

ارزشیابی سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران

علی محمد مصدق راد^۱، زهرا نبی زاده^{۲*}

۱. دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نشریه پایش

سال هفدهم، شماره ششم، آذر - دی ۱۳۹۷ صص ۶۲۹-۶۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۹/۲۵

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۷ آذر ۹۷

چکیده

مقدمه: اعتباربخشی یک سیستم هدفمند ارزشیابی خارجی برای بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌ها است. سیستم اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران شامل استانداردها، روش و ارزیابان اعتباربخشی در سال ۱۳۹۵ با تغییراتی مواجه شد. هدف این پژوهش ارزشیابی تغییرات سیستم اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور بود.

مواد و روش کار: این پژوهش توصیفی و مقطعی با استفاده از یک پرسشنامه معتبر در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۶ پس از انجام دور دوم و سوم اعتباربخشی بیمارستان‌ها با نظرسنجی از مدیران کلیه بیمارستان‌های استان زنجان انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS Model و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین رضایت مدیران بیمارستان‌های استان زنجان از سیستم اعتباربخشی بیمارستانی در دور دوم $3/0 \pm 0/27$ و در دور سوم $2/98 \pm 0/36$ از ۵ امتیاز بود (کاهش ۰/۶۶ درصدی). این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. رضایت مدیران از استانداردهای اعتباربخشی به میزان ۱/۸ درصد افزایش و از روش اعتباربخشی و اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها به ترتیب ۱۱/۶ و ۸/۵ درصد کاهش یافت. اعمال تغییرات در سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران در سال ۱۳۹۵ تأثیر چندانی در عملکرد آن از نظر مدیران بیمارستان‌ها نداشت. مدیران بیمارستان‌ها در دور دوم اعتباربخشی بیمارستان‌ها از روش اعتباربخشی بیشترین و از اجرای استانداردهای اعتباربخشی کمترین رضایت را داشتند. آنها در دور سوم، رضایت بیشتری از اثرات اعتباربخشی و رضایت کمتری از اجرای استانداردهای اعتباربخشی داشتند.

بحث و نتیجه گیری: رضایت مدیران بیمارستان‌ها از سیستم اعتباربخشی بیمارستانی در دور سوم نسبت به دور دوم کاهش اندکی یافت. توجه به نظرات مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها در بازنگری و اصلاح سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ضروری است.

کلیدواژه: اعتباربخشی بیمارستانی، استاندارد، ارزشیابی، ارزیاب

کد اخلاق: IR.TUMS.SPH.REC.1396.4870

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران

E-mail: Zahra.nabizade20@yahoo.com

مقدمه

بیمارستان‌ها یکی از مهمترین اجزای نظام سلامت هستند که سهم قابل توجهی از بودجه نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند. ارائه خدمات بیمارستانی با کیفیت، ایمن، اثربخش و با قیمت مناسب به مردم جامعه با توجه به افزایش تقاضای مردم و توسعه علوم و فن آوری‌های پزشکی با چالش‌های زیادی همراه است. بنابراین، وجود یک سیستم هدفمند برای برنامه‌ریزی، ارتقا و ارزشیابی کیفیت خدمات بیمارستان‌ها ضروری است. سیاستگذاران نظام سلامت در سطح کلان و مدیران بیمارستان‌ها در سطح خرد با استفاده از ابزارهای مناسب کنترلی باید از کیفیت خدمات بیمارستانی اطمینان حاصل کنند. فرآیند کنترل از طریق روش‌های متنوعی نظیر بازرسی، نظارت، پایش، ممیزی، ارزیابی، ارزشیابی و اعتباربخشی انجام می‌شود [۱].

اعتباربخشی بیمارستانی "فرآیند ارزشیابی سیستمی و رسمی یک بیمارستان و تعیین اعتبار آن توسط یک سازمان خارجی حرفه‌ای مستقل با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرآیندی و پیامدی از قبل تعیین شده است [۲]. 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، با استانداردهای اعتباربخشی مقایسه کرده و بر اساس میزان انطباق فعالیت‌های بیمارستان با استانداردهای اعتباربخشی نسبت به اعطا یا عدم اعطای گواهی اعتبار به بیمارستان تصمیم گرفته می‌شود [۳]. هدف اعتباربخشی بهبود ساختارها، فرآیندها و پیامدهای

بیمارستان‌ها به منظور تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی است. سابقه استفاده از استانداردها برای ارزشیابی خارجی بیمارستان‌ها به سال ۱۹۱۷ میلادی در آمریکا بر می‌گردد. مزایای استفاده از استانداردها منجر به تأسیس کمیسیون مشترک اعتباربخشی بیمارستان‌ها در آمریکا در سال ۱۹۵۱ میلادی شد [۴]. برنامه اعتباربخشی بیمارستان‌ها از دهه ۱۹۹۰ میلادی در جهان با گسترش زیادی همراه بود. در حال حاضر نزدیک به ۱۲۰ موسسه اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی در بیش از ۸۰ کشور جهان وجود دارد. اگرچه برنامه‌های اعتباربخشی در شروع به صورت اختیاری و توسط موسسات خصوصی اعتباربخشی انجام می‌شد، اما امروزه برنامه‌های اعتباربخشی دولتی و اجباری در دنیا به ویژه در

کشورهای در حال توسعه بیشتر مشاهده می‌شود [۲]. اعتباربخشی راهبردی مناسبی برای بهبود کیفیت [۵] و ایمنی [۶] خدمات بیمارستان، کاهش خطاهای پزشکی [۷]، کاهش مرگ و میر بیمارستانی [۸] و بهبود عملکرد بیمارستان [۹] است. اعتباربخشی منجر به توسعه یادگیری فردی [۱۰] و سازمانی [۱۱]، تدوین قوانین، مقررات، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی و تشویق کارکنان به بکارگیری پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی [۱۲]، تقویت همکاری بین متخصصان علوم پزشکی [۱۳]، بهبود رضایت ارائه‌کنندگان خدمات سلامت [۱۴]، و تسهیل ارتباطات درون‌سازمانی و برون‌سازمانی می‌شود [۱۲].

ویرایش اول استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران در سال ۱۳۸۹ در قالب ۳۷ بخش بیمارستان و ۸۱۰۴ سنجه تدوین و برای اجرا به بیمارستان‌های کشور ابلاغ شد. استانداردها بیشتر از نوع ساختاری و فرآیندی بودند. تعداد محدودی استاندارد پیامدی وجود داشت [۱۵]. دور اول اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران در سال ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ انجام شد. یک تیم ارزیابی شامل ۲۰ تا ۲۵ نفر از ارزیابان معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی مسئولیت اعتباربخشی بیمارستان‌های استان خود را بر عهده داشتند [۳]. تعداد زیاد سنجه‌ها، عدم شفافیت استانداردها و سنجه‌ها و وزن یکسان آنها چالش‌هایی به هنگام اجرا در بیمارستان‌ها ایجاد کرد [۱۶]. در نتیجه، استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی در سال ۱۳۹۳ مورد بازنگری قرار گرفتند و ویرایش دوم استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی 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 غیر بالینی بیان شدند [۱۶]. برای افزایش دقت کار ارزیابان اعتباربخشی یک ارزیاب ارشد از استان دیگر به تیم ارزیابان اعتباربخشی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اضافه شد. دور دوم اعتباربخشی بیمارستان‌ها در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ انجام شد. با توجه به اینکه استانداردهای مشترک بالینی و غیر بالینی بایستی در همه بخش‌های بیمارستان اجرا می‌شدند، در نتیجه، کاهش تعداد سنجه‌ها منجر به رضایت مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها نشد.

استفاده از یک پرسشنامه معتبر [۱۸] انجام شد. این پرسشنامه قبلاً در بیمارستان‌های ایران استفاده شد و از روایی صوری و محتوایی (نسبت اعتبار محتوا و شاخص اعتبار محتوا) و پایایی بالا برخوردار بود [۱۸]. پرسشنامه دارای دو بخش اطلاعات دموگرافیک بیمارستان‌ها شامل نوع بیمارستان، تعداد تخت، درجه اعتباربخشی، استفاده از مشاور اعتباربخشی، تعداد نفقات شاغل در واحد اعتباربخشی بیمارستان و ۵۰ گویه اختصاصی شامل رضایت مدیران بیمارستان‌ها از ابعاد سیستم اعتباربخشی بیمارستانی شامل محتوای استانداردهای اعتباربخشی (هفت گویه)، روش اعتباربخشی (هشت گویه)، اجرای اعتباربخشی در بیمارستان (هفت گویه) و اثرات اعتباربخشی در بیمارستان (۲۴ گویه) و انتظارات مدیران بیمارستان‌ها (چهار گویه) بود که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) طراحی شد. کسب امتیاز بین ۱ و ۱/۸۰، بین ۱/۸۱ و ۲/۶۰، بین ۲/۶۱ و ۳/۴۰، بین ۳/۴۱ و ۴/۲۰ و بیشتر از ۴/۲۱ بیانگر میزان رضایت بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد مدیران بیمارستان‌ها از سیستم اعتباربخشی بیمارستانی بود.

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش مدیران بیمارستان‌های استان زنجان بودند. در هر بیمارستان یک پرسشنامه توسط مدیر بیمارستان تکمیل شد. در مجموع تعداد ۱۲ پرسشنامه کامل دریافت شد. جامعه پژوهش شامل تمامی بیمارستان‌های دانشگاهی، تأمین اجتماعی، خصوصی و ارتشی استان زنجان (تعداد ۱۳ بیمارستان) بود. مدیران یک بیمارستان در این مطالعه مشارکت نکردند.

داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شد. برای مقایسه میانگین امتیاز رضایت مدیران از سیستم اعتباربخشی بیمارستانی در دور دوم و سوم اعتباربخشی از آزمون t-test زوجی استفاده شد. گویه‌های باز پرسشنامه نیز با استفاده از روش تحلیل محتوایی مورد بررسی قرار گرفتند. کلیه ملاحظات اخلاقی نظیر حفظ محرمانگی اطلاعات و بی‌طرفی پژوهشگران در تمامی مراحل مطالعه از جمع‌آوری تا تحلیل و گزارش داده‌ها رعایت شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۲ بیمارستان در این پژوهش مشارکت داشتند. به ترتیب ۶۶/۷، ۱۶/۷، ۸/۳ و ۸/۳ درصد بیمارستان‌ها وابسته به دانشگاه علوم

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 [۱۶، ۳].

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. تیم ارزیابان اعتباربخشی به ۳ نفر کاهش یافت [۱۷]. به رغم اینکه اعتباربخشی در بسیاری از کشورها منجر به بهبود عملکرد بیمارستان‌ها شده است [۱۴-۵]، اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های ایران با چالش‌هایی مواجه شده که مانع از دستیابی آن به اهداف تعیین شده گشت [۲۳-۱۸]. سیستم اعتباربخشی از سه جزء استاندارد، روش و ارزیابان اعتباربخشی تشکیل شده است [۱۶]. هرگونه نارسایی در اجزای ذکر شده منجر به عدم دستیابی به اهداف اعتباربخشی می‌شود. با توجه به تغییرات سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران در دور سوم اعتباربخشی، لزوم بررسی اثربخشی این تغییرات احساس می‌شود. برای ارزشیابی عملکرد سیستم اعتباربخشی بیمارستان‌ها می‌توان از دو روش نظرسنجی از افراد و بررسی شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها استفاده کرد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف ارزشیابی دور دوم و سوم سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران شامل استانداردها، روش و ارزیابان اعتباربخشی با استفاده از نظرات مدیران بیمارستان‌ها انجام شد تا با شناسایی اثرات این تغییرات بر ساختارها، فرایندها و پیامدهای بیمارستانی، اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران نظام سلامت در سطح کلان و مدیران بیمارستان‌ها در سطح خرد برای اصلاح سیستم اعتباربخشی بیمارستانی و اجرای درست الزامات اعتباربخشی در بیمارستان‌ها قرار دهد.

مواد و روش کار

این پژوهش مقطعی در سال‌های ۱۳۹۴ (پس از انجام دور دوم اعتباربخشی) و ۱۳۹۶ (پس از انجام دور سوم اعتباربخشی) با

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، سازمان تأمین اجتماعی، بخش خصوصی و ارتش جمهوری اسلامی ایران بودند. در ۸ بیمارستان از راهبرد حاکمیت بالینی، یک بیمارستان از ISO 9001 و EFQM و یک بیمارستان از ISO 9001 و حاکمیت بالینی برای بهبود کیفیت خدمات استفاده شده بود.

در دور اول اعتباربخشی (سال ۱۳۹۲)، تعداد ۳، ۷ و ۲ بیمارستان به ترتیب درجه دو، یک و یک مثبت اعتباربخشی دریافت کردند. در دور دوم اعتباربخشی (سال ۱۳۹۴)، تعداد ۱ بیمارستان درجه یک عالی، ۹ بیمارستان درجه یک و ۲ بیمارستان درجه دو اعتباربخشی دریافت کردند. در نهایت، در دور سوم اعتباربخشی (سال ۱۳۹۶)، تعداد ۱۰ بیمارستان (۸۳/۳ درصد) درجه یک و ۲ بیمارستان (۱۶/۷ درصد) درجه دو اعتباربخشی کسب کردند. در دور دوم و سوم اعتباربخشی به طور میانگین ۲ نفر در دفتر بهبود کیفیت بیمارستان‌ها مشغول به کار بودند.

میانگین رضایت مدیران بیمارستان‌های استان زنجان از سیستم اعتباربخشی بیمارستانی در دور دوم $3/00 \pm 0/27$ و در دور سوم $2/98 \pm 0/36$ از ۵ امتیاز بود (کاهش ۰/۶۶ درصدی). این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/888$). مدیران بیمارستان‌ها در دور دوم اعتباربخشی بیمارستان‌ها از روش اعتباربخشی بیشترین و از اجرای استانداردهای اعتباربخشی کمترین رضایت را داشتند. آنها در دور سوم، رضایت بیشتری از اثرات اعتباربخشی و رضایت کمتری از اجرای استانداردهای اعتباربخشی داشتند (جدول ۱).

میانگین رضایت مدیران بیمارستان‌های استان زنجان از استانداردهای اعتباربخشی در دور دوم اعتباربخشی $2/81 \pm 0/67$ و در دور سوم $2/86 \pm 0/58$ از پنج امتیاز بود (افزایش ۱/۸ درصدی). این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/849$). بیشترین رضایت مدیران در دور دوم اعتباربخشی مربوط به وزن سنج‌های اعتباربخشی، سنجش تمامی موارد با اهمیت، توجه به قوانین و آیین‌نامه‌های ملی در استانداردها و کمترین رضایت آنها مربوط به مستندسازی بود. بیشترین رضایت مدیران در دور سوم اعتباربخشی مربوط به تعداد سنج‌های اعتباربخشی، توجه به قوانین و آیین‌نامه‌های ملی در استانداردهای اعتباربخشی، سنجش تمامی موارد با اهمیت در استانداردها، وزن سنج‌های اعتباربخشی و کمترین رضایت آنها مرتبط با مقیاس امتیازدهی سنج‌ها، شفافیت سنج‌های اعتباربخشی و میزان توجه به مستندسازی بود.

رضایت مدیران از تعداد استانداردهای اعتباربخشی، سنجش تمامی موارد با اهمیت در استانداردها و توجه به قوانین و آیین‌نامه‌های ملی در استانداردهای اعتباربخشی در دور سوم اعتباربخشی نسبت به دور دوم افزایش و از شفافیت سنج‌ها، توجه به مستندسازی و مقیاس امتیازدهی سنج‌ها کاهش یافت. در دور سوم نسبت به دور دوم اعتباربخشی، بیشترین افزایش رضایت مدیران در تعداد سنج‌های اعتباربخشی (افزایش ۵۷/۶ درصدی) و بیشترین کاهش رضایت آنها در مقیاس امتیازدهی سنج‌ها (کاهش ۳۳/۴ درصدی) مشاهده شد.

میانگین رضایت مدیران بیمارستان‌های استان زنجان از روش اعتباربخشی در دور دوم $3/11 \pm 0/34$ و در دور سوم $2/75 \pm 0/46$ از پنج امتیاز بود (کاهش ۱۱/۶ درصدی). این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($P=0/046$). بیشترین رضایت مدیران در دور دوم مربوط به نحوه برخورد ارزیابان، تعداد روزهای ارزشیابی، زمان انجام اعتباربخشی، ترکیب تیم ارزشیابی و کمترین رضایت مربوط به وحدت رویه در ارزشیابی‌ها، قابل اعتماد بودن فرایند اعتباربخشی، تعداد ارزیابان و مهارت ارزیابان بود. در دور سوم اعتباربخشی بیشترین رضایت مدیران از نحوه برخورد ارزیابان، تعداد روزهای ارزشیابی و زمان اعتباربخشی و کمترین رضایت مربوط به وحدت رویه در ارزشیابی‌ها، قابل اعتماد بودن فرایند اعتباربخشی، ترکیب تیم ارزیابی، تعداد ارزیابان و مهارت ارزیابان بود. میانگین رضایت مدیران از روش اعتباربخشی بیمارستان‌ها در دور سوم نسبت به دور دوم در تمام گویه‌ها کاهش یافت. بیشترین کاهش رضایت مدیران مرتبط با ترکیب تیم ارزیابی (کاهش ۲۳ درصدی)، وحدت رویه در ارزشیابی ارزیابان (کاهش ۲۱ درصدی) و قابل اعتماد بودن فرایند اعتباربخشی (کاهش ۱۷ درصدی) بود.

میانگین رضایت مدیران بیمارستان‌های استان زنجان از اجرای استانداردهای اعتباربخشی در دور دوم $2/48 \pm 0/54$ و در دور سوم $2/27 \pm 0/54$ از پنج امتیاز بود (کاهش ۸/۵ درصدی). این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/271$). در دور دوم اعتباربخشی بیشترین رضایت مدیران مربوط به همکاری کارکنان بیمارستان و پشتیبانی دانشگاه و بیشترین نارضایتی از کمبود منابع انسانی، کمبود منابع مالی و کمبود منابع فیزیکی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی بود. در دور سوم اعتباربخشی بیشترین رضایت مدیران مربوط به همکاری کارکنان بیمارستان و پشتیبانی دانشگاه و کمترین رضایت مربوط به کمبود منابع مالی، کمبود منابع انسانی،

بهبود فرایندهای کاری، رضایت کارکنان، کاهش مرگ و میر بیماران، کاهش عفونت‌های بیمارستانی، ارتقای ایمنی کارکنان و افزایش درآمد بیمارستان داشت. رضایت مدیران از اثرات اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها در دور سوم نسبت به دور دوم در برخی از گویه‌ها افزایش و در برخی دیگر از گویه‌ها کاهش یافت. بیشترین افزایش رضایت مدیران مرتبط با تأثیر اعتباربخشی بر رضایت شغلی کارکنان (افزایش ۲۱/۳ درصد) و کارایی بیمارستان (افزایش ۱۸/۷ درصدی) و بیشترین کاهش رضایت مدیران مرتبط با تأثیر اعتباربخشی بر مشارکت پزشکان در بهبود فرایندهای کاری (کاهش ۱۶/۵ درصدی) و کاهش خطاها و خطرات (کاهش ۱۴/۳ درصدی) بود. حدود ۶۶/۷ درصد مدیران در هر دو دور اعتباربخشی بیمارستان‌ها اعتقاد داشتند که اعتباربخشی بهتر است توسط وزارت بهداشت انجام شود. در حالی که در دور دوم اعتباربخشی نیمی از مدیران معتقد بودند که اعتباربخشی بهتر است به صورت اجباری انجام شود، در دور سوم این میزان به ۶۶/۷ درصد افزایش یافت. به ترتیب در دور دوم و سوم اعتباربخشی ۸۳/۴ و ۱۰۰ درصد مدیران بیمارستان‌ها انجام خودارزیابی پیش از اعتباربخشی را ضروری دانستند. در نهایت، در دور دوم اعتباربخشی به ترتیب حدود ۸/۳، ۴۱/۷ و ۴۱/۷ درصد مدیران بیمارستان‌ها تمایل داشتند که اعتباربخشی هر سال، هر دو سال و هر سه سال یکبار انجام شود. این ارقام در دور سوم اعتباربخشی به ۸/۳، ۵۸/۳ و ۲۵ درصد تغییر یافت.

کمبود منابع فیزیکی، کمبود منابع اطلاعاتی و زمان ناکافی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی بود. رضایت مدیران از اجرای استانداردهای اعتباربخشی در دور سوم نسبت به دور دوم در تمام گویه‌ها کاهش یافت. بیشترین کاهش رضایت مدیران مرتبط با کمبود منابع مالی (کاهش ۲۰/۳ درصدی)، نداشتن زمان کافی برای اجرای مالی استانداردها (کاهش ۱۷/۱ درصدی)، کمبود منابع فیزیکی (کاهش ۸/۸ درصدی) و همکاری کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان برای اجرای استانداردها (کاهش ۷/۱ درصدی) بود. میانگین رضایت مدیران بیمارستان‌های استان زنجان از اثرات اعتباربخشی در دور دوم $3/06 \pm 0/36$ و در دور سوم $3/16 \pm 0/52$ از پنج امتیاز بود (افزایش ۳/۳ درصدی). این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/568$). اعتباربخشی در دور دوم، بیشترین تأثیر را بر رعایت حقوق بیماران، بهبود مستمر فرایندهای کاری، بهبود یادگیری سازمانی، کاهش خطاها و خطرات، توسعه توانمندی‌های کارکنان و کمترین تأثیر را بر رضایت کارکنان، جلب مشارکت پزشکان در بهبود فرایندهای کاری، کاهش مرگ و میر بیماران، افزایش درآمد بیمارستان، جذب بیماران، افزایش کارایی بیمارستان و کاهش شکایات بیماران داشت. برنامه اعتباربخشی در دور سوم، بیشترین تأثیر را بر رعایت حقوق بیماران، بهبود مدیریت اطلاعات و تصمیم‌گیری، بهبود مستمر فرایندهای کاری، بهبود ایمنی بیماران، پاسخگویی بهتر بیمارستان نسبت به نیازهای جامعه، افزایش مشارکت مدیران ارشد و کمترین تأثیر را بر مشارکت پزشکان در

جدول ۱: توزیع فراوانی و میانگین امتیاز رضایت مدیران بیمارستان‌های استان زنجان از ابعاد سیستم اعتباربخشی

محور	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	میانگین
	۱۳۹۴	۱۳۹۶	۱۳۹۴	۱۳۹۶	۱۳۹۶
محتوای استانداردهای اعتباربخشی	۸/۳	۰	۵۰	۲۵	۲/۸۶
روش ارزشیابی اعتباربخشی	۰	۸/۳	۸/۳	۰	۲/۷۵
اجرای استانداردهای اعتباربخشی	۱۶/۷	۵۰	۳۳/۳	۸/۳	۲/۲۷
اثرات اعتباربخشی	۰	۸/۳	۶۶/۷	۲۵	۳/۱۶
سیستم اعتباربخشی	۰	۰	۸/۳	۷۵	۲/۹۸

جدول ۲: میانگین امتیاز گویه‌های سیستم اعتباربخشی بیمارستان‌های استان زنجان در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۶ از ۵ امتیاز

تغییر (درصد)	۱۳۹۶	۱۳۹۴	
-۷/۷	۳/۰۰	۳/۲۵	۱ زمان انجام ارزشیابی اعتباربخشی مناسب است.
-۴/۸	۳/۱۷	۳/۳۳	۲ تعداد روزهای ارزشیابی اعتباربخشی کافی است.
-۱۱	۲/۶۷	۳/۰۰	۳ تعداد ارزیابان در تیم ارزشیابی اعتباربخشی مناسب است.
-۲۳	۲/۵۰	۳/۲۵	۴ ترکیب افراد تیم ارزیابی اعتباربخشی مناسب است.
-۱۱	۲/۶۷	۳/۰۰	۵ ارزیابان اعتباربخشی از تجربه و مهارت کافی برخوردار هستند.
-۲۰/۷	۱/۹۲	۲/۴۲	۶ ارزیابان اعتباربخشی وحدت رویه در ارزشیابی‌ها دارند.
-۲/۱	۳/۶۷	۳/۷۵	۷ نحوه برخورد ارزیابان اعتباربخشی مناسب است.
-۱۷/۱	۲/۴۲	۲/۹۲	۸ فرآیند ارزشیابی اعتباربخشی قابل اعتماد است.
+۵/۵	۳/۲۵	۳/۰۸	۹ استانداردهای اعتباربخشی تمام موارد قابل اهمیت در بیمارستان را می‌سنجند.
+۵۷/۶	۳/۴۲	۲/۱۷	۱۰ تعداد استانداردها و سنجش‌های اعتباربخشی مناسب است.
-۳/۲	۲/۴۲	۲/۵۰	۱۱ استانداردها و سنجش‌های اعتباربخشی شفاف هستند.
+۸/۱	۳/۳۳	۳/۰۸	۱۲ میزان توجه به قوانین و آیین‌نامه‌های ملی در استانداردهای اعتباربخشی مناسب است.
-۱۱/۶	۲/۵۸	۲/۹۲	۱۳ میزان توجه به مستندسازی در سنجش‌های اعتباربخشی مناسب است.
۰	۳/۱۷	۳/۱۷	۱۴ در نظر گرفتن وزن یکسان برای سنجش‌های اعتباربخشی مناسب است.
-۳۳/۴	۱/۸۳	۲/۷۵	۱۵ مقیاس امتیازدهی سنجش‌های اعتباربخشی مناسب است.
-۲۰/۳	۱/۳۳	۱/۶۷	۱۶ منابع مالی بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی کافی است.
۰	۱/۶۷	۱/۶۷	۱۷ منابع انسانی بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی کافی است.
-۸/۸	۱/۷۵	۱/۹۲	۱۸ منابع فیزیکی (تجهیزات، ملزومات و مواد) بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی کافی است.
-۶/۲	۲/۴۲	۲/۵۸	۱۹ منابع اطلاعاتی بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی کافی است.
-۷/۱	۳/۲۵	۳/۵۰	۲۰ همکاری کارکنان بخش‌های بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی مناسب است.
۰	۳/۰۸	۳/۰۸	۲۱ همکاری و پشتیبانی دانشگاه برای سهولت اجرای استانداردهای اعتباربخشی مناسب است.
-۱۷/۱	۲/۴۲	۲/۹۲	۲۲ فرصت زمانی کافی در بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی وجود دارد.
-۴/۸	۳/۳۳	۳/۵۰	۲۳ اعتباربخشی به بهبود یادگیری سازمانی کمک کرده است.
۰	۳/۴۲	۳/۴۲	۲۴ اعتباربخشی منجر به بهبود خلاقیت، تعهد سازمانی و کار تیمی شده است.
+۷/۳	۳/۶۷	۳/۴۲	۲۵ اعتباربخشی به بهبود مدیریت اطلاعات بیمارستان کمک کرده است.
+۲/۵	۳/۶۷	۳/۵۸	۲۶ اعتباربخشی به بهبود مستمر فرآیندهای کاری کمک کرده است.
-۷/۳	۳/۱۷	۳/۴۲	۲۷ اعتباربخشی به بهبود ارتباطات داخل سازمانی بیمارستان کمک کرده است.
+۸/۱	۳/۳۳	۳/۰۸	۲۸ اعتباربخشی به بهبود ارتباطات خارج سازمانی بیمارستان کمک کرده است.
+۷/۵	۳/۵۸	۳/۳۳	۲۹ اعتباربخشی به جلب مشارکت مدیران ارشد در بهبود فرایندهای کاری کمک کرده است.
-۱۶/۵	۱/۶۷	۲/۰۰	۳۰ اعتباربخشی به جلب مشارکت پزشکان در بهبود فرایندهای کاری کمک کرده است.
+۲/۷	۳/۴۲	۳/۳۳	۳۱ اعتباربخشی بهبود مستمر کیفیت خدمات بیمارستان را تقویت کرده است.
-۱۴/۳	۳/۰۰	۳/۵۰	۳۲ اعتباربخشی به کاهش خطاها و خطرات در بیمارستان کمک کرده است.
+۱۱/۳	۳/۲۵	۲/۹۲	۳۳ اعتباربخشی به بکارگیری طبابت و مراقبت مبتنی بر شواهد در بیمارستان کمک کرده است.
+۱۸/۷	۳/۱۷	۲/۶۷	۳۴ اعتباربخشی به جذب بیماران کمک کرده است.
+۲۰/۷	۲/۹۲	۲/۴۲	۳۵ اعتباربخشی به افزایش درآمد بیمارستان کمک کرده است.
+۲۱/۳	۲/۳۳	۱/۹۲	۳۶ اعتباربخشی رضایت شغلی کارکنان را افزایش داده است.
-۷/۹	۲/۹۲	۳/۱۷	۳۷ اعتباربخشی به افزایش ایمنی کارکنان کمک کرده است.
-۹/۴	۳/۱۷	۳/۵۰	۳۸ اعتباربخشی منجر به توسعه توانمندی‌های کارکنان شده است.
+۱۸/۷	۳/۱۷	۲/۶۷	۳۹ اعتباربخشی منجر به استفاده کارآمد از منابع بیمارستان شده است.
-۲/۸	۳/۰۸	۳/۱۷	۴۰ اعتباربخشی به افزایش شهرت و اعتبار بیمارستان کمک کرده است.
+۴/۷	۳/۵۸	۳/۴۲	۴۱ اعتباربخشی منجر به پاسخگویی بهتر به نیازهای جامعه شده است.
+۱۸/۷	۳/۱۷	۲/۶۷	۴۲ اعتباربخشی منجر به کاهش شکایات بیماران و مراجعین شده است.
+۳/۲	۲/۹۲	۲/۸۳	۴۳ اعتباربخشی عفونت‌های بیمارستانی را کاهش داده است.
+۳/۳	۲/۵۰	۲/۴۲	۴۴ اعتباربخشی مرگ و میر بیماران را کاهش داده است.
+۴/۳	۳/۸۳	۳/۶۷	۴۵ اعتباربخشی منجر به رعایت حقوق بیماران در بیمارستان شده است.
+۴/۸	۳/۶۷	۳/۵۰	۴۶ اعتباربخشی منجر به بهبود ایمنی بیماران در بیمارستان شده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف ارزشیابی تغییرات اعمال شده سال ۱۳۹۵ سیستم اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور انجام شد. مدیران بیمارستان‌های استان زنجان از سیستم اعتباربخشی دور دوم و سوم اعتباربخشی بیمارستان‌ها در حد متوسط (به ترتیب ۶۰ و ۵۹/۶ درصد) رضایت داشتند. به عبارتی، اعمال تغییرات در سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران در سال ۱۳۹۵ تأثیر چندانی در عملکرد آن نداشت. حدود ۸/۳ درصد مدیران از سیستم اعتباربخشی بیمارستانی در دور دوم اعتباربخشی راضی بودند. این رقم در دور سوم به ۱۶/۷ درصد رسید. بیشترین رضایت مدیران در دور دوم اعتباربخشی مربوط به روش اعتباربخشی و در دور سوم مربوط به اثرات اعتباربخشی بود. کمترین رضایت مدیران در دور دوم و سوم مربوط به اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها بود. اعتباربخشی تأثیر متوسطی بر کارکنان، بیماران، جامعه و عملکرد بیمارستان‌های استان زنجان داشت.

پژوهشی در سال ۱۳۹۴ در ۸۷ بیمارستان استان تهران نشان داد که رضایت مدیران بیمارستان‌ها از سیستم اعتباربخشی در حد متوسط (۵۸/۶ درصد) است. حدود ۱۶ درصد مدیران از سیستم اعتباربخشی راضی بودند. مدیران از رفتار ارزیابان، تعداد روزهای ارزشیابی و تعداد ارزیابان تیم ارزشیابی راضی و از نبود وحدت رویه بین ارزیابان، وزن یکسان سنج‌های اعتباربخشی، عدم شفافیت سنج‌ها، تعداد زیاد استانداردها و مهارت پایین ارزیابان ناراضی بودند [۱۸]. به عبارتی، مدیران بیمارستان‌های استان تهران و استان زنجان رضایت تقریباً مشابهی از سیستم اعتباربخشی بیمارستانی کشور داشتند.

مدیران بیمارستان‌های استان زنجان از محتوای استانداردهای اعتباربخشی در دور دوم و سوم اعتباربخشی رضایت در حد متوسط (به ترتیب ۵۶٪ و ۵۷٪) داشتند. این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. بیشترین نارضایتی مدیران بیمارستان‌های استان در دور دوم اعتباربخشی (سال ۱۳۹۴) مربوط به تعداد استانداردها، عدم شفافیت سنج‌ها، مقیاس امتیازدهی سنج‌ها و توجه به مستندسازی بود. پژوهش ارزشیابی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور با استفاده از نظرات ۵۴۷ مدیر بیمارستان در سال ۱۳۹۴ نشان داد که رضایت مدیران از محتوای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی در حد متوسط (۵۲/۸ درصد) بود. مدیران

بیمارستان‌ها از عدم شفافیت استانداردها و سنج‌ها، وزن یکسان سنج‌های اعتباربخشی و تعداد زیاد سنج‌ها ناراضی بودند [۱۶]. پژوهشی دیگر رضایت مدیران بیمارستان‌های استان تهران از محتوای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی را در سال ۱۳۹۴ در حد متوسط (۵۰/۸ درصد) ارزشیابی کرد. بیشترین نارضایتی مدیران مربوط به وزن یکسان سنج‌ها و ابهام سنج‌ها بود [۱۸]. مطالعات دیگر هم مشکلات مشابهی را برای استانداردهای اعتباربخشی ایران بیان کردند [۲۴، ۱۹]. رضایت مدیران بیمارستان‌های استان زنجان در دور سوم نسبت به دور دوم از تعداد سنج‌های اعتباربخشی، سنجش تمامی موارد با اهمیت در استانداردها و توجه به قوانین و مقررات ملی افزایش و از مقیاس امتیازدهی سنج‌ها، توجه به مستندسازی و شفافیت سنج‌ها کاهش یافت.

استفاده از رویکرد کارکردی و سیستمی در تدوین استانداردها، کاهش تعداد استانداردها و شفاف‌تر کردن آنها، توجه به تنوع بیمارستان‌ها در تدوین استانداردها و تغییر مقیاس امتیازدهی آنها، منجر به بهبود محتوای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی کشور خواهد شد. استانداردها و سنج‌های اعتباربخشی باید در قالب یک مدل سیستمی تنظیم شوند تا اجرای آنها منجر به بهبود کیفیت، ایمنی، اثربخشی و کارایی خدمات بیمارستان شود. چنین مدل سیستمی باید ساختارها، فرایندها و پیامدهای بیمارستان را پوشش دهد. مدل ویرایش سوم استانداردهای اعتباربخشی شامل ۸ محور مدیریت و رهبری، مراقبت و درمان، مدیریت خدمات پرستاری، مدیریت دارو و تجهیزات، پیشگیری و بهداشت، مدیریت خدمات پاراکلینیک، مدیریت اطلاعات و رعایت حقوق گیرنده خدمت است. اگرچه ویرایش سوم استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران نسبت به ویرایش‌های اول و دوم جامع‌تر بوده و موارد ساختاری و فرایندی بیشتری را شامل می‌شود، لیکن، تأکید بسیار کمی بر استانداردهای پیامدی به ویژه از نوع نتیجه‌ای دارد. علاوه بر این، استانداردها بیشتر بر پیامدهای مربوط به بیماران تأکید داشته و توجه بسیار کمی به نتایج مرتبط با کارکنان، جامعه و بهره‌وری بیمارستان دارد [۱۷]. استانداردهای اعتباربخشی با استانداردهای صدور مجوز و ارزشیابی متفاوت است. این موضوع باید در بازنگری استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران و کاهش سنج‌های آن مورد توجه قرار گیرد.

مصدق راد یک مدل سیستمی برای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی توسعه داد که شامل ۱۱ محور مدیریت و رهبری، برنامه‌ریزی، آموزش، مدیریت کارکنان، مدیریت بیماران، مدیریت منابع، مدیریت فرآیندها و نتایج مرتبط با کارکنان، بیماران، جامعه و بیمارستان است. این مدل سیستمی ساختارها، فرآیندها و پیامدهای بیمارستان را در ابعاد فردی، بخشی و بیمارستانی پوشش می‌دهد. هر استاندارد شامل سنج‌های مرتبط با اثربخشی، کارایی، ایمنی، به هنگام بودن، عدالت، تداوم، بیمار محوری و کارمند مداری است. چرخه بهبود مستمر فرآیندهای کاری شامل برنامه‌ریزی، اجرا، بررسی و اقدام هم در طراحی سنج‌ها مورد توجه قرار گرفت [۲].

اجرای چنین استانداردهای جامع سیستمی منجر به بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی و افزایش بهره‌وری بیمارستان خواهد شد. به عبارتی، اجرای چنین استانداردهای اعتباربخشی علاوه بر افزایش رضایت بیماران، منجر به افزایش رضایت مدیران و کارکنان مسئول اجرای استانداردها هم خواهد شد. یکی از دلایل مهم چالش‌های اجرایی استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های ایران عدم توجه به منافع کارکنان و مدیران بیمارستان‌ها در استانداردها است. اجرای استانداردهای اعتباربخشی بسیار زمان‌بر و هزینه‌زا است. اگر اجرای آنها منجر به بهبود کیفیت خدمات و افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها نشود، مدیران انگیزه‌ای برای اجرای درست آنها نخواهند داشت. استانداردهای اعتباربخشی قبل از ابلاغ به بیمارستان‌ها باید در چند بیمارستان به صورت پایلوت اجرا شوند و تأثیر آنها بر شاخص‌های عملکردی بالینی، مالی و عملیاتی بیمارستان‌ها ارزشیابی شود و متناسب با آن استانداردها و سنج‌های اعتباربخشی بازنگری شوند. آشنایی با علم و هنر تدوین استانداردها و سنج‌های اعتباربخشی، استفاده از تجارب موسسات اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی پیشرو و رعایت اصول تدوین استانداردهای اعتباربخشی انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان در بازنگری استانداردهای اعتباربخشی بسیار ضروری است.

مدیران بیمارستان‌های استان زنجان در دور دوم و سوم اعتباربخشی، از روش اعتباربخشی رضایت متوسط (به ترتیب ۶۲٪ و ۵۵٪) داشتند. رضایت مدیران بیمارستان‌ها از روش اعتباربخشی در دور سوم نسبت به دور دوم اعتباربخشی کاهش یافت و این اختلاف از نظر آماری معنادار بود. کمترین رضایت مدیران در دور دوم اعتباربخشی (سال ۱۳۹۴) مربوط به وحدت رویه ارزیابان در

ارزشیابی‌ها، قابلیت اعتماد فرایند اعتباربخشی، تعداد ارزیابان و مهارت ارزیابان بود. مطالعات پیشین نیز ضعف در انتخاب، آموزش و ارزیابی عملکرد ارزیابان اعتباربخشی، تجربه و مهارت ناکافی ارزیابان و نبود وحدت رویه در ارزیابی را از مهمترین چالش‌های روش اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور بیان کردند [۲۵، ۲۰]. رضایت مدیران بیمارستان‌های کشور و بیمارستان‌های استان تهران از روش اعتباربخشی در مطالعات قبلی در حد ۶۴/۲ و ۵۹/۴ درصد ارزشیابی شد [۱۸، ۳]. در دور سوم اعتباربخشی تعداد ارزیابان تیم اعتباربخشی بیمارستانی به حدود ۳ نفر کاهش یافت. مدیران بیمارستان‌های استان زنجان در دور سوم اعتباربخشی از نحوه برخورد ارزیابان، تعداد روزهای ارزشیابی و زمان اعتباربخشی راضی و از وحدت رویه ارزیابان در ارزشیابی‌ها، قابل اعتماد بودن فرآیند اعتباربخشی، ترکیب تیم ارزیابی، تعداد ارزیابان و مهارت ارزیابان ناراضی بودند.

روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران محدود به خودارزیابی مدیران بیمارستان‌ها و بازدید از قبل تعیین شده گروه ارزیابان اعتباربخشی است. ارتباط بین خود ارزیابی انجام شده توسط مدیران بیمارستان‌ها و ارزشیابی گروه ارزیابان به خوبی مشخص نشده است. هدف خودارزیابی بیمارستان‌ها آگاهی مدیران و کارکنان بیمارستان از نقاط قوت و ضعف بیمارستان و بکارگیری اقدامات اصلاحی است. نتایج خودارزیابی بیمارستان‌ها به طور مستقیم در نتایج اعتباربخشی بیمارستان‌ها استفاده نمی‌شود. ارزیابان اعتباربخشی بر اساس آموزش‌های دریافتی با مطالعه نتایج خود ارزیابی بیمارستانی شناخت مقدماتی از بیمارستان به دست آورده و برنامه عملیاتی برای نحوه ارزشیابی بیمارستان تدوین می‌کنند. مدیران بیمارستان‌ها با توجه به مشخص بودن زمان ارزشیابی اعتباربخشی ممکن است به صورت صوری تغییراتی در بیمارستان ایجاد کنند و در کوتاه مدت استانداردهای اعتباربخشی را اجرا کنند. بنابراین، در کشورهای توسعه یافته از روش‌های مکمل مانند ارزیابی سرزده، ارزشیابی شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها و نظرسنجی از بیماران هم استفاده می‌کنند.

کاهش تعداد ارزیابان تیم اعتباربخشی باید هماهنگ با تغییراتی در استانداردهای اعتباربخشی و روش ارزشیابی همراه باشد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که با تغییر رویکرد تدوین استانداردهای بیمارستانی ایران از حالت بخشی به کارکردی و کاهش آن، رضایت مدیران بیمارستان‌ها اندکی افزایش یافت ولی رضایت آنها از روش

شامل آموزش مدیران و کارکنان، تأمین منابع برای اجرا، اختصاص زمان کافی و در نظر گرفتن سازوکارهای انگیزشی برای اجرای استانداردها در بیمارستان است [۲۶]. عدم رعایت این پیش‌نیازها چالش‌های زیادی برای مدیران بیمارستان‌ها به هنگام اجرای استانداردهای اعتباربخشی ایجاد خواهد کرد. همچنین، فرآیند بازنگری استانداردهای اعتباربخشی باید هدفمند و به صورت منظم انجام شود. موسسات پیشرو اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی معمولاً هر ۳ تا ۵ سال با توجه به توسعه علوم و فن آوری‌های پزشکی اقدام به بازنگری استانداردهای اعتباربخشی و به روزرسانی آنها می‌کنند. در ایران تاکنون سه بار اعتباربخشی بیمارستان‌ها انجام شد و سه بار هم استانداردها بازنگری شدند. در نتیجه، بیمارستان‌ها با محدودیت منابعی که دارند، زمان کافی را برای اجرای درست و نهادینه‌سازی استانداردهای اعتباربخشی نخواهند داشت و اثرات اعتباربخشی محدود خواهد شد.

پس از ابلاغ استانداردهای جدید باید زمان کافی به مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها داده شود تا بتوانند برای اجرای درست استانداردها برنامه‌ریزی کنند و منابع خود را توسعه دهند. عدم در نظر گرفتن زمان کافی برای بیمارستان‌ها منجر به اجرای محدود و سطحی استانداردها خواهد شد. در نتیجه، اجرای استانداردها تأثیری بر عملکرد بالینی، عملیاتی و مالی بیمارستان‌ها نخواهد داشت. این پژوهش نشان داد که مدیران بیمارستان‌ها در دور سوم اعتباربخشی نسبت به دور دوم با کمبود بیشتر زمان، منابع فیزیکی، انسانی و همکاری کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان برای اجرای استانداردها مواجه شدند. اجرای استانداردهای اعتباربخشی پس از ابلاغ استانداردها نیاز به ۲ تا ۳ سال زمان دارد. بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی نیاز به تغییرات ساختاری، فرهنگی و فرآیندی دارد که زمانبر است [۲۸]. عدم توجه به این موضوع مهم منجر به استهلاک منابع ارزشمند بیمارستان و دستیابی به نتایج محدود خواهد شد.

مدیران بیمارستان‌های استان زنجان در دور دوم و سوم اعتباربخشی، از اثرات استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های خود رضایت متوسط (به ترتیب ۶۱٪ و ۶۳٪) داشتند. این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. اعتباربخشی در دور دوم، بیشترین تأثیر را بر رعایت حقوق بیماران، بهبود مستمر فرآیندهای کاری، بهبود یادگیری سازمانی، کاهش خطاها، توسعه توانمندی‌های کارکنان و کمترین تأثیر را بر رضایت کارکنان، جلب مشارکت پزشکان در

ارزشیابی نسبت به دور قبل به طور معنادار کاهش یافت. بنابراین، تغییراتی باید در انتخاب، استخدام و آموزش ارزیابان اعمال شود تا کاهش تعداد ارزیابان منجر به کاهش وسعت و عمق ارزشیابی و در نتیجه کاهش روایی و پایایی نتایج اعتباربخشی نشود. فرآیند ارزشیابی ارزیابان باید استاندارد شود و از اعمال سلیقه‌های شخصی جلوگیری شود. با تغییر رویکرد استانداردهای اعتباربخشی، رویکرد ارزشیابی ارزیابان اعتباربخشی هم باید تغییر یابد که نیاز به برنامه‌ریزی دقیق دارد و زمان بر است. 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 یکسان سازی دیدگاه و نگرش آنها منجر به ارتقای ارزشیابی اعتباربخشی می‌شود.

مدیران بیمارستان‌های استان زنجان در دور دوم و سوم اعتباربخشی، از اجرای استانداردهای اعتباربخشی رضایت متوسط (به ترتیب ۵۰٪ و ۴۵٪) داشتند. با این وجود، این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. مدیران بیمارستان‌ها در دور دوم اعتباربخشی (سال ۱۳۹۴) کمترین رضایت را از کمبود منابع انسانی، کمبود منابع مالی و کمبود منابع فیزیکی در اجرای استانداردهای اعتباربخشی داشتند. پژوهشی دیگر رضایت مدیران از اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های استان تهران را در حد ۵۱/۴ درصد گزارش کرد [۱۸]. پژوهش‌های قبلی مهم‌ترین چالش‌های اجرای اعتباربخشی را کمبود منابع انسانی، مالی و فیزیکی، فرهنگ سازمانی نامناسب، عدم مشارکت پزشکان و سیستم‌های اطلاعاتی و مستندسازی نامناسب بیان کردند [۲۶-۲۷]. بیشترین رضایت مدیران در دور سوم اعتباربخشی مربوط به همکاری کارکنان بیمارستان و پشتیبانی دانشگاه و کمترین رضایت مربوط به کمبود منابع مالی، کمبود منابع انسانی، کمبود منابع فیزیکی، منابع اطلاعاتی نامناسب و فرصت زمانی ناکافی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی بود.

اجرای استانداردهای اعتباربخشی نیازمند تعهد و مشارکت مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها است. مدیران باید برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی برنامه‌ریزی کرده، ساختار و فرهنگ سازمانی مناسب را ایجاد نموده، کارکنان را آموزش داده و منابع لازم را در اختیار آنها قرار دهند و فرایند تغییر را رهبری کنند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی باید به پیش‌نیازهای اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها توجه کنند. این پیش‌نیازها

بر ساختارها و فرآیندهای بیمارستانی دارد. تعداد سنجه‌های کمتری به نتایج بالینی، مالی و عملیاتی بیمارستان اختصاص یافته است. برنامه اعتباربخشی در کشورهای در حال توسعه با چالش‌های بیشتری نسبت به کشورهای توسعه یافته مواجه است. محدودیت ظرفیت فنی برای توسعه استانداردها، مشکلات پشتیبانی و زمان‌بندی انجام اعتباربخشی بیمارستان‌ها، فرایندهای ناکارآمد و هزینه بالای اعتباربخشی، ضعف سیستم‌های مدیریت اطلاعات، مشکلات مربوط به استخدام ارزیابان شایسته و آموزش آنها از جمله چالش‌های مهم موسسات اعتباربخشی در کشورهای در حال توسعه است [۲۹-۳۰].

دلایل عدم دستیابی به اهداف اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران را باید در سیستم اعتباربخشی شامل استانداردهای اعتباربخشی، روش اعتباربخشی و ارزیابان اعتباربخشی جستجو کرد. هر گونه کاستی در این سه عنصر اصلی اعتباربخشی می‌تواند مانع از تحقق اهداف اصلی سیستم اعتباربخشی شود. کمی برداری از استانداردهای اعتباربخشی سایر کشورها، روش نامناسب ارزشیابی بیمارستان‌ها، ذهنیت بازرسی ارزیابان اعتباربخشی و روش امتیازدهی نامناسب سنجه‌ها از چالش‌های مهم سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران است. اعتباربخشی یک راهبرد برای ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی است. اعتباربخشی یک نوع ارزشیابی خارجی است و برای اثربخشی بیشتر باید با یک استراتژی بهبود کیفیت داخل سازمانی تکمیل شود. اعتباربخشی به تنهایی نمی‌تواند منجر به تقویت مشارکت متخصصان علوم پزشکی به ویژه پزشکان در فعالیت‌های بهبود کیفیت شود. برای این منظور باید سیستم مدیریت کیفیت در بیمارستان‌ها بکار گرفته شود. مدیران بیمارستان‌ها می‌توانند از مدل‌های مدیریت کیفیت برای تسهیل اجرای استانداردهای اعتباربخشی کمک بگیرند. به عنوان مثال، توسعه یک مدل مدیریت کیفیت برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران [۳۱] و اجرای آن منجر به افزایش رضایت کارکنان [۳۲]، بهبود کیفیت خدمات و افزایش رضایت بیماران [۳۳]، ارتقای شاخص‌های عملکردی [۳۴] و افزایش درآمد و کاهش هزینه‌های بیمارستان شد [۳۵]. بکارگیری سیستم‌های مدیریت کیفیت در بیمارستان‌ها، اجرای استانداردها را تسهیل کرده و اثرات اعتباربخشی در بیمارستان را بیشتر می‌کند. تعهد مدیریت و رهبری، برنامه‌ریزی صحیح، ساختار و فرهنگ سازمانی مناسب،

بهبود فرایندهای کاری، کاهش مرگ و میر بیماران، افزایش درآمد بیمارستان، جذب بیماران، افزایش کارایی بیمارستان و کاهش شکایات بیماران داشت. پژوهشی هم در بیمارستان‌های استان تهران نشان داد که مدیران از اثرات برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌های خود رضایتی در حد ۶۲/۸ درصد داشتند [۱۸]. اعتباربخشی در دور سوم، بیشترین تأثیر را بر رعایت حقوق بیماران، بهبود مدیریت اطلاعات و تصمیم‌گیری، بهبود مستمر فرآیندهای کاری، بهبود ایمنی بیماران، پاسخگویی بهتر بیمارستان نسبت به نیازهای جامعه، افزایش مشارکت مدیران ارشد و کمترین تأثیر را بر مشارکت پزشکان در بهبود فرآیندهای کاری، رضایت شغلی کارکنان، کاهش مرگ و میر بیماران، کاهش عفونت‌های بیمارستانی، ارتقای ایمنی کارکنان و افزایش سود بیمارستان داشت. 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 فرایندهای کاری و کاهش خطاها و خطرات ناراضی‌تر شدند.

پژوهش‌های متعددی به ارزشیابی سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران با استفاده از شاخص‌های عملکردی بیمارستان پرداختند. به عنوان مثال، پژوهشی در بخش اورژانس بیمارستان‌های شهر ساری در سال ۱۳۹۴ نشان داد که اجرای استانداردهای اعتباربخشی بر ۵ شاخص عملکردی میانگین مدت زمان تریاژ، درصد احیای قلبی ریوی ناموفق، درصد بیماران تعیین تکلیف شده در مدت ۶ ساعت، درصد بیماران بستری موقت خارج شده از اورژانس در مدت ۱۲ ساعت و درصد ترک بیماران از اورژانس با رضایت شخصی تأثیری نداشت [۲۱]. پژوهشی دیگر به بررسی رابطه بین اعتباربخشی و ۹ شاخص عملکردی ۱۲۴ بیمارستان شهر تهران در دور اول و دوم اعتباربخشی پرداخت. میانگین امتیاز اعتباربخشی این بیمارستان‌ها در دور اول و دوم اعتباربخشی به ترتیب ۶۱/۹ و ۶۹/۶ درصد بود. با این وجود، رابطه‌ای بین امتیاز و درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها و عملکرد آنها پیدا نشد [۲۲]. محبی فر و همکاران رابطه منفی بین اعتباربخشی و رضایت بیمار در ۷ بیمارستان همدان در سال ۱۳۹۲ گزارش کردند. به عبارتی، با افزایش امتیاز اعتباربخشی بیمارستان‌ها، رضایت بیماران کاهش یافت [۲۳]. ویرایش سوم استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران همچنان تأکید زیادی

بیمارستان‌ها می‌توانند ارزشیابی دقیقی از عملکرد سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ارائه کنند.

سهم نویسندگان

علی محمد مصدق راد: مجری پژوهش، طراحی پژوهش، تحلیل آماری داده‌ها، نگارش مقاله

زهرای نبی زاده: مجری پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری صمیمانه کلیه روسا، مدیران و مسئولان بهبود کیفیت بیمارستان‌های استان زنجان که در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می‌کنند.

منابع

1. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. 1st Edition. Dibagran Tehran: Iran; 2015 [Persian]
2. Mosadeghrad AM. Iran hospital accreditation: Future directions. in J. Braithwaite, et al. (Eds.) Health Care Systems: Future Predictions for Global Care, Taylor & Francis: London, 2018: 285-291
3. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. Tehran University Medical Journal 2017; 75: 288-298
4. Roberts JS, Coale JG, Jack G, Redman RR. A history of the Joint commission on Accreditation of Hospitals. The Journal of the American Medical Association 1987; 258: 936-940
5. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. International Journal for Quality in Health Care 2008; 20:363-371
6. Shaw CD, Collins CD. Health service accreditation: report of a pilot programme for community hospitals. British Medical Journal 1995; 310:781-784
7. Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Westbrook M, Gibberd R, et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organizational performance: a blinded, random, stratified study. Qual Saf Health Care 2010; 19:14-21
8. Chen J, Rathore SS, Radford MJ, Krumholz HM. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. Health Affairs 2003; 22:243-54

آموزش و توانمندسازی کارکنان و تأمین منابع لازم برای اجرای مدیریت کیفیت و اعتباربخشی الزامی است [۳۶].

این پژوهش با مقایسه عملکرد سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۶ به ارزشیابی تغییرات اعمال شده در سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران در سال ۱۳۹۵ پرداخت و اطلاعات مفیدی را در اختیار سیاستگذاران نظام سلامت در سطح کلان و مدیران بیمارستان‌ها در سطح خرد برای ارتقای سیستم اعتباربخشی بیمارستان‌ها و اجرای درست استانداردهای اعتباربخشی قرار داد. با این وجود، این مطالعه در بیمارستان‌های استان زنجان انجام شد و نتایج قابل تعمیم به سایر بیمارستان‌های کشور نیست. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابهی در کشور با استفاده از پرسشنامه این پژوهش انجام شود. علاوه بر این، پژوهشگران با بررسی شاخص‌های عملکردی

9. Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, Loeb JM, Wachter RM. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. Journal of hospital medicine 2011; 6:454-61
10. Ng K, Leung GK, Johnston JM, Cowling BJ. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. Hong Kong Medical Journal 2013; 19:434-46
11. Touati N, Pomey MP. Accreditation at a crossroads: are we on the right track? Health Policy 2009; 90:156-65
12. Pomey MP, Contandriopoulos AP, Francois P, Bertrand D. "Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?" International Journal of Health Care Quality Assurance 2004; 17: 113-24
13. Baskind R, Kordowicz M, Chaplin R. How does an accreditation programme drive improvement on acute inpatient mental health wards? An exploration of members' views. Journal of Mental Health. 2010; 19: 405-411
14. Mate K, Rooney AL, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. Globalization and Health 2014; 10:68
15. Jafari GH, Khalifegari S, Danaei KH, Dolatshahi P, Ramezani M, Roohparvar R, et al. Hospital accreditation standards in Iran. 1st Edition, Seda publishing company: Tehran, 2010 [Persian]

16. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. *Razi Journal of Medical Sciences* 2017;23:50-61
17. Ministry of Health, Iran national hospital accreditation standards. 1st Edition, Ministry of health: Tehran, 2016
18. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation in Tehran: brief report. *Tehran University Medical Journal* 2018; 76:354-9
19. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Arab M, Ramezani M, Akbari-sari A. An Analysis of Hospital Accreditation Policy in Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2017; 46:1347-1358
20. Jaafaripouyan E, Mosadeghrad AM, Salarvand A. Performance of accreditation surveyors in Tehran hospitals: Strengths and weaknesses. *Journal of Hospital* 2018; 17:31-43 [in Persian]
21. Pourreza A, Mosadeghrad AM, Zoleikani P. The impact of accreditation on the performance of hospital emergency departments. *Health-Based Research* 2017; 3:277-295 [in Persian]
22. Mosadeghrad AM, Shahebrahimi SS, Ghazanfari M. Exploring the relationship between accreditation and hospital performance: Using Data Mining Approach. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2018; 16:33-50 [in Persian]
23. Mohebbifar R, Rafiei S, Mohammadpoor Asl A, Ranjbar M, Khodayvandi M. Association between Hospital Accreditation and Patient Satisfaction: A Survey in the Western Province of Iran. *Bangladesh Journal of Medical Science* 2017; 16: 77-84
24. NekoeiMoghadam M, Amiresmaili M, Iranemansh M, Iranmanesh M. Hospital accreditation in Iran: A qualitative case study of Kerman hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management* 2018; 33:1-8
25. Teymourzadeh E, Ramezani M, Arab M, Foroushani AR, Sari AA. Surveyor management of hospital accreditation program: a thematic analysis conducted in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2016;18: 30309
26. Mosadeghrad AM. & Shakibaei E. Hospital Accreditation Implementation Prerequisites. *Journal of Hospital* 2017; 16:43-56
27. Mosadeghrad AM. Comments on Iran hospital accreditation system. *Iranian Journal of public Health*. 2016; 45:837-42
28. 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;2:89-118
29. Bukonda N, Tavrow P, Abdallah H et al. Implementing a national hospital accreditation program: the Zambian experience. *International Journal for Quality in Health Care* 2003;14:7 –16
30. Cleveland EC, Dahn BT, Lincoln TM, Safer M, Podesta M, Bradley E. Introducing health facility accreditation in Liberia. *Glob Publication Health* 2011; 6:271–82
31. Mosadeghrad AM. Verification of a quality management theory: Using a Delphi study. *International Journal of Health Policy and Management* 2013; 1: 261-271
32. Mosadeghrad AM. Strategic collaborative quality management and employee job satisfaction. *International Journal of Health Policy and Management* 2014; 2: 167-174
33. Mosadeghrad AM, Ashrafi E. The impact of quality management on patient satisfaction in a hospital. *Tehran University Medical Journal* 2017; 75:228-234 [in Persian]
34. Mosadeghrad AM. Implementing Strategic Collaborative Quality Management in Health Care Sector, *International Journal of Strategic Change Management* 2012; 4: 203-228
35. Mosadeghrad AM, & Afshari M. The impact of quality management on income of operating theatre in a hospital: brief report. *Tehran University Medical Journal*. 2018; 75:768-772 [in Persian]
36. Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management: a meta-analysis. *International journal of health care quality assurance, Assur* 2014;27:544-58

ABSTRACT

Evaluation of Iranian hospital accreditation system

Ali Mohammad Mosadeghrad¹, Zahra Nabizade^{2*}

1. School of public health, Health information management research centre, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. School of public health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2018; 17(6): 617-629

Accepted for publication: 16 December 2018

[EPub a head of print-18 December 2018]

Objective (s): Hospital accreditation is a systematic external evaluation of a hospital's structures, processes and outcomes by an independent professional accreditation body using pre-established optimum standards. Iran national hospital accreditation system (i.e., standards, methods, and surveyors) has changed in 2016. This study aimed to evaluate the efficacy of national hospital accreditation system of Iran.

Methods: This cross-sectional study was carried out using a valid and reliable questionnaire covering accreditation standards, methods, surveyors, implementation and effects. The study population consisted of all hospital managers in Zanjan province, Iran. SPSS software was used for data analysis.

Results: The mean score of managers' satisfaction of hospital accreditation system was 3.00 ± 0.27 and 2.98 ± 0.36 out of 5 in 2015 and 2017. Hospital managers' satisfaction of the new accreditation system has decreased by 0.66 percent in 2017. However, the differences was not statistically significant. Managers' satisfaction of accreditation standards increased by 1.8% while their satisfaction of accreditation methods and standards implementation has decreased by 11.6 and 8.5 percent respectively.

Conclusion: The changes applied to Iran national hospital accreditation system did not satisfy hospital managers. Hospital managers' and employees' opinions and concerns should be considered in any attempt to revise the hospital accreditation system.

Key Words: Hospital accreditation, Standard, Evaluation, Surveyor

* Corresponding author: School of public health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: Zahra.nabizade20@yahoo.com