بهداشتی است که اگر نادیده گرفته شود می تواند خساراتی جبران ناپذیر برای انسان ایجاد کند. می توان مراقبت با کیفیت را به این صورت تعریف نمود: ایمن باشد یعنی مراقبت یا درمان به بیمار کمک کند و آسیبی برای او ایجاد نکند، موثر باشد یعنی مراقبت و درمان بر پایه دانش صحیح و بی عیب و دارای نتایج مثبت باشد، بیمار محور باشد یعنی مراقبت پاسخگوی نیازها، ارزشها و ترجیحات شخصی بیمار باشد، بموقع باشد یعنی بیمار مراقبت مورد نیاز را در بهترین زمان ممکن دریافت کند و انتظارات غیرضروری و تاخیرهای مضر کاهش یابد، کارآمد باشد یعنی درمان، زمان و پول بیمار و پزشک را تلف نکند، عادلانه باشد یعنی همه افراد، مرد و زن با سطوح متفاوت فرهنگ، درآمد، آموزش و جایگاه اجتماعی خدمات با کیفیت دریافت کنند(۲).

به کارگیری خدمات با کیفیت موجب صرفه جویی در هزینه ها و افزایش روحیه کارکنان، رضایت بیماران و اثربخشی تخصصی ارائه دهندگان خدمات می شود. می توان گفت کیفیت خدمات عامل مهمی برای رشد، موفقیت و ماندگاری سازمان است و به عنوان راهبردی موثر و فراگیر در دستور کار مدیریت سازمان ها قرار گرفته است(۳ و ۴). ایمنی بیمار نیز به عنوان یکی از مولفه های اصلی کیفیت خدمات سلامت به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت های سلامت است(۵). خدمات نا ایمن علاوه بر داشتن عواقب ناخوشایند برای بیمار و خانواده وی باعث آوردن فشار روانی بر کارکنان سیستم سلامت و افراد جامعه می گردد و در نهایت بار اقتصادی عظیمی را بر سیستم بهداشتی و درمانی و جامعه تحمیل می نماید(۶).

یکی از برنامه هایی که برای بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت طراحی شده است اعتباربخشی می باشد که فرایندی است داوطلبانه، غالباً قابل دستیابی و مناسب و با پیوستن به مجموعه ای از استانداردها و قادر به محاسبه و ارزیابی نظام مراقبت از سلامت، اعتباربخشی در یک سازمان تعهدی است آشکار در جهت بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار، اطمینان از محیط مراقبتی ایمن و فعالیتی مستمر برای کاهش خطراتی که بیماران و کارکنان را تهدید می کنند (۷،۸). JCAHO کمیسیون مشترک بین المللی اعتباربخشی سازمانهای

مراقبت بهداشتی و JCI کمیسیون مشترک بین الملل هر دو سازمان هایی آمریکایی، غیردولتی و غیر انتفاعی به شمار می آیند که استانداردهای اعتباربخشی را طراحی کرده اند(۷). استانداردهای اعتباربخشی JCI در کلیه سازمانهای مراقبت سلامت قابل استفاده می باشد و طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی(WHO) این برنامه توانسته بیشترین تاثیر را بر استانداردهای اعتباربخشی جهانی بر جای بگذارد(۹). مأموریت اصلی بیمارستان ها تامین مراقبت با کیفیت برای بیماران و برآوردن نیازها و انتظارات آنهاست، برآوردن این رسالت مهم مستلزم نهادینه شدن کیفیت در بیمارستان ها می باشد و ایمنی بیمار نیز از ارکان اصلی کیفیت مراقبت سلامت محسوب می شود(۴). در مطالعه ای که در سال ۱۳۹۰ توسط تبریزی انجام شده است نشان داد که در بعد بهبود مستمر کیفیت، مدل اعتباربخشی JCAHO آمریکا دارای وضعیت مناسبی می باشد بطوریکه تاکید ویژه ای بر کیفیت، ایجاد استانداردهایی برای شناسایی و پیشگیری از صدمات رایج در خدمات سلامت دارد و اثبات سطح کیفیت بالاتر مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت که به وسیله این مدل اعتباربخشی شده اند گواه این ادعاست(۹). مطالعه ای که در سال ۲۰۰۸ توسط El\_Jardali انجام شده است نشان داد در طول فرایند اعتباربخشی و بعد از آن پرستاران اهمیت بهبود کیفیت در مراقبت ها را درک کرده اند و بر اساس دیدگاه پرستاران اعتباربخشی بیمارستان ابزاری مناسب برای فراهم آوردن بهبود کیفیت است(۱۰). مطالعه ای که در سال ۲۰۰۰ توسط Donahue انجام شده است نشان داد که اعتباربخشی JCI یک برنامه اعتباربخشی بسیار واضح برای ارزیابی کلیه سیستم های یک سازمان مراقبت سلامت می باشد، امکان مقایسه بین المللی سازمان ها را فراهم می آورد و چارچوبی برای مدیریت کیفیت ایجاد می کند(۱۱). مطالعه ای که در سال ۱۳۸۹ توسط خدایاری انجام شده است نشان داد بیمارستان های مورد مطالعه در وضعیت نسبتاً خوبی از لحاظ استانداردهای JCI قرار دارند که نشان دهنده آمادگی نسبی این بیمارستان ها در جذب گردشگران پزشکی می باشد اما در استانداردهای حقوق بیمار و خانواده، مراقبت بیماران و آموزش بیمار نیاز به بهبود وضعیت به وضوح دیده می شود(۱۲). با توجه به مطالب ذکر شده و پی بردن به اهمیت اعتباربخشی بیمارستانها براساس استانداردهای JCI و شناخت دستاوردهای آن، هدف مطالعه این است که اعتباربخشی را در بیمارستان های منتخب آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام داده و با شناسایی مشکلات و موانع موجود بتوان برای ارتقا وضعیت سازمانهای مراقبت سلامت راهکارهایی را ارائه دهیم.

## مواد و روش ها :

محور شامل ۶ زیر استاندارد (بهبود کیفیت ایمنی بیمار، پیشگیری و کنترل عفونت، نظارت، رهبری و مدیریت، مدیریت تاسیسات و ایمنی، آموزش حین خدمت و مهارت های حرفه ای، مدیریت ارتباطات و اطلاعات) می باشد، داده ها با توجه به نوع استاندارد از طریق مصاحبه و مشاهده توسط پژوهشگر مورد جمع آوری قرار گرفتند. میزان تحقق هر استاندارد با توجه به طیفی شامل ۵ مقیاس از کاملاً "رعایت شده تا رعایت نشده مشخص و با آزمون K Independent Samples tests (کروس کال والیس) با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ مورد محاسبه قرار گرفتند.

## یافته ها :

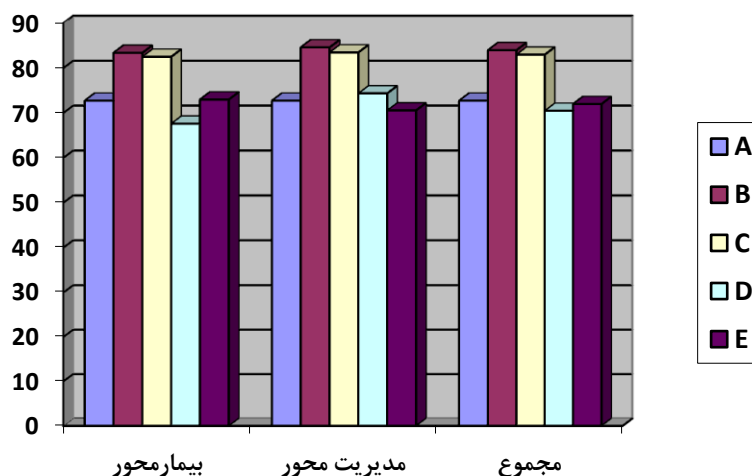
این مطالعه با هدف بررسی وضعیت ایمنی و کیفیت مراقبت بیمارستان های منتخب بر اساس استانداردهای کمیسیون مشترک بین الملل و تعیین نقاط ضعف و قوت آنها صورت گرفته است. در جدول ۱ سطح بندی بیمارستان ها در ارتباط با استانداردهای JCI نشان داده شده است.

پژوهش حاضر از نوع کاربردی است که به صورت تحلیلی و مقطعی در سال ۹۰\_۹۱ صورت گرفته است. نحوه انتخاب نمونه ها به این صورت بوده که ابتدا لیست بیمارستان های آموزشی\_درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران مشخص شده و سپس با توجه به تعداد بالای سوالات، ۶ بیمارستان بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند که ۳ بیمارستان تخصصی و ۳ بیمارستان عمومی بوده اما یکی از بیمارستان های تخصصی به علت عدم همکاری از مطالعه خارج شده است.

ابزار گردآوری داده ها چک لیست ترجمه شده استانداردهای کمیسیون مشترک بین الملل است که دارای ۱۴ استاندارد در ۲ بخش بیمار محور و سازمان محور می باشد، استانداردهای بیمار محور شامل ۸ زیر استاندارد (حقوق بیمار و خانواده، ارزیابی بیمار، مراقبت از بیمار، مراقبت بیهوشی و جراحی، استفاده و مدیریت دارو، آموزش بیمار و خانواده، دسترسی به مراقبت و تداوم مراقبت، اهداف بین المللی ایمنی بیمار) و استانداردهای مدیریت

جدول ۱: میزان رعایت استانداردهای JCI به تفکیک بیمارستان ها

بیمارستان	بیمار محور(درصد)	مدیریت محور(درصد)	مجموع استانداردها(درصد)
A	۷۲.۷۵	۷۲.۷۵	۷۲.۷۵
B	۸۳.۴۱	۸۴.۶۳	۸۴
C	۸۲.۵۳	۸۳.۵	۸۳
D	۶۷.۶۳	۷۴.۳۸	۷۰.۵
E	۷۳	۷۰.۵۸	۷۲
کل	۷۵.۸۶	۷۷.۱۷	۷۶.۴۵



نمودار ۱: میزان رعایت استانداردهای JCI به تفکیک بیمارستان ها

جدول ۲: میزان رعایت استانداردهای JCI در بیمارستان های مورد مطالعه

بیمارستان E	بیمارستان D	بیمارستان C	بیمارستان B	بیمارستان A	امتیاز(درصد)	استاندارد
۵۴	۶۲.۵	۵۰	۷۹	۷۰.۷۵		اهداف بین المللی ایمنی بیمار
۸۳.۲۵	۷۲.۵	۸۸	۹۴	۷۹.۷۵		دسترسی به مراقبت و تداوم مراقبت
۶۷.۵	۵۳.۲۵	۷۶.۷۵	۷۴.۲۵	۶۰		حقوق بیمار و خانواده
۸۴.۷۵	۷۷.۵	۹۳.۲۵	۹۷.۵	۸۶.۷۵		ارزیابی بیماران
۶۰.۷۵	۵۵.۷۵	۸۶.۲۵	۷۶.۲۵	۶۴		مراقبت از بیماران
۹۱	۹۱	۱۰۰	۱۰۰	۹۶.۵		مراقبت جراحی و بیهوشی
۶۷.۷۵	۶۷.۷۵	۸۷.۵	۶۷.۷۵	۶۶.۷۵		استفاده و مدیریت دارو
۷۵	۶۰.۷۵	۷۸.۵	۷۸.۵	۵۷.۲۵		آموزش بیمار و خانواده
۶۵.۷۵	۷۰.۵	۸۳.۵	۸۴	۶۵.۲۵		بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
۶۴.۲۵	۸۲.۵	۷۷.۲۵	۹۲.۵	۹۲.۵		پیشگیری و کنترل عفونت
۸۵.۵	۷۶	۸۷.۵	۸۰.۷۵	۶۸.۲۵		نظارت، رهبری و مدیریت
۵۹.۲۵	۶۲	۹۳.۵	۸۴.۲۵	۶۱		مدیریت تاسیسات و ایمنی
۷۸.۲	۸۹.۲۵	۸۷	۸۱.۵	۷۷.۲۵		آموزش حین خدمت و مهارت های حرفه ای
۷۰.۵	۶۶	۷۲.۲۵	۸۴.۷۵	۷۲.۲۵		مدیریت ارتباطات و اطلاعات
۷۲	۷۰.۵	۸۳	۸۴	۷۲.۷۵		کل

### بحث و نتیجه گیری :

اعتباربخشی JCI می تواند بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت، افزایش رضایت بیمار و ارائه دهندگان خدمات را به دنبال داشته باشد، این مدل در زمینه ارتقا ایمنی در سطح ملی و جهانی به عنوان الگو در نظر گرفته شده است و میزان اعتبار، پاسخگویی و تعهد سازمان را نسبت به کیفیت نشان می دهد و در نهایت عملکرد سازمان بهبود می یابد که خود آغازی است برای ارتقا سطح سلامت جامعه که از اهداف اصلی نظام سلامت می باشد(۹،۱۳).

یافته ها نشان داد شاخص های مرکزی استاندارد ایمنی بیمار در ۵ بیمارستان مورد مطالعه مشابه هستند و این استاندارد در حد متوسط مورد اجرا قرار می گیرد و استانداردهای شناسایی بیمار، اطمینان از محل عمل، شستشوی دست و سقوط از تخت به خوبی مورد توجه قرار نمی گیرند طبق نظر محقق مواردی مانند آموزش نامناسب، عدم توجه مسئولین واحدها به حیطه ایمنی بیمار و عدم تهیه خط مشی های متناسب باعث تضعیف ایمنی بیمار شده است. در مطالعه عبیدی امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در همه ابعاد فرهنگ ایمنی و پیامدهای وجود آن در حد پایین و متوسط است(۶). یافته ها نشان داد شاخص های مرکزی استاندارد مراقبت جراحی و بیهوشی در ۵ بیمارستان مشابه می باشد و می توان گفت این استاندارد به خوبی مورد اجرا قرار می گیرد

در کل می توان گفت در بیمارستان های مورد مطالعه بالاترین امتیاز مربوط به استاندارد مراقبت جراحی و بیهوشی و پایین ترین امتیاز مربوط به استاندارد اهداف بین المللی ایمنی بیمار می باشد.

بر اساس نتایج بدست آمده از آزمون آماری کروس کال والیس در ارتباط با استاندارد ایمنی بیمار چون سطح معنی داری یا P برابر با ۰.۰۹۹ می باشد که بزرگتر از میزان خطا یعنی ۰.۰۵ است در نتیجه شاخص های مرکزی ۵ بیمارستان مورد مطالعه در این استاندارد از نظر آماری یکسان هستند، همچنین در استانداردهای مراقبت جراحی و بیهوشی، استفاده و مدیریت دارو، آموزش بیمار و خانواده، نظارت، رهبری و مدیریت، آموزش ضمن خدمت و مهارت های حرفه ای و مدیریت اطلاعات و ارتباطات، شاخص های مرکزی ۵ بیمارستان مورد مطالعه از نظر آماری یکسان هستند. در ارتباط با استاندارد دسترسی به مراقبت و تداوم مراقبت چون  $P = 0.008$  که کوچکتر از ۰.۰۵ می باشد در نتیجه شاخص های مرکزی ۵ بیمارستان مورد مطالعه در این استاندارد از نظر آماری متفاوت هستند، همچنین در ارتباط با استانداردهای حقوق بیمار و خانواده، ارزیابی بیماران، بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، پیشگیری و کنترل عفونت و مدیریت تاسیسات و ایمنی و مراقبت از بیماران، شاخص های مرکزی ۵ بیمارستان مورد مطالعه از نظر آماری متفاوت هستند.

زیرا آگاهی و نگرش مثبت پزشکان و پرستاران نسبت به این مسائل افزایش یافته است اما کسب رضایت آگاهانه قبل از عمل، تنها در بیمارستان‌های A, B, C رعایت می‌شود، در مطالعه زندی فقط در ۳۸ درصد موارد حقوق بیماران در زمینه رضایت قبل عمل رعایت شده است (۱۴)، به نظر محقق افزایش آگاهی بیماران از حقوق خود و مراجعه فزاینده آنها به دستگاه‌های قضایی نسبت به اعمال جراحی و رغبت بیماران به آگاهی از این موارد می‌تواند دلیل اختلاف این دو مطالعه باشد.

نتایج نشان می‌دهد که شاخص‌های مرکزی استاندارد استفاده و مدیریت دارو در ۵ بیمارستان مشابه هستند و میزان اجرای این استاندارد در حد متوسط است، می‌توان دلیل آن را در عدم حضور داروساز همراه تیم درمان، عدم بازبینی نسخه‌های دارویی از لحاظ متناسب بودن، عدم بررسی تاثیرات نامطلوب دارو بر روی بیمار (به جز بیمارستان C)، عدم رسیدگی به خطاهای دارویی (به جز بیمارستان‌های A, B, C) دانست، به نظر محقق عدم استفاده از متخصصین فارماکولوژیست در بیمارستان‌های مورد مطالعه یکی از عوامل ضعف در اجرای استانداردهای اعتباربخشی می‌باشد، مطالعه علیجان زاده نشان داده است که در اکثر بیمارستان‌ها بین پزشک و کارشناس دارویی ارتباط مشاوره‌ای جهت جلوگیری از تداخلات دارویی صورت نمی‌گیرد (۱۵).

یافته‌ها نشان داد شاخص‌های مرکزی استاندارد آموزش بیمار و خانواده در بیمارستان‌های مورد مطالعه یکسان هستند و میزان اجرای این استاندارد در حد متوسط است زیرا در بیمارستان‌های مورد مطالعه برنامه ریزی جامع و کاملی برای آموزش بیمار صورت نگرفته و تنها در بیمارستان B و E در هر بخش رابط آموزش سلامت تعیین شده است به نظر محقق در بیمارستان‌های مورد مطالعه کمبود نیرو و کمبود وقت برای پرستاران دو عامل بازدارنده مهم در زمینه آموزش بیمار می‌باشند. در مطالعه Johansson ۸۱ درصد بیماران اظهار داشتند که آموزش دریافت شده توسط آنها کافی بوده است (۱۶). این مطالعه نشان می‌دهد که در کشور‌های توسعه یافته علاوه بر ارائه متناسب برنامه‌های آموزشی رضایت بیمار از آموزش نیز دارای اهمیت می‌باشد در حالی که در بیمارستان‌های ایران هنوز برنامه جامعی برای آموزش بیمار طرح‌ریزی نمی‌شود.

شاخص‌های مرکزی استاندارد آموزش و صلاحیت کارکنان در بیمارستان‌های مورد مطالعه یکسان هستند و میزان اجرای آن در وضعیت نسبتاً خوبی قرار دارد زیرا مدیران ارشد ویژگی‌های مورد نیاز کارکنان را تعیین کرده، نیازسنجی‌های لازم را انجام و سپس درخواست نیرو صورت می‌گیرد و همچنین برای استخدام، ارزشیابی و انتصاب فرایندهایی را تهیه کرده‌اند. مطابق مطالعه امامزاده قاسمی کیفیت مراقبت‌های پرستاری و

آموزش به بیمار بعد از انجام آموزش‌های ضمن خدمت افزایش یافته است (۱۷). شاخص‌های مرکزی استاندارد مدیریت اطلاعات و ارتباطات در ۵ بیمارستان مورد مطالعه یکسان هستند و میزان اجرای آن در حد متوسط می‌باشد زیرا در بیمارستان‌های مورد مطالعه فرایندی برای مدیریت اطلاعات طرح‌ریزی نشده است و تنها در بیمارستان B از کدها و دستورالعمل‌های استاندارد شده در پرونده‌های بالینی استفاده می‌شود و پرونده‌های بالینی از نظر کمی و کیفی مورد بازبینی قرار می‌گیرند، که می‌توان دلیل آن را عدم توجه مدیران ارشد به یکپارچگی اطلاعات به عنوان اساس تصمیم‌گیری و وضعیت نامتناسب سیستم HIS دانست که نواقص آن عدم یکپارچگی مدیریت اطلاعات را به دنبال دارد. تاکید بر این استاندارد توسط سازمان JCAHO علاوه بر ارتقا فرایندهای مدیریت اطلاعات و تضمین کیفیت خدمات، بستر مناسب جهت تقویت نظام اطلاعات بهداشتی درمانی و ایجاد پرونده الکترونیک سلامت را نیز فراهم می‌سازد (۱۸).

شاخص‌های مرکزی استاندارد نظارت، رهبری و مدیریت در بیمارستان‌های مورد مطالعه متفاوت هستند و یافته‌ها حاکی از آن است که بیمارستان C بالاترین میانگین را در این استاندارد کسب نموده است زیرا مدیران ارشد رسالت سازمان را تعیین کرده و برای دستیابی به آن طرح‌ها و خط‌مشی‌های لازم را پیشنهاد می‌دهند، نوع خدمات بالینی مورد نیاز بیماران را شناسایی کرده و برای آنها برنامه ریزی می‌کنند، بیمارستان A پایین‌ترین میانگین را در این استاندارد به دست آورده است زیرا در این مرکز ساختارهای مناسبی از سوی مدیران پرستاری و سایر مدیران برای حمایت از مسئولیت‌ها و اختیارات پست‌های سازمانی برنامه ریزی و اجرا نشده است، نتایج مطالعه Abof نشان داد بیمارستان‌های دارای سیستم مدیریت کیفیت در اجرای این استاندارد موفق‌ترین (۱۹) یافته‌ها نشان می‌دهد شاخص‌های مرکزی استاندارد مدیریت تاسیسات و ایمنی در ۵ بیمارستان مورد مطالعه متفاوت هستند و بیمارستان C بالاترین میانگین را به دست آورده است زیرا در این مرکز برنامه‌های مکتوب فرایند مدیریت خطر، پایش داده‌ها در خصوص حوادث، مدیریت اورژانس برای مقابله با بحران‌ها، ایمنی از آتش و مدیریت تجهیزات پزشکی و کتاب استانداردهای نگهداشت تهیه و اجرا می‌شود که دلیل اصلی آن حضور افراد متخصص و ماهر در زمینه مدیریت تاسیسات می‌باشد. بیمارستان E کمترین میانگین را به دست آورده است که می‌توان علت آن را در عدم تهیه برنامه جامع در زمینه مدیریت تاسیسات و ایمنی و ضعف در گزاره‌های مدیریت اورژانس و مواد پرخطر دانست. مطالعه عامریون نشان می‌دهد که در ۶۱.۱ درصد از بیمارستان‌های مورد مطالعه برنامه ریزی سیستماتیک و منظم در خصوص دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی صورت نگرفته است (۲۰).

شخص های مرکزی استاندارد پیشگیری و کنترل عفونت در ۵ بیمارستان مورد مطالعه متفاوت هستند و در بین آنها بیمارستان B و C بالاترین میانگین را به دست آورده اند به دلیل وجود مکانیسم همکاری معین برای فعالیت های کنترل عفونت، تهیه برنامه کنترل عفونت بر اساس آگاهی های علمی جدید، تهیه و اجرای برنامه جامع برای کاهش خطرات عفونت، ارائه آموزش های کافی به کارکنان. بیمارستان E پایین ترین میانگین را به دست آورده است که به دلیل ضعف در تعیین مکانیسم همکاری در زمینه کنترل عفونت، عدم تهیه برنامه جامع برای کاهش خطرات، عدم توجه به خطر عفونت در پی تخریب و ساخت و ساز می باشد، مطالعه قدمگاهی نشان می دهد که اکثر پرستاران آگاهی خوبی نسبت به کنترل عفونت های بیمارستانی ندارند (۲۱). با توجه به نقش مهم پرستار در کنترل عفونت های بیمارستانی برای افزایش آگاهی و نگرش و خودکارآمدی باید آموزش های لازم به عمل آید تا پرستاران با نگرش مثبت و احساس توانایی بیشتر، رفتارهای بهداشتی صحیح را اتخاذ کنند. شاخص های مرکزی استاندارد مراقبت از بیماران در ۵ بیمارستان مورد مطالعه متفاوت هستند و در بین آنها بیمارستان C بالاترین میانگین را به دست آورده است به دلیل آگاه کردن بیماران و همراهان وی از پیامدهای مراقبت و درمان، تهیه خط مشی های لازم برای مراقبت از بیمار. بیمارستان D پایین ترین میانگین را دارا می باشد که دلیل آن عدم آگاه سازی بیماران و خانواده ها از پیامدهای مراقبت و درمان، عدم تهیه خط مشی در ارتباط با مراقبت از بیماران می باشد، تنها بیمارستان E دارای واحد درد (Pain) و برنامه ریزی جامع برای مراقبت از بیمارانی است که درد می کشند. کارکنان ۵ بیمارستان اظهار داشتند که به دلیل کمبود وقت نمی توانند مراقبت های مناسبی را به بیماران محض ارائه دهند. یافته های حاصل با نتایج مطالعه خدایاری مطابقت دارد (۱۲).

شاخص های مرکزی استاندارد ارزیابی بیماران در بیمارستان های مورد مطالعه از لحاظ آماری متفاوت هستند و بیمارستان B بالاترین میانگین را به دست آورده است زیرا تمامی گزاره های ارزیابی بالینی بیماران، خدمات آزمایشگاه و خدمات رادیولوژی در آنجا به خوبی اجرا شده و خط مشی ها، فرایندها و برنامه های لازم در این استاندارد طراحی شده است پایین ترین میانگین مربوط به بیمارستان D می باشد که علت آن ضعف در اجرای استانداردهای گزاره ارزیابی بالینی بیماران و گزاره خدمات رادیولوژی می باشد. شاخص های مرکزی استاندارد بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در بیمارستان های مورد مطالعه متفاوت هستند و بالاترین میانگین مربوط به بیمارستان B و C می باشد به دلیل مشارکت مدیران ارشد بیمارستان در برنامه های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، تعیین الویت ها برای پایش فرایندهای بهبود کیفیت، ارائه آموزش های لازم به کارکنان، تهیه شاخص هایی برای پایش ساختار، فرایند و نتایج مدیریتی و بالینی سازمان، پایین ترین میانگین مربوط به بیمارستان A است که به دلیل ضعف در اجرای گزاره های رهبری و برنامه ریزی، طراحی فرایندهای کلینیکی و مدیریتی، جمع آوری داده ها جهت پایش کیفیت می باشد. میانگین این استاندارد در بیمارستان های مورد مطالعه ۲.۹۵ است و در مطالعه عباسی ۲.۴۱ می باشد (۲۳).

کمبود مطالعات مشابه در سطح داخلی و بین المللی، عدم همکاری برخی از پرسنل بیمارستان و گستردگی حیطه های مورد مباحثه از محدودیت های اساسی این پژوهش محسوب می شوند. در مجموع و بر اساس یافته های پژوهش به نظر می رسد که بیمارستان های مورد مطالعه در وضعیت نسبتاً خوبی از نظر کیفیت و ایمنی مراقبت قرار دارند اما در بعضی موارد شکاف های فاحشی بین استانداردهای JCI و وضعیت فعلی بیمارستان ها دیده

شخص های مرکزی استاندارد پیشگیری و کنترل عفونت در ۵ بیمارستان مورد مطالعه متفاوت هستند و در بین آنها بیمارستان B و C بالاترین میانگین را به دست آورده اند به دلیل وجود مکانیسم همکاری معین برای فعالیت های کنترل عفونت، تهیه برنامه کنترل عفونت بر اساس آگاهی های علمی جدید، تهیه و اجرای برنامه جامع برای کاهش خطرات عفونت، ارائه آموزش های کافی به کارکنان. بیمارستان E پایین ترین میانگین را به دست آورده است که به دلیل ضعف در تعیین مکانیسم همکاری در زمینه کنترل عفونت، عدم تهیه برنامه جامع برای کاهش خطرات، عدم توجه به خطر عفونت در پی تخریب و ساخت و ساز می باشد، مطالعه قدمگاهی نشان می دهد که اکثر پرستاران آگاهی خوبی نسبت به کنترل عفونت های بیمارستانی ندارند (۲۱). با توجه به نقش مهم پرستار در کنترل عفونت های بیمارستانی برای افزایش آگاهی و نگرش و خودکارآمدی باید آموزش های لازم به عمل آید تا پرستاران با نگرش مثبت و احساس توانایی بیشتر، رفتارهای بهداشتی صحیح را اتخاذ کنند. شاخص های مرکزی استاندارد مراقبت از بیماران در ۵ بیمارستان مورد مطالعه متفاوت هستند و در بین آنها بیمارستان C بالاترین میانگین را به دست آورده است به دلیل آگاه کردن بیماران و همراهان وی از پیامدهای مراقبت و درمان، تهیه خط مشی های لازم برای مراقبت از بیمار. بیمارستان D پایین ترین میانگین را دارا می باشد که دلیل آن عدم آگاه سازی بیماران و خانواده ها از پیامدهای مراقبت و درمان، عدم تهیه خط مشی در ارتباط با مراقبت از بیماران می باشد، تنها بیمارستان E دارای واحد درد (Pain) و برنامه ریزی جامع برای مراقبت از بیمارانی است که درد می کشند. کارکنان ۵ بیمارستان اظهار داشتند که به دلیل کمبود وقت نمی توانند مراقبت های مناسبی را به بیماران محض ارائه دهند. یافته های حاصل با نتایج مطالعه خدایاری مطابقت دارد (۱۲).

شاخص های مرکزی استاندارد حقوق بیمار و خانواده در ۵ بیمارستان مورد مطالعه متفاوت هستند و بیمارستان C بالاترین میانگین را به دست آورده است که می توان دلیل آن را در ارائه مراقبت ها با احترام به حریم خصوصی بیماران، حمایت مناسب از گروه های آسیب پذیر، آگاه ساختن بیمار و همراه وی از وضعیت پزشکی برای سهولت در تصمیم گیری و مشارکت آنها در فرایند مراقبت دانست. پایین ترین میانگین مربوط به بیمارستان D می باشد به دلیل عدم رعایت حریم خصوصی بیمار در حین ارائه مراقبت، عدم حمایت بیمارستان از حقوق بیمار و خانواده برای مشارکت در فرایند مراقبت، عدم آگاه سازی بیمار و خانواده از وضعیت پزشکی. در هیچ یک از بیمارستان های مورد مطالعه گزاره تحقیقات از استاندارد حقوق بیمار و خانواده به خوبی رعایت نمی شود، در مطالعه Hakan Ozdemir ۵۱ درصد پرستاران و ماماها قوانین مربوط به حقوق بیمار را مطالعه نکردند که این نشان می

این مقاله حاصل پایان نامه تحت عنوان بررسی وضعیت بیمارستان‌های منتخب آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران از نظر ایمنی و کیفیت مراقبت با استفاده از استانداردهای کمیسیون مشترک بین الملل (JCI) در سال ۹۰-۹۱ می باشد که در مقطع کارشناسی ارشد در گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشکده بهداشت با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است و پژوهشگران بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده اند، اعلام می دارند.

## References

1. Accreditation hospitals and medical education institution – challenges and future directions, World Health Organization, regional office for the eastern Mediterranean, 2003.
2. Karaarslan , Inci , Joint commission on International Accreditation workshop : planning development and provision of laboratory services, September 201, Journal of Clinical Biochemistry,42(2009): PP 284-287.
3. Sangeeta S, Banwet DK, Karunes S. An Integrated Framework for Quality in Education: Application of Quality Function Deployment, Interpretive Structural Modeling and Path Analysis. The T Q M Journal 2008; 20(5): PP 502-19
4. sabahi bygdeli M . survey the quality of hospital services from the patients perspective in university hospitals in kashan . research\_scientific journal of feyz, iran. 2011; 15(2): PP 146\_152
5. Nash D, Goldfarb N. The Quality Solution: The Stakeholders Guide to Improving Health Care. 1st Edition, Jones & Bartlett Publishers: UK, 2000
6. Abdi zh, Maleki M, KHosravi A. Staff Attitude of safety culture in selected hospitals of Tehran university of medical science. journal of payesh, Iran, 2011;10(4):PP 411\_419
7. International standard of hospital accreditation. Emami M, Seraydaran M, Asile shayeghi, first edition, Publications of Andisheh gostar ,2009.
8. Ives Erickson Jeanette , The Value of Joint Commission Hospital Accreditation , Joint Commission International.
9. Tabrizi Jafar S, Gharibi Farid , Wilson Andrew , Advantage and disadvantage of health care accreditation models, July 2011 , Journal of Health Promotion Perspectives Vol.1 No.1 ,2011; PP 1-31
10. Jardali Fadi ,Jamal Diana ,Dimassi Hani ,et al ,The impact of hospital accreditation on quality of care : perception of Lebanese nurses , International Journal for Quality in Health Care 2008 , Vol,20. No 5, PP 263-371.
11. Donahue T, Vanostenberg P, Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation, International Journal for Quality in Health Care 2000, Vol,12.No 3, PP 243-246.
12. Khodayari zarangh R, Tourani S, Ghaderi A, Salehi M, Jafari H. Assessment the Capabilities of selected educational hospitals - Tehran University of Medical Sciences in attraction medical tourism based on JCI standards of patient\_centered . Journal of hospital ,2010; 9(3,4): pp 51\_56
13. Wendy Nicklin , Accreditation Canada , July 2011, Accreditation Canada Agreement Canada.
14. Zandi M, Mohamadi E, Asadi noghabi A, Hasan pour A. Rate of observance of right patients in consent before surgery in patient admitted to hospitals in Tehran. Scientific and research journal,Iran.2005;7
15. Alijanzade M, Mehrabanifar Z, Karbaro A, Peyrovian F. Assessment the system of preparation, distribution, maintenance, control and use of drugs in educational hospital in ghazvin .Scientific journal of edrak,Iran. 2009;(13): PP 12\_18
16. Johansson K, Leino\_Kilpi H, Salantera S et al, Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective , Patient Education and Counseling 51 (2003), PP 239–245
17. Emamzade ghasemi H, vanaki Z, memarian R. Impact of deployment the Executive Model of nurses training in serving on Quality of nursing care in Department of Surgery. Iranian journal of education in medical science,2004; 4(12): PP 13\_21
18. Meydani Z, Safdari R, Farshidfar GH, Lak bala P. comparative survey of information management standards with approach on creating electronic health records. Medical journal of hormozgan,2006; 10(2): pp 167\_172
19. Abor PA, Nkrumah GA, Abor J. An examination of hospital governance in Ghana. Leadership in Health Services 2008; 21(1): 47-60.
20. Amerion A, Tofighi SH, Zaboli R. Assessment the maintenance management of medical equipment in selected hospitals of Tehran university of medical sciences. Research\_scientific journal of health management, 2006; 9(23): pp 17\_24.
21. Ghadamgahi F, Zigheimat F, Ebadi A. Knowledge, attitudes and self-efficacy of nurses in hospital infections control. Journal of military medicine ,2011;13(3): pp 167\_172
22. Ozdemir H, Ozgor can I,T. Ergonen A, Midwives and nurses awareness of patients' rights , Midwifery (2009) 25, pp 756–765
23. Abbasi SH, Tavakoli N, Moslehi M. Rate of preparation of esfahan hospitals with quality management system based on Functional model of JCI accreditation standard. Journal of health information management, 2012; 9(4): pp 1\_11

# Survey on Safety and Quality Standards in Selected Hospitals of Tehran University of Medical Sciences Using the Joint Commission International Standards in 90-91.

Keshavarz.M<sup>1</sup>, Akbari Sari.A<sup>2</sup>, Rahimi Foroshani.A<sup>3</sup>, Arab.M<sup>4</sup> \*

Submitted: 28.1.2013

Accepted: 1.7.2013

## Abstract

**Background:** Accreditation is a program that is designed for evaluation of health care organizations and measured processes and structures according to predetermined standards. The purpose of this study is to survey the safety situation and quality of care in selected hospitals of Tehran University of medical sciences based on the Joint Commission International (JCI) standards and determination of their strengths and weaknesses.

**Materials and Method:** This descriptive, analytical and cross-sectional study was carried out in 5 hospitals. Translated Joint Commission International (JCI) questionnaire checklist with 14 standards was used as the study tool. Data entry and statistical analysis were performed using the SPSS.13 and K Independent Samples tests were used to compare hospitals.

**Results:** Highest quality and safety of care score belonged to the hospital B (84%) and then to hospitals C (83%), A (72.75%), E (72%) and D (70.5%). Central indices like patient and family rights, quality improvement and patient safety, infection prevention and control standards in the studied hospitals are completely different according to the statistical results.

**Conclusion:** Study results show that the status of hospitals in terms of safety and quality of care are almost appropriate but in some cases there is a large distance between JCI standards and their current status and the studied hospitals have to make appropriate and related policies in order to plan and implement proper programs to improve their situation in quality and safety of care.

**Keywords:** Accreditation, Patient Safety, Joint Commission International, Care Quality.

---

<sup>1</sup>. MSc Student, Health Services Administration, Tehran University of Medical Sciences, Tehran.

<sup>2</sup>. Associate professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup>. Associate professor Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>4</sup>. professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (\*Corresponding Author) Email: arabmoha@sina.tums.ac.ir