

حقوق بیمار در نظام اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران: تبیین چالش‌ها

سولماز موسوی^۱، مهرزاد سلوکی^۲، احسان شمس‌گوشکی^۳، علیرضا پارساپور^{۳*}

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: اعتباربخشی بیمارستان‌ها نقش به‌سزایی در ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات درمانی ارایه شده و افزایش کارایی بیمارستان‌ها دارد. اثربخشی سیستم اعتباربخشی به کیفیت استانداردهای اعتباربخشی، هماهنگی و جامعیت روش اعتباربخشی و کمیت و کیفیت ارزیابان اعتباربخشی بستگی دارد. لزوم وجود سنج‌های مناسب برای بررسی و ارزیابی اجرای منشور حقوق بیمار در اعتباربخشی بیمارستان‌ها حایز اهمیت است. این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های حقوق بیمار در نظام اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران انجام گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی در سال ۱۳۹۹ با مشارکت ۱۳ فرد نیرب و آگاه، براساس معیارهای ورود انجام یافت. به موازات انجام مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با هدف بررسی جامعیت، پوشش مؤلفه‌های حقوق بیمار توسط سنج‌های اعتباربخشی در ۴ جلسه بررسی شد. روند تحلیل داده‌ها براساس روش Graneheim و Lundman انجام گرفت.

یافته‌ها: چالش‌های حقوق بیمار در نظام اعتباربخشی با دو درون‌مایه «نقصان‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها» و «چالش‌های مدیریتی نظام اعتباربخشی» تبیین شد.

نتیجه‌گیری: اعتباربخشی نقش مؤثر و جدی در ارتقا و بهبود خدمات بیمارستانی داشته و می‌تواند به خوبی ناظر بر رعایت حقوق‌گیرنده خدمات و همچنین منشور حقوق بیماران باشد. این پژوهش اطلاعات مفیدی را در زمینه نقصان‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی کشور در حیطه حقوق‌گیرنده خدمات و چالش‌های اجرایی آن در اختیار می‌گذارد که می‌تواند مورد استفاده سیاست‌گذاران مربوط واقع شود.

نویسنده مسؤل:

علیرضا پارساپور؛

دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران

e-mail:

aliparsa@tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: حقوق بیمار، اعتباربخشی، حاکمیت بالینی، تحقیق کیفی

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۱ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۴۰۱ - انتشار الکترونیک مقاله: ۱۴۰۱/۷/۲۴

مقدمه

تأمین کیفیت خدمات، چالش جهانی و تلاش مداوم نظام‌های سلامت است. سال‌هاست که کشورهای سراسر جهان مفهوم کیفیت را به سیستم‌های بهداشت و درمان خود وارد نموده‌اند و متولیان نظام سلامت در سراسر جهان برای افزایش کیفیت خدمات روش‌های متعددی را به کار گرفته‌اند. برخی از این

روش‌ها مانند اعتباربخشی با ارزیابی خارج سازمانی، تعهد سازمان را به ارتقای کیفیت افزایش می‌دهند و برخی دیگر از جمله حاکمیت بالینی به مدیریت کیفیت در سازمان کمک می‌کنند (۱).

حاکمیت بالینی برای نخستین بار در سال ۱۹۹۸ از سوی NHS (National Health Service) در انگلستان به منظور ارتقای کیفیت مراقبت‌های بالینی مطرح شد (۲). در ایران نیز در طی دو دهه اخیر اجرای استانداردهای ISO (International

۱- گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- گروه آموزشی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- گروه آموزشی اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشکده علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

بیمارستان با استانداردهای اعتباربخشی نسبت به اعطا یا عدم اعطای گواهی اعتبار به بیمارستان تصمیم‌گیری می‌شود (۶).

تاریخچه اعتباربخشی به کالج جراحان آمریکا (American College of Surgeons) در سال ۱۹۱۳ برمی‌گردد. اما اولین بار حداقل استانداردها برای بیمارستان‌ها در سال ۱۹۱۷ تنظیم گردید. در سال ۱۹۵۱ از تلفیق کالج پزشکان آمریکا، انجمن بیمارستان‌های آمریکا، انجمن پزشکی آمریکا و انجمن پزشکی کانادا، کمیته مشترک ارزیابی بیمارستان‌ها (JCAH) تشکیل شد. از سال ۱۹۸۷ به بعد این سازمان به عنوان کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت بهداشتی (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO) تغییر نام یافت (۷).

در ایران نظارت بر امور مراکز بهداشتی-درمانی، اجازه فعالیت و اعمال ارزیابی کیفیت مراقبت و کمیت آن به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در ابتدا ارزشیابی واحدهای درمانی با شروع برنامه سوم عمرانی (از مهرماه سال ۱۳۴۱ تا پایان سال ۱۳۴۶) براساس چک لیست‌هایی با ۲۱ فهرست، که تمام بخش‌های درمانی اعم از سرپایی و بستری؛ واحدهای پشتیبانی اعم از کاخ‌داری، تأسیسات، تهیه و توزیع غذا و رختشوی‌خانه؛ واحدهای تشخیصی؛ خدمات آموزشی و نیز واحدهای اداری و مدیریت بیمارستان را در برمی‌گیرد، صورت می‌گرفت (۵). در سال ۱۳۷۳، معاونت درمان و داروی وزارت بهداشت، نظارت بر عملکرد بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، خیریه و

(Organization for Standardization)، اجرای برنامه مدیریت جامع کیفیت (TQM: Total Quality Management) و طرح تکریم ارباب رجوع و در ادامه نظام حاکمیت بالینی برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت مورد توجه قرار گرفته است. اما علی‌رغم وجود نکات مثبت در این نظام‌های ارتقای کیفیت، به علت عدم رویکرد نظام‌مند و جامع، سبب عدم وحدت رویه در فرآیند ارتقای کیفیت در سطح نظام سلامت کشور شدند (۳) و در نهایت در سال ۱۳۸۹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اعتباربخشی را به‌عنوان شیوه ارزیابی در زمینه ارتقای کیفیت و ایمنی مراکز ارائه خدمات سلامت، در دستور کار خود قرار داد و حاکمیت بالینی جای خود را به اعتباربخشی بیمارستان‌ها داد (۴).

اعتباربخشی فرآیندی است که در آن یک گروه یا سازمان اعتبارسنج، براساس معیارهای استاندارد، درجه اعتبار و رسمیت را به منظور توانایی انجام خدمات خاصی به یک مرکز اعطا می‌کند (۱). در طی این فرآیند مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت با استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تأکید دارد؛ ارزیابی می‌شوند (۵). ارزیابان اعتباربخشی اطلاعات لازم را از مدیران و کارکنان بیمارستان و بیماران و همراهان آن‌ها از طریق بازدیدهای میدانی، مصاحبه و مشاهده دقیق تأسیسات، تسهیلات، تجهیزات، فرآیندهای کاری و مستندات به دست آورده و با استانداردهای اعتباربخشی مقایسه می‌کنند. سپس براساس میزان انطباق فعالیت‌های

نهادهای را به دانشگاه‌های علوم پزشکی محول کرد (۵).

اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران توسط اداره اعتباربخشی و براساس استانداردهای تعیین شده در «کتاب راهنمای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران» صورت می‌گیرد و درجه انطباق و پیروی از استانداردها به سازمان‌ها اعلام می‌شود (۵). ویرایش اول استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران در سال ۱۳۸۹ در قالب ۳۷ بخش بیمارستان و ۸۱۰۴ سنجه تدوین شد. استانداردها بیش‌تر از نوع ساختاری و فرآیندی و تعداد محدودی نیز استاندارد پیامدی وجود داشت (۵). دور اول اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران در سال ۹۲-۱۳۹۱ با حضور یک تیم ارزیابی شامل ۲۰ تا ۲۵ نفر از ارزیابان معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام یافت (۶). تعداد زیاد سنجه‌ها، عدم شفافیت استانداردها و سنجه‌ها و وزن یکسان آن‌ها چالش‌هایی به هنگام اجرا در بیمارستان‌ها ایجاد کرد (۲). در نتیجه، ویرایش دوم استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی در سال ۱۳۹۳ در ۳۶ بخش و ۲۱۵۷ سنجه تدوین و به بیمارستان‌ها برای اجرا ابلاغ شد. سنجه‌های مشترک بیمارستان در قالب محور هدایت یکپارچه سازمانی در واحد مدیریت و رهبری بیان شدند و تعدادی استانداردهای مشابه از بخش‌های مختلف جدا و با عنوان استانداردهای مشترک بالینی و غیربالینی بیان شدند (۲). با توجه به این که استانداردهای مشترک بالینی و غیربالینی بایستی در همه بخش‌های بیمارستان اجرا می‌شدند، در نتیجه، کاهش تعداد سنجه‌ها

منجر به رضایت مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها نشد. تعداد زیاد استانداردها و سنجه‌ها، عدم شفافیت سنجه‌ها، توجه ناموزون بر فرآیندها، ساختارها و پیامدها در تدوین استانداردهای بیمارستانی، یکسان بودن استانداردها برای همه نوع بیمارستان و یکسان بودن امتیازات سنجه‌ها از جمله چالش‌های دور دوم اعتباربخشی بیمارستانی بود (۶).

بنابراین، سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران در سال ۱۳۹۵ دوباره مورد بازنگری قرار گرفت. استانداردهای اعتباربخشی در قالب ۸ محور، ۲۴۸ استاندارد و ۹۰۳ سنجه تدوین شد. از مدیران بیمارستان‌ها خواسته شد که قبل از انجام اعتباربخشی توسط تیم ارزیابان با استفاده از استانداردها و سنجه‌ها به خودارزیابی اقدام کنند و در سامانه ملی اعتباربخشی ثبت کنند و تیم ارزیابان اعتباربخشی به ۳ نفر کاهش یافت (۲) در نهایت جهت هرچه بهتر شدن سیستم اعتباربخشی و بهبود کیفیت راهنمای اعتباربخشی، مجدداً در سال ۱۳۹۸ ویرایش چهارم راهنمای اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران تدوین گردید. در آخرین ویرایش استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران به سه حیطه شامل رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت مبدل شد و یکی از حیطه‌های مهم مورد ارزیابی رعایت حقوق و حمایت از گیرنده خدمت لحاظ شد. سیر رشد مطالعات مربوط به حقوق بیماران از دهه هشتاد حاکی از آن بود که رعایت حقوق بیماران یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های آرایه یک مراقبت انسان‌گرایانه و اخلاقی است و برای رعایت این حقوق، در عمل تنها صدور بیانیه و بخشنامه کافی نیست

و در کنار آموزش به ارایه‌دهندگان خدمات و همچنین بیماران و خانواده‌های آن‌ها، مؤلفه‌های حقوق بیمار باید در برنامه نظارتی نظام سلامت مدنظر قرار گیرد (۲).

حقوق بیماران ترجمان و آینه‌ای از حقوق بشر در حوزه سلامت است. حقوق بیماران به عنوان بخشی از حقوق بشر قریب به نیم قرن است که در اروپا به رسمیت شناخته شده است و به تعریف و ترویج آن در عرصه بین‌الملل انجامیده است. برای اولین بار منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۱ در ایران تدوین شد و از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردید. منشور جامع حقوق بیمار در ۵ محور کلی و ۳۷ بند تنظیم گردیده است. محورهای پنج‌گانه منشور شامل حق دریافت خدمات مطلوب، حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت، حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری و در نهایت حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات است که به ترتیب هر یک در ۱۴، ۴، ۷، ۹ و ۳ بند تدوین شده است. علی‌رغم ارزشمندی تدوین و ابلاغ منشور حقوق بیمار در جهت ایفای حقوق بیمار زمانی می‌توان به اجرا و رعایت مفاد آن امید داشت که تمهیدات لازم جهت فرهنگ‌سازی مناسب، توجه همه جانبه به حقوق کلیه ذی‌نفعان، شناسایی موانع، راهکارهای اجرایی شدن منشور و همچنین لحاظ نمودن رعایت حقوق بیماران به‌عنوان یکی از شاخص‌های ارزشیابی مراکز ارایه خدمات سلامت فراهم شود (۹و۸).

با توجه به اهداف چشم‌انداز ۲۰ ساله و برنامه‌های توسعه‌ای کشور، حرکت به سمت ارتقای کیفیت و تأمین ایمنی بیماران و رعایت حقوق آنان از اولویت‌های اساسی نظام سلامت می‌باشد. ضرورت رعایت حقوق بیماران تا به حدی است که به عنوان یکی از مهم‌ترین وظایف مراکز ارایه‌دهنده خدمات سلامت مورد تأیید صاحب‌نظران عرصه ملی و بین‌المللی هست (۱۰). سیر تحول تدوین استانداردها در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که استانداردهای بیمارستانی از شکل صرفاً ساختاری و دستوری، به استانداردهای متکی بر ارتقای مستمر کیفیت و مدیریت جامع کیفیت تغییر یافته‌اند و ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها نقش به‌سزایی در ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات درمانی ارایه شده و افزایش کارایی بیمارستان‌ها دارد. اثربخشی سیستم اعتباربخشی نیز به کیفیت استانداردهای اعتباربخشی، هماهنگی و جامعیت روش اعتباربخشی و کمیت و کیفیت ارزیابان اعتباربخشی بستگی دارد، بنابراین وجود سنجه‌ها و راه‌های ارزیابی دقیق و کارآمد به‌عنوان بخشی از این فرآیند بسیار مهم و ضروری هست و این موضوع لزوم وجود سنجه‌ها و استانداردهای مناسب برای بررسی و ارزیابی اجرای منشور حقوق بیمار در اعتباربخشی بیمارستان‌ها را بیان می‌کند. با توجه به این که رویکرد کیفی امکان تجزیه و تحلیل دیدگاه‌های مختلف و درک تنوع معنایی که افراد برای پدیده‌ها قایل هستند فراهم می‌کند و ضمن تعامل مستقیم با مشارکت‌کنندگان، امکان بازاندیشی برای محقق در جهت توصیف

پدیده و درک روابط بین پدیده و فرآیندها را ایجاد می‌کند؛ رویکرد مناسبی برای درک سیاست‌ها و تغییرات براساس دیدگاه مدیران و سیاست‌گزاران این حوزه است. بنابراین این مطالعه کیفی با هدف تبیین چالش‌های حقوق بیمار در نظام اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی تهران و اخذ کد اخلاق، ۱۳ نفر از افراد ذی‌ربط و آگاه به امر شامل متخصصان اخلاق پزشکی و کارشناسان مربوط در واحدهای کنترل کیفیت و کمیته اخلاق بیمارستانی، کارشناسان ارشد اعتباربخشی وزارت بهداشت، مدرسان کارشناسان اعتباربخشی بیمارستانی، مدیران مراکز بیمارستانی برتر در حوزه اعتباربخشی در شهر تهران در بیمارستان‌های آموزشی معین، بیمارستان‌های خصوصی و بیمارستان‌های دولتی غیرآموزشی با روش نمونه‌گیری هدفمند جهت انجام مصاحبه انفرادی انتخاب و از آن‌ها برای شرکت در مطالعه دعوت شد.

معیارهای ورود به مطالعه داشتن سابقه اجرایی و سوابق در حوزه‌های مرتبط با اهداف طرح بود. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با سؤالات باز و توسط نویسنده دوم انجام یافت. نمونه سؤالات راهنمای مصاحبه از ارزیابان به این صورت بود: نقاط ضعف و چالش‌های موجود

در روند ارزیابی و گام‌های اجرایی اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران در حیطه حقوق خدمت‌گیرنده چیست؟ نمونه سؤالات راهنمای مصاحبه با مدیران مراکز بیمارستانی: مشکلات و چالش‌های اجرای استانداردهای راهنمای اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران در حیطه حقوق خدمت‌گیرنده چیست؟ در طول مصاحبه با استفاده از سؤالات کاوشگرانه، اطلاعات عمیق‌تری در زمینه فرآیند عملیات اعتباربخشی و چالش‌های آن پرسیده شد. مکان و زمان مصاحبه‌ها با توافق و اجازه از شرکت‌کنندگان انتخاب شد. طول مدت مصاحبه‌ها تا ۴۵ دقیقه و به‌طور متوسط ۴۰ دقیقه به طول انجامید.

بعد از تحلیل ۹ مصاحبه، طبقه و مفهوم جدیدی شکل نگرفت، اما برای اطمینان چهار مصاحبه دیگر نیز انجام یافت. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای قراردادی با روش Graneheim و Lundman انجام یافت (۱۱). ابتدا کل متن با دقت برای درک و دریافت حس کلی از متن چندین بار خوانده شد. سپس واحدهای تحلیل مشخص و از آن معانی کلیدی استخراج شده و کدهای اولیه شکل گرفت. سپس این کدها با توجه به روابط، شباهت‌ها و تفاوت‌ها در زیرطبقات و در نهایت طبقات جای گرفتند.

معیارهای Guba و Lincoln برای تأیید اعتبار و مقبولیت داده‌ها استفاده شد (۱۲). پژوهشگران زمان کافی برای جمع‌آوری، خواندن، درک و تحلیل داده‌ها صرف کردند. پس از پیاده شدن مصاحبه‌ها و کدگذاری، داده‌ها توسط اعضای تیم پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. برای تأییدپذیری داده‌ها،

مصاحبه‌های تحلیل شده در اختیار ۳ نفر که در مطالعه شرکت داشتند قرار گرفت. سپس از ۵ نفر از افراد مسلط به تحقیقات کیفی درخواست شد تا مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده را مطالعه نمایند. جهت قابلیت اعتماد و اطمینان داده‌ها از حسابرسی تحقیق توسط ۲ نفر متخصص اخلاق پزشکی ناظر خارجی استفاده شد. برای قابلیت انتقال داده‌ها در گزارش تحقیق، داده‌های توصیفی کافی فراهم شد تا خوانندگان بتوانند به ارزیابی کاربرد داده‌ها در سایر زمینه‌ها بپردازند.

به موازات انجام مصاحبه‌ها با هدف تعیین جامعیت پوشش مؤلفه‌های حقوق بیمار توسط سنجه‌های اعتباربخشی، نسخه سوم و چهارم راهنمای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مرحله متخصصان اخلاق پزشکی و ارزیابان حوزه اعتباربخشی در ۴ جلسه مؤلفه‌های منشور حقوق بیمار و سنجه‌های اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران را به لحاظ پوشش مؤلفه‌های منشور حقوق بیمار و شناسایی خلأهای موجود بررسی کردند. سپس جدول تطابق مؤلفه‌های منشور حقوق بیمار و سنجه‌های متناظر اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران تهیه شد.

پس از تکمیل جداول سنجه‌های متناظر مؤلفه‌های حقوق بیمار تهیه شده در مرحله اول با یافته‌های حاصل از قسمت کیفی، در جلسه‌ای با حضور ۵ نفر از افراد خبره شامل متخصصان اخلاق پزشکی و نگارندگان و ارزیابان ارشد اعتباربخشی جدول تطابق مؤلفه‌های منشور حقوق بیمار و سنجه‌های متناظر اعتباربخشی

ملی بیمارستان‌های ایران ویرایش سوم و چهارم در کنار هم مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. در ادامه براساس نقصان‌های موجود در ویرایش سند اعتباربخشی بیمارستانی سنجه‌های پیشنهادی برای مؤلفه‌هایی از منشور حقوق بیمار که در این ویرایش پوشش داده نشده‌اند و به نظر اعضای پنل قابلیت اجرا و ارزیابی داشتند پیشنهاد شد.

در این پژوهش کلیه نکات ضروری مربوط به ملاحظات اخلاقی رعایت گردید و جهت اجرای پژوهش کد اخلاق با شماره IR.TUMS.MEDICINE.REC.1398.092 از دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ شد. برای انجام مصاحبه‌ها پژوهشگر خود را معرفی و درباره اهداف پژوهش، روند انجام مطالعه و ضبط صدا به شرکت‌کنندگان توضیح داد. در مورد محرمانه ماندن کلیه اطلاعات و نگهداری ایمن کلیه اسناد مربوط به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد. به شرکت‌کنندگان در مورد خروج در هر مرحله از مطالعه که مایل باشند بدون داشتن هر گونه عواقب سوء برای آن‌ها توضیح داده شد. امانت‌داری از مطالب و عناوین و محتویات شواهد و داده‌ها صورت گرفت.

یافته‌ها

نتایج توصیفی نشان داد افراد شرکت‌کننده در مطالعه، دامنه سنی بین ۳۵-۵۵ سال داشتند. سابقه کار آنان از ۵ تا ۱۵ سال متغیر بود. از مجموع ۲۳۰ کد استخراج شده، ۲ درون‌مایه، ۶ طبقه اصلی و ۲۱ زیرطبقه استخراج شد. جدول شماره ۱، طبقات و زیرطبقات را نشان می‌دهد.

جدول ۱- درون‌مایه، طبقات، زیرطبقات براساس تجربیات شرکت‌کنندگان در مطالعه (n=۱۳)

درون‌مایه	طبقات	زیرطبقات	نقل قول
نقصان‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها	حق بیمار در دریافت اطلاعات به نحو مطلوب	کم توجهی به ضرورت پرهیز از تبعیض در سنجه‌ها	به علت هزینه بالای دلار، بیشتر بیماران خارجی پذیرش می‌شوند. در ویرایش سوم تبعیض (نشان‌دار نکردن بیمار) مستقیم ذکر نشده است. معطلی‌های بی‌مورد بیماران در درمانگاه‌ها و عدم دقت پذیرش در دادن وقت ویزیت برای درمانگاه باعث نارضایتی بیماران می‌شود. بیماران در برخی بخش‌ها بی‌دلیل درد می‌کشند و درد جزئی از طبیعت درمان قلمداد می‌شود.
		بی‌توجهی به اولویت و برتری منافع بیمار در صورت تعارض یا منافع پزشک در سنجه‌ها	باید در صورت تعارض منافع پزشک و بیمار، بیمار باید در اولویت باشد. که در سنجه‌های ویرایش سوم نیامده است.
		بی‌توجهی به کنترل مناسب درد بیمار در سنجه‌ها	در ویرایش سوم عدالت، دسترسی تخت‌ها واضح نبوده است و فقط سطح‌بندی ذکر شده است.
نقصان‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها	حق انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار	نیود زبان متناسب با بیمار و راهکار برای ایجاد ارتباط مؤثر با بیمار در سنجه‌ها	فرم رضایت پژوهش در بیمارستان آموزشی در زیرمجموعه رضایت آگاهانه اضافه شود.
		کم توجهی به ضرورت امکان دسترسی بیمار به تصویر از کلیه اطلاعات پرونده خود	بیماران در بخش کم‌تر متوجه اقدامات پژوهشی در روند درمانشان می‌شوند و فرم رضایت جنبه فرمالیته دارد.
		عدم ارزیابی مناسب آگاهی‌گیرنده خدمت از حقوق خود	چرا باید همراه بیمار برای دریافت کل تصویر پرونده بیمارش دچار مشکل باشد و بیمارستان تنها خلاصه پرونده را به او بدهد؟ فرد گیرنده خدمت از حقوق خود بی‌اطلاع است و این موضوع به روش آگاهی‌گیرندگان خدمت از حقوق خود مربوط می‌شود و روش این که صرفاً در اعتباربخشی نصب منشور حقوق بیمار در تابلو اعلانات عنوان شده کافی نیست
نقصان‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها	حق انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار	نیود رضایت آگاهانه در پژوهش در بیمارستان‌های آموزشی	فرم رضایت پژوهش در بیمارستان آموزشی در زیرمجموعه رضایت آگاهانه اضافه شود.
		بی‌توجهی به امکان وجود همراه بیمار در کنار وی در مراحل تشخیصی و درمانی	تغییر پزشک معالج در بیماران بستری شده مشکل‌زا می‌باشد و نظم عمومی بخش را دچار مشکل می‌کند.
		بی‌توجهی به ضرورت کسب نظر بیمار در مورد پیش‌بینی و پیشنهاد اقدامات آتی	باور غالبی در بیمارستان هست که همراه نمی‌تواند در بخش‌های مراقبت ویژه در کنار بیمار باشد.
نقصان‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها	حق رسیدگی به شکایات بیمار	بی‌توجهی به بررسی بازخورد شکایات در بیمارستان	موضع سفارش‌های پیشاپیش بیمار در مورد اقدامات آتی پزشکی در بیمارستان جا نیفتاده است.
		نبود چگونگی سنجش اطلاع بیمار از نحوه و فرآیند شکایت	بهبتر است میزان اطلاع بیماران از فرآیند شکایت نیز ارزیابی شود. در سنجه‌ها فرآیند جریان خسارت در بیمارستان بررسی نمی‌شود. بیماران بازخورد فعالانه‌ای از شکایاتشان دریافت نمی‌کنند
		بی‌توجهی به نحوه جریان خسارت	
نقصان‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها	چالش‌های طراحی نظام اعتباربخشی بیمارستان‌ها	تناسب امکانات و منابع با سنجه‌های موجود	گاهی به علت هزینه بالای برخی امکانات جهت دریافت نمره بیمارستان از تهیه آن عاجز بوده چرا که نمی‌توانند همه چیز را فدای اعتباربخشی کنند. مبحث همگن بودن بیمار به علت کمبود نیرو در بیمارستان‌ها به‌خوبی رعایت نمی‌شود. ضریب اشغال تخت‌ها در اعتباربخشی بیمارستان‌ها لحاظ نمی‌شود.
		عدم ارزیابی مداوم و جامع	ارزیابی دوره‌ای ۲-۳ حیطه را به‌صورت انتخابی بررسی می‌کند و جامع نیست و بازخورد مناسبی داده نمی‌شود.
		عدم استقلال نظام اعتباربخشی از مدیریت اجرایی نظام سلامت	ارزیابی سرزده با زمان نامعین به علت عدم حضور فرد مربوطه و همچنین فشار به بیمارستان و کارکنان باعث مشکل در ارزیابی و بعضاً عدم ارزیابی مناسب و کامل می‌شود. رعایت حریم خصوصی چیزی نیست که بتوان روز ارزیابی صرفاً نمره بگیرد و باید در روزهای دیگر حتماً بررسی شود و این لزوم ارزیابی داخل بیمارستانی را نشان می‌دهد. اعتباربخشی باید توسط شرکت جداگانه و مستقل انجام شود و نه این که خود وزارت بهداشت هم مجری و هم ناظر باشد. باید نظارت‌ها سخت‌گیرانه‌تر شود تا مواردی که مربوط به نقض حقوق‌گیرنده خدمت هست جریمه سنگینی داشته باشد.
نقصان‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها	چالش‌های اجرایی اعتباربخشی بیمارستان‌ها	ارزیابی سلیقه‌ای و متفاوت	در اعتباربخشی کلیات و الزامات ذکر شده و بقیه موارد به‌صورت سلیقه‌ای ارزیابی می‌شود.
		بازخورد نامناسب نتایج اعتباربخشی به بیمارستان‌ها	گاه‌ها پیش زمینه قبلی در ارزیابی سبب اختلال در ارزیابی می‌شود. ارزیابان توانمندی متفاوتی داشته و سبب مشکل آفرینی می‌شود. نمرات ریز اعتبارسنجی جهت اصلاح مشکلات در اختیار بیمارستان‌ها قرار نگرفت.
		عدم تناسب مشارکت گروه‌های ارایه‌دهنده خدمت در اعتباربخشی بیمارستان	پزشکان آموزشی در ارتباط با اعتباربخشی و رسالت آن نمی‌بینند و از مفاد مربوط به حیطه خودشان نیز بعضاً اصلاً آگاهی ندارند. ارزیابان عمدتاً با کارکنان و پرستاران و بعضاً مسؤول فنی و معاونت درمان برخورد دارند و نه با اساتید و دستیاران. متأسفانه پزشکان خود را درگیر اعتباربخشی نکرده و حس می‌کنند که سودی برایشان ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه پس از بررسی سنجه‌های استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران به لحاظ پوشش مفاد منشور حقوق بیمار از طریق مصاحبه با ذینفعان، چالش‌های نظام اعتباربخشی با دو درون‌مایه «نقصان‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی» و «چالش‌های مدیریتی نظام اعتباربخشی» تبیین شد.

درون‌مایه «نقصان‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی» در واقع اشاره به عدم پوشش برخی مؤلفه‌های منشور حقوق بیمار در سنجه‌ها دارد. هرچند یافته‌ها نشان داد به طور کلی ویرایش چهارم اعتباربخشی بیمارستان‌ها نسبت به ویرایش سوم پوشش بهتری نسبت به مؤلفه‌های حقوق بیمار داشته است. این درون‌مایه از طبقات «حق بیمار در دریافت توجه کافی»، «حق بیمار در دریافت اطلاعات به نحو مطلوب»، «حق انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار»، «حق رسیدگی به شکایات بیمار» شکل گرفت که بیانگر عدم پوشش برخی محورهای منشور حقوق بیمار در سنجه است. طبقه حق بیمار در دریافت توجه کافی اشاره به ضرورت پرهیز از تبعیض، اولویت و برتری منافع بیمار در صورت تعارض با منافع پزشک، کنترل مناسب درد بیمار و احترام به وقت بیمار در سنجه‌ها دارد. در این میان از جمله مؤلفه‌هایی از محور اول حقوق بیمار که در ویرایش چهارم مورد توجه قرار گرفته است، کنترل و مدیریت درد و احترام به وقت بیمار است که به این موضوعات در ویرایش سوم به‌طور واضح پرداخته نشده بود. هرچند در ویرایش چهارم در قسمت مراقبت‌های عموم

بالینی، مدیریت درد بیمار بیان شده است، اما لازم است فرآیندهایی معین به منظور کنترل درد تدوین شود تا موجب بهبود اجرای این سنجه و ارزیابی بهتر آن گردد. زیرا تداوم درد علاوه بر مشکلاتی همچون اختلال در روند بهبودی، خواب و کاهش کیفیت زندگی، بالا رفتن عوارض، نگرانی و اضطراب، در ۳۰ تا ۶۰٪ موارد در افرادی که به دردهای مزمن مبتلا هستند، مشکلات روانی نظیر افسردگی را نیز ایجاد می‌کند. بنابراین مدیریت درد و تسکین آن بسیار حایز اهمیت است (۱۳ و ۱۴).

طبقه حق بیمار در دریافت اطلاعات به نحو مطلوب، هرچند در محور دوم منشور حقوق بیمار توصیه شده است اما برخی مصادیق آن همچون آرایه راهکار برای ایجاد ارتباط مؤثر با بیمار، ضرورت امکان دسترسی بیمار به تصویر از کلیه اطلاعات پرونده خود و ارزیابی مناسب آگاهی‌گیرنده خدمت از حقوق خود، هرچند در ویرایش چهارم پوشش بهتری نسبت به ویرایش سوم داشته؛ اما به نظر می‌رسد توجه پرنرنگی به آن نشده است. در ویرایش چهارم مؤلفه ضرورت دسترسی بیمار به کلیه تصویر اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی خود، دچار چالش است به صورتی که خلاصه پرونده و مستندات پرونده بیمار در زمان تریاژ به بیمار داده می‌شود. در حالی که در مسایل حقوقی و قانونی بیمار نسبت به تمامی پرونده و مدارک خود مالکیت داشته و هر زمان بیمار مختار هست درخواست بررسی یا دریافت آن‌ها را داشته باشد (۱۵).

طبقه حق انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار اشاره به رضایت آگاهانه در پژوهش در

بیمارستان‌های آموزشی، امکان وجود همراه بیمار در کنار وی در مراحل تشخیصی و درمانی، ضرورت کسب نظر بیمار در مورد پیش‌بینی و پیشنهاد اقدامات آتی، حق انتخاب پزشک معالج در چارچوب ضوابط بیمارستان دارد که هر دو ویرایش سوم و چهارم پوشش یکسانی در خصوص این حقوق داشته‌اند. در این محور برای مؤلفه حق انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط و مؤلفه شرکت یا عدم شرکت در پژوهش‌های زیستی و اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری است، سنجه‌های متناظری در نظر گرفته نشده است. می‌توان گفت در سیستم درمانی و بیمارستانی در حال حاضر تنها بیماران انتخابی و غیراورژانس در انتخاب پزشک خودمختار هستند. براساس نظر پنل خبرگان شرکت‌کننده در مطالعه، بیمار حق تغییر پزشک به‌طور کامل و جامع قابلیت اجرایی شدن در بیمارستان‌ها خصوصاً مراکز دانشگاهی را ندارد، چرا که ممکن است توزیع بیماران غیرمتناسب و تحت تأثیر جایگاه و شهرت پزشکان قرار گیرد. لذا امکان اجرایی شدن این موضوع مستلزم بررسی بیشتر و تدوین چارچوب‌های مناسب‌تری است. همچنین حق حضور همراه بیمار در مراحل تشخیصی در بیمارستان‌ها، در سنجه‌ها نادیده گرفته شده است. این امر می‌تواند در شرایطی علاوه بر بار روانی بر بیمار و خانواده وی خصوصاً در کودکان، باعث مشکلاتی در فهم و درک بیماران از توضیحات پزشکان و کادر درمان و عدم اجرای صحیح توصیه‌های پزشک

شود. علی‌رغم اهمیت بالای این محور در هیچ یک از دو ویرایش سوم و چهارم اعتباربخشی سنجه‌ای با این موضوع به‌منظور الزام بیمارستان‌ها به رعایت و اجرای آن ذکر نشده است. همچنین نبود سنجه‌ای متناظر با ضرورت اطلاع بیماران از اقدامات پژوهشی، از جامعیت اعتباربخشی بیمارستان‌ها می‌کاهد چرا که به خصوص در شرایط فعلی درگیری با بیماری COVID-19 ملاحظه می‌شود که حتی در بیمارستان‌هایی که ماهیت پژوهشی ندارند نیز درمان‌ها بدون وجود شواهد و براساس کارآزمایی بالینی انجام می‌شود و این مسأله لزوم توجه به جنبه‌های نظارتی بر پژوهش را در اعتباربخشی بیمارستان‌ها پررنگ می‌کند (۱۵). در واقع حق بیمار در انتخاب برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش در هر دو ویرایش بدون سنجه متناظر است. در نهایت در مورد ضرورت کسب نظر بیمار در مورد پیش‌بینی و پیشنهاد اقدامات آتی در شرایطی که هنوز کفایت تصمیم‌گیری را دارد، به نظر پنل خبرگان مفهوم دستورات اقدامات آتی قابلیت اجرا در بیمارستان‌ها نداشته و لازم است به لحاظ حقوقی و شرعی و اجرایی بررسی‌های بیش‌تری بر آن صورت گیرد و لذا به نظر نمی‌رسد پیشنهاد سنجه‌ای برای اعتباربخشی در مورد آن مناسب باشد. اما طرح موضوع و بهره‌گیری از ظرفیت این مؤلفه در خصوص کسب نظر بیمارانی که در روزهای آتی به احتمال زیاد ظرفیت تصمیم‌گیری خود را از دست می‌دهند در خصوص نحوه تداوم درمان، تعیین تصمیم‌گیرنده جایگزین و بیان علایق و تمایلات آن‌ها می‌تواند راهنمای مفیدی برای تصمیم‌گیرنده جایگزین قانونی وی باشد (۱۵).

طبقه حق رسیدگی به شکایات بیمار اشاره به بررسی بازخورد شکایات در بیمارستان، چگونگی سنجش اطلاع بیمار از نحوه و فرآیند شکایت و نحوه جبران خسارت دارد که در ویرایش سوم صرفاً به وجود فرآیند جهت شکایات اکتفا شده است و دیگر به بررسی بازخورد شکایات در بیمارستان پرداخته نشده است. اما ویرایش چهارم پوشش مناسب‌تری نسبت به ویرایش سوم دارد و به لزوم وجود بازخورد مناسب به متقاضی نیز پرداخته است. در مورد جبران خسارت نیز در ویرایش سوم این مسأله در سنجه‌ها در نظر گرفته نشده است ولی در ویرایش چهارم به طور مناسبی با عنوان این که هرگونه خسارت ناشی از ارایه خدمت به اطلاع بیمار رسیده و در صورت لزوم جبران می‌شود بیان شده است. یکی از ارکان مهم اجرایی شدن منشور حقوق بیمار و حقوق‌گیرندگان خدمت، آگاهی بیماران از حقوقشان است (۱۶). مشارکت‌کنندگان این مطالعه بیان داشتند فرد گیرنده خدمت از حقوق خود بی‌اطلاع است و این موضوع به روش آگاه کردن گیرندگان خدمت از حقوق خود مربوط می‌شود و نصب منشور حقوق بیمار در تابلو اعلانات کافی نیست. به نظر می‌رسد میزان آگاهی بیماران از حقوقشان و ارزیابی میزان کارایی این نوع اطلاع‌رسانی در اعتباربخشی بررسی نشده و در این خصوص صرفاً به نصب منشور حقوق بیمار در بیمارستان اکتفا شده است. نتایج یک پژوهش نشان داد مدیران بیمارستان‌ها بایستی تدابیری اتخاذ نمایند تا بستری مناسب جهت آگاهی بیماران از حقوقشان و اجرای قوانین

مربوط به رعایت حقوق بیمار فراهم گردد (۱۷). یافته‌های یک پژوهش نشان داد علی‌رغم آگاهی بالای پزشکان از حقوق بیمار، بیماران نسبت به حقوق خود آگاهی نداشته و حقوق آن‌ها در سطح ضعیف رعایت می‌شود (۱۸). به نظر می‌رسد می‌بایست فرآیند مناسبی جهت آگاه‌سازی بیماران از حقوقشان و همچنین منشور حقوق بیمار تدوین شده و در ارزیابی اعتباربخشی نیز به بررسی و ارزیابی آن پرداخته شود، چرا که مراقبت بیمار محور و اولویت قرار دادن بیمار در فرآیند مراقبتی برای دستیابی به مراقبت با کیفیت ضروری است (۱۹).

درون‌مایه «چالش‌های مدیریتی نظام اعتباربخشی» از طبقات «چالش‌های طراحی نظام اعتباربخشی بیمارستان‌ها» و «چالش‌های اجرایی اعتباربخشی بیمارستان‌ها» شکل گرفته است. طبقه چالش‌های طراحی نظام اعتباربخشی بیمارستان‌ها اشاره به عدم تناسب امکانات و منابع با سنجه‌های موجود، عدم ارزیابی مداوم و جامع، عدم استقلال نظام اعتباربخشی از مدیریت اجرایی نظام سلامت و فقدان جریمه مناسب در صورت عدم اجرای حقوق‌گیرنده خدمت دارد.

براساس تجربیات مشارکت‌کنندگان، فرآیند اعتباربخشی باید به گونه‌ای باشد که با در نظر گرفتن منابع، راه را برای پیشرفت و بهبود بیمارستان‌ها هموار سازد. اما به نظر می‌رسد سنجه‌ها در برخی موارد تناسب کافی با امکانات موجود و منابع موجود در بیمارستان‌های ایران ندارند و اعتباربخشی حد ایده‌آل را در نظر گرفته است. یافته‌های یک

پژوهش نشان داد مدیران بیمارستان‌ها در دور سوم اعتباربخشی نسبت به دور دوم با کمبود زمان، منابع فیزیکی، انسانی و همکاری کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان برای اجرای استانداردها مواجه شدند. بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی نیاز به تغییرات ساختاری، فرهنگی و فرآیندی دارد که زمان بر است (۲۰). عدم توجه به این موضوع مهم منجر به استهلاک منابع ارزشمند بیمارستان و دستیابی به نتایج محدود خواهد شد. در پژوهش صادق تبریزی و همکاران نتایج نشان داد فرهنگ‌سازمانی، زیرساخت‌ها و منابع مالی لازم برای اجرای اعتباربخشی فراهم نیست (۹). به‌طور مثال قیاس بیمارستانی که مراجعان بسیار زیادی داشته و اورژانس پر ازدحامی دارد از منظر رعایت حریم خصوصی بیمار یا مشارکت دادن بیمار در فرآیند تصمیم‌گیری و اطلاع‌رسانی به بیمار یا همگن بودن رای‌کننده و گیرنده خدمت و ... با بیمارستانی که مراجعان کمی دارد یکسان نباید دیده شود چرا که به نظر، حقوق بیماران ثانویه به پذیرش شدن و دریافت خدمت هست. پس به نظر می‌رسد در این موارد می‌بایست هم به تفاوت ضریب اشغال تخت بیمارستان در سنج‌ها توجه شود و هم میزان منابع بیمارستان‌ها در ارزیابی و سنج‌ها مدنظر قرار گیرد. البته باید توجه داشت که تبعاً کیفیت خدمت و رعایت موازین اخلاق بالینی در رای‌ها خدمات در بیمارستان تحت تأثیر حجم مراجعان و منابع بیمارستانی هست اما مشکلات مزبور نباید سبب افت کیفیت در سطحی کم‌تر از حداقل قابل قبول شود (۱۵).

گاهی بیمارستان‌ها با توجه به مشخص بودن روز ارزیابی اقدام به تغییرات به منظور خوب جلوه دادن سیستم بیمارستان در روز ارزیابی می‌کنند که این موضوع باعث ایجاد ارزیابی نامناسب و کاذب می‌شود. همچنین مدیران بیمارستان‌ها با توجه به مشخص بودن زمان ارزشیابی ممکن است به‌طور صوری تغییراتی در بیمارستان ایجاد کنند و در کوتاه مدت استانداردهای اعتباربخشی را اجرا کنند. بنابراین، در کشورهای توسعه‌یافته از روش‌های مکمل مانند ارزیابی سرزده، ارزشیابی شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها و نظرسنجی از بیماران هم استفاده می‌کنند (۲۱). ارزیابی دوره‌ای نیز به دلیل توجه به ۲-۳ حیطه انتخابی نتوانسته است این چالش را حل کند. زیرا در ارزیابی‌های ادواری صرفاً بعضی سنج‌ها به‌طور تصادفی بررسی می‌شود و سنج‌های حیاتی و مهم در این ارزیابی بررسی نمی‌شود و در بعضی موارد فرد هدف در روز ارزیابی حضور نداشته (مرخصی و...) و باعث عدم امکان ارزیابی مناسب می‌شود. در همین راستا یک خود ارزیابی بیمارستان‌ها نیز تعریف شده است. روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران محدود به خود ارزیابی مدیران بیمارستان‌ها و بازدید از قبل تعیین شده گروه ارزیابان اعتباربخشی است. ارتباط بین خود ارزیابی انجام گرفته توسط مدیران بیمارستان‌ها و ارزشیابی گروه ارزیابان به‌خوبی مشخص نیست. هدف خود ارزیابی بیمارستان‌ها آگاهی مدیران و کارکنان بیمارستان از نقاط قوت و ضعف بیمارستان و به‌کارگیری اقدامات اصلاحی است. نتایج خود

ارزیابی بیمارستان‌ها به طور مستقیم در نتایج اعتباربخشی بیمارستان‌ها استفاده نمی‌شود. در نهایت می‌توان گفت که بهتر است ضمن وجود ارزیابی دوره‌ای که در آن سنجه‌های مهم و حیاتی حتماً مورد ارزیابی قرار گیرند می‌بایست ارتباط مناسبی بین خود ارزیابی بیمارستان‌ها و ارزیابی گروه ارزیاب برقرار شود (۱۵).

با توجه به این که یک اعتباربخشی و ارزیابی مناسب مستلزم استقلال ارزیاب از ارزیابی شونده هست، این مهم در سیستم اعتباربخشی ایران به خوبی اتفاق نیفتاده است. براساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان، انجام اعتباربخشی توسط مؤسسات مستقل از وزارت بهداشت می‌تواند اعتبار آن را به نحو قابل توجهی ارتقا دهد. در سایر کشورهای توسعه یافته دنیا اعتباربخشی توسط شرکت‌های مستقل و بعضاً خصوصی انجام می‌گیرد. علی‌رغم این که اعتباربخشی کمک شایانی در بهبودی عملکرد بیمارستان‌ها در همین حالت فعلی داشته است، اما شاید بهتر باشد به مرور زمان اعتباربخشی در ایران نیز به شکل سیستمی مستقل درآید تا از چالش‌های موجود کاسته شود. فقدان سخت‌گیری مناسب در صورت عدم اجرای استانداردهای اعتباربخشی زیرطبقه دیگر است که باعث می‌شود بیمارستان‌ها تلاش لازم را در راستای بهبود عملکرد خود نداشته باشند و به نظر می‌رسد به خصوص در حیطه حقوق‌گیرنده خدمت می‌بایست جرایم سخت‌گیرانه‌تری در صورت عدم اجرای این حیطه یا نقص آن در نظر گرفته شود و این موضوع صرفاً در سیستم پرداختی و رتبه‌ای بیمارستان دخیل نشود (۱۵).

طبقه «مشکلات اجرایی در فرآیند ارزیابی» اشاره به ارزیابی سلیقه‌ای و متفاوت، بازخورد نامناسب نتایج اعتباربخشی به بیمارستان‌ها و عدم تناسب مشارکت گروه‌های رایه‌دهنده خدمت در اعتباربخشی دارد.

ارزیابی سلیقه‌ای ارزیابان و وجود دیدگاه قبلی نسبت به مراکز می‌تواند یکی از چالش‌های ارزیابان باشد. یکی از اهداف مهم اعتباربخشی کمک به بهبود عملکرد بیمارستان‌ها هست و انتظار می‌رود که ارزیاب توانایی کاملی برای راهنمایی بیمارستان جهت نائل آمدن به این مهم را داشته باشد و این موضوع جز با تبحر و آموزش کافی ارزیاب میسر نمی‌شود. مشارکت‌کنندگان بیان داشتند در اعتباربخشی کلیات و الزامات ذکر شده و بقیه موارد به صورت سلیقه‌ای ارزیابی می‌شود. یافته‌های یک پژوهش در مورد ۸۷ بیمارستان استان تهران نشان داد مدیران از نبود وحدت رویه بین ارزیابان، وزن یکسان سنجه‌های اعتباربخشی، عدم شفافیت سنجه‌ها، تعداد زیاد استانداردها و مهارت پایین ارزیابان ناراضی بودند (۲۲). برخی مطالعات نیز ضعف در انتخاب، آموزش و ارزیابی عملکرد ارزیابان اعتباربخشی، تجربه و مهارت ناکافی ارزیابان در ارزیابی را از مهم‌ترین چالش‌های روش اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور بیان کردند (۲۳ و ۲۴). به خصوص در مناطق محروم آموزش ارزیابان بسیار ضعیف‌تر بوده و همین موضوع مهم باعث اختلال در فرآیند ارزیابی می‌شود. همچنین زمان اندک دو تا سه روزه ارزیابی نیز می‌تواند تقویت‌کننده این مهم باشد زیرا ارزیاب به بررسی کامل سنجه‌ها و جزئیات پرداخته و

بعضاً با توجه به دیدگاه قبلی ارزیابی را در بعضی قسمت‌ها انجام دهد. یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد کپی‌برداری از استانداردهای اعتباربخشی سایر کشورها، روش نامناسب ارزشیابی بیمارستان‌ها، ذهنیت بازرسی ارزیابان اعتباربخشی و روش امتیازدهی نامناسب سنج‌ها از چالش‌های مهم سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران است (۲۱). یکی دیگر از چالش‌های پیش روی ارزیابان بحث عدم مشخص بودن فرد هدف، در برخی سنج‌ها هست که این موضوع باعث سردرگمی ارزیاب می‌شود. با تغییر رویکرد استانداردهای اعتباربخشی، رویکرد ارزشیابی ارزیابان اعتباربخشی هم باید تغییر یابد که نیاز به برنامه‌ریزی دقیق دارد. تدوین و رعایت شرح وظایف و شرایط احراز ارزیابان اعتباربخشی شامل مدارک تحصیلی، تجارب کاری، دانش و مهارت حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی، انگیزه کافی و آموزش حرفه‌ای آن‌ها برای یکسان‌سازی دیدگاه و نگرش آن‌ها منجر به ارتقای ارزشیابی اعتباربخشی می‌شود (۱۵).

عدم آشنایی کافی پزشکان با اعتباربخشی و عدم همکاری و درگیر شدن آن‌ها در ارزیابی اعتباربخشی یکی از چالش‌های اساسی است (۲۵ و ۲۶). با توجه به ارتباط زیاد پزشکان با بیماران، می‌بایست برای تحقق هرچه بهتر رعایت حقوق بیماران، پزشکان به طور ویژه‌تری در این قسمت از اعتباربخشی درگیر و در ارزیابی‌ها مشارکت کنند. براساس تجربیات شرکت‌کنندگان، پزشکان آموزش لازم در ارتباط با اعتباربخشی و رسالت آن نمی‌بینند و از مفاد مربوط به حیطه خودشان

نیز آگاهی ندارند و پزشکان و دستیاران پزشکی در اعتباربخشی درمان وارد نشده و بیش‌تر درگیر اعتباربخشی آموزشی هستند. به طور کلی افراد درگیر در اعتباربخشی که مستقیماً با بیماران ارتباط دارند، بیش‌تر شامل گروه پرستاری می‌شود. براساس تجربیات مشارکت‌کنندگان ارزیابان عمدتاً با کارکنان پرستاران و بعضاً مسؤول فنی و معاونت درمان برخورد دارند و نه با اساتید و دستیاران. همچنین پزشکان نیز خود را درگیر اعتباربخشی نکرده و احساس می‌کنند که سودی برایشان ندارد. یافته‌های یک پژوهش نشان داد با تغییر سیستم اعتباربخشی در سال ۱۳۹۵، مدیران از اثرات اعتباربخشی بر رضایت کارکنان و کارایی بیمارستان نسبت به دور قبل اعتباربخشی بیشتر راضی بودند، ولیکن، از تأثیر اعتباربخشی بر مشارکت پزشکان در بهبود فرآیندهای کاری و کاهش خطاها و خطرات ناراضی‌تر شدند (۲۱). در اعتباربخشی آموزشی به حقوق‌گیرندگان خدمت اشاره نگردیده است. پس به نظر می‌رسد که می‌بایست در اعتبار بخش ترتیبی اتخاذ شده تا پزشکان خود را همانند کادر پرستاری ملزم به ارزیابی و پاسخ‌گویی به اعتباربخشی بدانند. به‌طور نمونه پیشنهاد می‌شود که اعتباربخشی به ارزیابی دستیاران نیز ورود کند و حتی در سیستم پرداختی پزشکان نیز اعتباربخشی لحاظ گردد، تا شاید با این روش باعث توجه بیش‌تر پزشکان به این موضوع گردد. در نهایت لازم به ذکر است که اعتباربخشی یک راهبرد برای ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی است و به تنهایی نمی‌تواند منجر به تقویت مشارکت

متخصصان علوم پزشکی به‌ویژه پزشکان در فعالیت‌های بهبود کیفیت شود. برای این منظور باید سیستم مدیریت کیفیت در بیمارستان‌ها به کار گرفته شود (۱۵).

یکی دیگر از زیرطبقه‌ها نیز عدم بازخورد مناسب از اعتباربخشی هست و نمرات ریز اعتبارسنجی جهت اصلاح مشکلات در اختیار بیمارستان‌ها قرار نمی‌گیرد و بعضاً بیمارستان‌ها از نتایج و مشکلاتی که باعث عدم دریافت امتیاز آن‌ها شده آگاهی نداشته تا در راستای بهبود آن‌ها گام بردارند. به نظر می‌رسد که می‌بایست در فرآیند بازخورد اعتباربخشی تجدیدنظر صورت گرفته و به رسالت بهبود کیفیت در کنار ارزیابی و نمره‌دهی نیز بهای لازم داده شود (۱۵).

به طور کلی اعتباربخشی نقش مؤثر و جدی در ارتقا و بهبود خدمات بیمارستانی داشته و می‌تواند به خوبی ناظر بر رعایت حقوق‌گیرنده خدمات و همچنین منشور حقوق بیماران باشد. سیر رو به بهبود در ویرایش‌های اخیر راهنمای اعتباربخشی نشان‌دهنده توجه به کاستی‌ها و رو به جلو بودن نسخه‌های

اعتباربخشی است. پس به منظور بهبود هرچه بهتر اعتباربخشی تلاش در جهت شناسایی نقصان‌ها و ضرورت توجه به کاستی‌ها و رفع آن‌ها امری ضروری هست. این پژوهش اطلاعات مفیدی را در زمینه نقصان‌های محتوایی استانداردهای اعتباربخشی کشور در حیطه حقوق‌گیرنده خدمت و چالش‌های اجرایی آن در اختیار می‌گذارد که می‌تواند مورد استفاده سیاست‌گذاران مربوط واقع شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت گروه اخلاق و آموزش فرهنگستان علوم پزشکی به انجام رسیده است. بدین‌وسیله ضمن تشکر از معاونت علمی فرهنگستان از تمامی کارشناسانی که در مصاحبه‌ها و جلسه بحث گروهی مشارکت داشتند سپاس‌گزاری می‌نماید. در این پژوهش کلیه نکات ضروری مربوط به ملاحظات اخلاقی رعایت گردید و جهت اجرای پژوهش کد اخلاق با شماره IR.TUMS.MEDICINE.REC.1398.092 از دانشگاه اخذ گردید.

References

- 1 - Sedghiani E. [Hospital accreditation program standards]. 1st ed. Tehran: Social Security Organization Research Institute; 2008. (Persian)
- 2 - Ministry of Health. [Iran national hospital accreditation standards]. 3rd ed. Tehran: Ministry of health; 2016. (Persian)
- 3 - Delkhoroshan A, Dehghani M, Raghebi S, Farhadian A. [Clinical governance]. 1st ed. Birjand: Ghohestan Publications; 2011. (Persian)
- 4 - Sina specialized and subspecialty hospital, Tehran university of medical sciences. [A summary of the history and how clinical governance originated in the world and in Iran]. Available at: <http://sinahospital.tums.ac.ir/detail.aspx?content=news&gidview=9506>. Accessed February 21, 2012. (Persian)
- 5 - Emami Razavi H, Mohaghegh MR, Razavi SS. [Hospital accreditation standards in Iran]. Tehran: Seda Publications; 2010. P. 1-3. (Persian)
- 6 - Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. [Evaluation of hospital accreditation standards]. Razi Journal of Medical Sciences. 2017; 23(153): 43-54. (Persian)
- 7 - Luce JM, Bindman AB, Lee PR. A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. West J Med. 1994 Mar; 160(3): 263-8.

- 8 - Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. [Review of revolution of patient's right charter]. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010; 3(1,2): 39-47. (Persian)
- 9 - Sadegh Tabrizi J, Azami-Aghdash S, Abdollahi L, Daemi A, Yari Fard Kh, Valizadeh S, et al. [Required infrastructures to implement accreditation in Iran: the perspective of top managers of the teaching hospitals in Tabriz and Ardabil university of medical sciences]. Depiction of Health. 2013; 4(2): 29-34. (Persian)
- 10 - Ramezani M, Keikavoosi Arani L, Abedini P. [Accreditation standards of patient rights in Iranian hospital]. Quarterly Journal of Medical Ethics. 2009; 3(10): 103-125. doi: 10.22037/mej.v3i10.3719. (Persian)
- 11 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004 Feb; 24(2): 105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- 12 - Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. P. 105-117.
- 13 - Elcigil A, Maltepe H, Esrefgil G, Mutafoglu K. Nurses' perceived barriers to assessment and management of pain in a university hospital. J Pediatr Hematol Oncol. 2011 Apr; 33 Suppl 1: S33-8. doi: 10.1097/MPH.0b013e3182121bef.
- 14 - Rejeh N, Ahmadi F, Mohammadi E, Anoosheh M, Kazemnejad A. Barriers to, and facilitators of post-operative pain management in Iranian nursing: a qualitative research study. Int Nurs Rev. 2008 Dec; 55(4): 468-75. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00659.x.
- 15 - Solooki M, Parsapoor AR. [Evaluation of the criteria of accreditation standards of Iranian hospitals in terms of covering the provisions of the charter of patients' rights and proposing additional measures and executive steps and evaluation criteria]. MD Dissertation, Medical School of Tehran University of Medical Sciences, 2020. (Persian)
- 16 - Orujlu S, Zamanzadeh V, Valizadeh L. [Nurses' experiences of patient participation in nursing care and its related factors: a qualitative content analysis]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2020; 25(4): 401-414. (Persian)
- 17 - Ghaljeh M, Khanjani N, Sajadi M, Latifi M, Dastoorpoor M. [Awareness from patient right patent and its observance from patient's viewpoint]. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2016; 7(3): 657-668. doi: 10.29252/jnkums.7.3.657. (Persian)
- 18 - Mosadegh Rad AM, Esnaashary P. [Patients and physicians' awareness of patients' rights and its implementation at Beheshti hospital in Isfahan]. Iranian Journal of Medical Education. 2004; 4(1): 45-54. (Persian)
- 19 - Ghadirian F, Vahedian-Azimi A, Ebadi A. [Value-based care and the necessity of economic evaluation of nursing services]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2018; 24(3): 197-203. (Persian)
- 20 - Mosadeghrad AM. Towards a theory of quality management: an integration of strategic management, quality management: an integration of strategic management, quality management and project management. International Journal of Modelling in Operations Management. 2012; 2(1): 89-118. doi: 10.1504/IJMOM.2012.043962.
- 21 - Mosadeghrad AM, Nabizade Z. [Evaluation of Iranian hospital accreditation system]. Payesh. 2018; 17(6): 617-629. (Persian)
- 22 - Mosadeghrad AM, Akbari-Sari A, Yousefinezhadi T. [Evaluation of hospital accreditation in Tehran: brief report]. Tehran University Medical Journal. 2018; 76(5): 354-359. (Persian)
- 23 - Jaafaripouyan E, Mosadeghrad AM, Salarvand A. [Performance of accreditation surveyors in Tehran hospitals: strengths and weaknesses]. Journal of Hospital. 2018; 17(3): 31-43. (Persian)
- 24 - Teymourzadeh E, Ramezani M, Arab M, Rahimi Foroushani A, Akbari Sari A. Surveyor management of hospital accreditation program: a thematic analysis conducted in Iran. Iran Red Crescent Med J. 2016 Jan 11; 18(5): e30309. doi: 10.5812/ircmj.30309.
- 25 - Mosadeghrad AM, Shakibaei E. [Hospital accreditation implementation prerequisites]. Journal of Hospital. 2017; 16(3): 43-56. (Persian)
- 26 - Mosadeghrad AM. Comments on "Iran hospital accreditation system". Iran J Public Health. 2016 Jun; 45(6): 837-9.

Patient rights in the Iranian hospitals accreditation system: Explanation of challenges

Soolmaz Moosavi¹, Mehrzad Solooki², Ehsan Shamsi Gooshki³, Alireza Parsapoor^{3*}

Article type:
Original Article

Received: May 2022
Accepted: Aug. 2022
e-Published: 16 Oct. 2022

Corresponding author:
Alireza Parsapoor
e-mail:
aliparsa@tums.ac.ir

Abstract

Background & Aim: Accreditation of hospitals plays an important role in promoting the quality, safety and effectiveness of medical services, and increasing the efficiency of hospitals. The effectiveness of the accreditation system depends on the quality of the accreditation standards, the comprehensiveness of the accreditation method, and the quantity and quality of the accreditation appraiser. There is a need for appropriate metrics to review and evaluate the implementation of the charter of patients' rights in the accreditation of hospitals. The aim of this study was to explain the challenges of patients' rights in the Iranian hospitals accreditation system.

Methods & Materials: This qualitative study was conducted using a conventional content analysis approach with the participation of 13 key informants. In parallel with the interviews, with the aim of assessing the comprehensiveness, the coverage of the patients' rights components was assessed by accreditation metrics in four sessions. Data analysis was conducted using the Graneheim and Lundman method.

Results: The challenges of the accreditation system were explained by two categories "Content deficiencies of hospitals accreditation standards", "Managerial challenges of accreditation system".

Conclusion: Accreditation has an effective and serious role in the improvement of hospital services and can be a good monitor for observing the rights of service recipients and the charter of patients' rights. This study provides useful information on the content deficiencies of the country's accreditation standards in terms of service recipients' rights and its implementation challenges that can be used by policy makers.

Key words: patient rights, accreditation, clinical governance, qualitative research

Please cite this article as:

Moosavi S, Solooki M, Shamsi Gooshki E, Parsapoor A. [Patient rights in the Iranian hospitals accreditation system: Explanation of challenges]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2022; 28(3): 243-258. (Persian)

1 - Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2 - Dept. of Clinical Education, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3 - Dept. of Medical Ethics, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

