ارزشیابی اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌های ایران

علی محمد مصدق راد[1]، علی اکبر ساری[1]، ترانه یوسفی نژادی[1*]

۱. دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هجدهم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۳۹۷ صص ۳۵-۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۲۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۷ بهمن ۹۷]

چکیده

مقدمه: اعتباربخشی بیمارستانی راهبرد مناسبی برای ارتقای کیفیت، ایمنی، اثربخشی و کارایی خدمات بیمارستانی است. این پژوهش با هدف ارزشیابی اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌های کشور انجام شد.

مواد و روش کار: این پژوهش مقطعی با استفاده از یک پرسشنامه روا و پایا در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیمارستان‌های کشور (۹۱۴ بیمارستان) بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای ساده تصادفی از مدیران ۵۴۷ بیمارستان کشور نظرسنجی به عمل آمد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

یافته ها: میزان رضایت مدیران از اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌ها ۰/۷۰±۲/۴۴ از ۵ امتیاز (کم) بود. حدود ۱۰ درصد از مدیران از اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌های خود راضی بودند. مدیران از همکاری کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان در اجرای استانداردهای اعتباربخشی و همکاری و پشتیبانی دانشگاه برای سهولت اجرای استانداردهای اعتباربخشی رضایت بیشتر و از کمبود منابع انسانی، مالی و فیزیکی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی شکایت داشتند. منابع فیزیکی مورد نیاز برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی، همکاری و پشتیبانی دانشگاه برای تسهیل اجرای استانداردهای اعتباربخشی و سیستم اطلاعاتی بیمارستان بیشترین تأثیر را در اجرای موفقیت‌آمیز اعتباربخشی در بیمارستان‌ها داشت. بین درجه اعتباربخشی بیمارستان و مدل‌های مدیریت کیفیت به کار گرفته‌شده در بیمارستان رابطه آماری معنادار مشاهده شد.

بحث و نتیجه گیری: مدیران بیمارستان‌ها با کمبود منابع و چالش‌های زیادی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی مواجه هستند. منابع لازم و زمان کافی باید برای اجرا و نهادینه‌سازی استانداردهای اعتباربخشی در نظر گرفته شود تا اعتباربخشی منجر به افزایش کیفیت خدمات بیمارستان‌ها شود. استفاده از استراتژی‌های مدیریت کیفیت در بیمارستان‌ها منجر به تقویت اثرات برنامه اعتباربخشی می‌شود.

کلیدواژه: اعتباربخشی، بیمارستان، استاندارد، اجرا، بهبود کیفیت

* نویسنده پاسخگو: تهران، ولنجک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲ ستاد
E-mail: t.yousefinezhadi@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

مقدمه

بخش زیادی از بودجه نظام سلامت به بیمارستان‌ها اختصاص یافته است [۱]. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید تمام تلاش خود را به کار گیرند تا خدمات با کیفیت، ایمن و اثربخش، به صورت کارآمد ارائه شود. دولت در برابر سلامت جامعه مسئول بوده و موظف به ایجاد و تقویت یک نظام سلامت پاسخگو و اثربخش در قبال نیازهای سلامت مردم است. نظارت و ارزشیابی بیمارستان‌ها از جمله وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت هر کشوری است تا ضمن حصول اطمینان از اجرای درست سیاست‌ها و برنامه‌های ابلاغی، بازخوردهای لازم به مدیران در زمینه عملکرد بیمارستان‌ها برای بهبود کیفیت، ایمنی و بهره‌وری ارائه شود. این وظیفه حاکمیتی قابل تفویض به بخش خصوصی نیست.

اعتباربخشی بیمارستانی "فرایند ارزشیابی نظام مند و تعیین اعتبار بیمارستان توسط یک سازمان خارجی حرفه‌ای مستقل با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرآیندی و پیامدی است" [۲]. ارزیابان اعتباربخشی با استفاده از استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی از طریق مشاهده، مصاحبه و بررسی مستندات، اطلاعات موردنیاز را از مدیران، کارکنان، بیماران و همراهان آن‌ها به دست آورده، ثبت کرده و با توجه به میزان انطباق فعالیت‌های بیمارستان با استانداردهای تعیین‌شده نسبت به اعطاء یا عدم اعطای گواهی اعتبار به بیمارستان تصمیم گرفته می‌شود [۳].

سیستم اعتباربخشی بیمارستانی به دنبال بهبود مستمر ساختارها، فرآیندها و پیامدهای بیمارستانی به‌منظور تضمین کیفیت، ایمنی، اثربخشی و کارایی خدمات بیمارستانی است. اعتباربخشی بیمارستانی یک راهبرد مناسب برای ارتقای کیفیت [۵-۴] و ایمنی خدمات بیمارستان [۶]، کاهش خطاهای پزشکی [۷]، کاهش مرگ و میر بیمارستانی [۸] و بهبود عملکرد بیمارستان [۵] است. اعتباربخشی بیمارستانی منجر به توسعه یادگیری فردی [۹] و سازمانی [۱۰]، تدوین مقررات، خط‌مشی‌ها، روش‌های اجرایی، پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی و تشویق کارکنان به اجرای آنها [۱۱]، تقویت همکاری بین متخصصان علوم پزشکی [۱۲]، بهبود رضایت کارکنان بیمارستان [۱۳] و تسهیل ارتباطات درون‌سازمانی و برون‌سازمانی می‌شود [۱۱]. اعتباربخشی با کاهش خطاهای پزشکی و آسیب‌های ناخواسته منجر به جلوگیری از هدر رفت منابع و افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها می‌شود. اعتباربخشی موجب بهبود وجهه بیمارستان نزد عموم مردم خواهد شد. در مقابل، پژوهش‌هایی هم رابطه‌ای بین اعتباربخشی و کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستانی [۱۵-۱۴] و رضایت بیمار [۱۶] نیافتند. مطالعه‌ای بر روی حدود ۳۷ هزار بیمار در ۷۳ بیمارستان آلمان رابطه‌ای بین اعتباربخشی و کیفیت خدمات ادراک شده توسط بیماران پیدا نکرد [۱۴]. افزایش بروکراسی و بار کاری کارکنان بالینی و تحمیل هزینه زیاد به بیمارستان‌ها در برخی از مطالعات گزارش شدند [۱۱، ۹].

از شروع اعتباربخشی بیمارستانی در امریکا در سال ۱۹۵۱ میلادی تاکنون، بیش از ۱۲۰ موسسه اعتباربخشی در بیش از ۸۰ کشور دنیا به اعتباربخشی بیمارستان‌ها می‌پردازند. برنامه اعتباربخشی بیمارستانی در این مدت تغییرات زیادی کرده و از حالت خصوصی و اختیاری به سمت دولتی و اجباری پیش می‌رود [۲]. تفاوت برنامه اعتباربخشی کشورها نظیر تولیت دولتی یا خصوصی، ماهیت اجباری یا اختیاری، توجه به استانداردهای حداقل یا استانداردهای مطلوب، تأکید بر ساختارها و فرآیندها یا پیامدها و نتایج، رویکرد تنبیهی یا توسعه‌ای و در نهایت، انتشار یا عدم انتشار نتایج اعتباربخشی بر اثربخشی برنامه اعتباربخشی بیمارستانی اثر می‌گذارد.

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران شامل ۳۷ بخش و ۸۱۰۴ سنجه در سال ۱۳۸۹ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و به بیمارستان‌ها برای اجرا ابلاغ شد. اولین ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور در سال ۱۳۹۱ توسط تیم ۲۰ تا ۲۵ نفره از ارزیابان معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شد [۳]. تعداد زیاد سنجه‌ها، عدم شفافیت استانداردها و سنجه‌ها و وزن یکسان آنها چالش‌هایی برای مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها به هنگام اجرا ایجاد کرد. در نتیجه، ویرایش دوم اعتباربخشی بیمارستانی کشور شامل ۳۶ بخش و ۲۱۵۷ سنجه در سال ۱۳۹۴ به بیمارستان‌ها ابلاغ شد [۱۷].

مطالعات انجام‌شده در برخی از بیمارستان‌های کشور نشان می‌دهد که اجرای استانداردهای اعتباربخشی منجر به بهبود عملکرد بیمارستان‌ها [۲۰-۱۸] و افزایش رضایت بیماران [۲۱] نشده است. مطالعه‌ای در بخش اورژانس هشت بیمارستان شهر ساری در سال ۱۳۹۴ نشان داد که اجرای استانداردهای اعتباربخشی بر شاخص‌های عملکردی میانگین مدت زمان تریاژ، درصد احیای قلبی ریوی موفق، 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

نداشت [۱۸]. پژوهش انجام شده دیگر نیز رابطه‌ای بین اعتباربخشی و ۹ شاخص عملکردی ۱۲۴ بیمارستان شهر تهران در دور اول و دوم اعتباربخشی به دست نیاورد [۱۹]. مطالعه‌ای هم که به بررسی ارتباط بین درجه اعتباربخشی ۱۱ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران با کارایی فنی آنها پرداخت، رابطه‌ای بین اعتباربخشی و کارایی بیمارستان‌ها پیدا نکرد [۲۰]. محبی فر و همکاران بین امتیاز اعتباربخشی و رضایت بیماران در هفت بیمارستان همدان رابطه منفی یافتند. رضایت بیماران با افزایش امتیاز اعتباربخشی بیمارستان‌ها، کاهش یافت [۲۱].

نقص سیستم اعتباربخشی ملی بیمارستانی و اجرای نادرست استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها دو دلیل اصلی موفقیت کم اعتباربخشی بیمارستانی ایران است. شناسایی موانع موجود بر سر راه اجرای اثربخش اعتباربخشی در بیمارستان‌ها و تلاش برای رفع آن‌ها تأثیر قابل‌توجهی در دستیابی به اهداف اعتباربخشی و ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌های کشور دارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف ارزشیابی اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های کشور انجام شد. نتایج این پژوهش می‌تواند به سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور در توسعه و ارتقای سیستم اعتباربخشی شامل استانداردها، روش و ارزیابان اعتباربخشی کمک کند.

مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی (توصیفی ـ تحلیلی) با استفاده از یک پرسشنامه به ارزشیابی اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های ایران در سال ۱۳۹۴ پرداخت. پرسشنامه شامل دو بخش مشخصات بیمارستان شامل نوع بیمارستان، تعداد تخت مصوب و فعال، استفاده از مدل‌های مدیریت کیفیت، درجه اعتباربخشی بیمارستان، استفاده از مشاور اعتباربخشی، تعداد کارکنان شاغل در واحد بهبود کیفیت و گویه های اختصاصی مرتبط با اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها بود. سوالات اختصاصی در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم = ۵ طراحی شد. بنابراین، امتیاز اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها بین ۱ و ۵ متغیر بود. 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 از اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها بود. همچنین، پرسشنامه دارای دو گویه باز در مورد چالش‌های اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان و پیشنهادات بود. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه با استفاده از محاسبه Impact Score و ضریب نسبت اعتبار محتوا و با بررسی نظرات ۱۰ متخصص بررسی شدند. کلیه گویه ها دارای ضریب بالای ۹۰ درصد بودند. از روش بازآزمایی مجدد برای بررسی پایایی پرسشنامه در یک نمونه پایلوت ۳۰ نفری مدیران بیمارستان‌ها استفاده شد. کلیه سوالات دارای ضریب همبستگی اسپیرمن بالای ۰/۸ بودند.

مدیران بیمارستان‌های کل کشور، جامعه این پژوهش را تشکیل دادند (۹۱۴ نفر). تعداد کل نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه ۶۰۰ نفر محاسبه شد. از روش طبقه‌ای تصادفی ساده برای نمونه‌گیری استفاده شد. طبقات شامل ۵۷ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی کشور بود. از هر دانشگاه به‌صورت تصادفی ساده تعدادی بیمارستان انتخاب شد. یک پرسشنامه در هر بیمارستان توسط مدیر بیمارستان تکمیل شد. تعداد ۵۴۷ پرسشنامه تکمیل‌شده دریافت شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در این پژوهش در نظر گرفته شد. کلیه ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شد. مجوز کمیته اخلاق دریافت و محرمانگی اطلاعات شرکت کنندگان کاملاً رعایت شد.

یافته‌ها

از نظر مالکیت به ترتیب ۶۵/۳، ۱۴/۴، ۶/۶، ۵/۵ و ۴/۶ درصد بیمارستان‌ها، دانشگاهی دولتی، خصوصی، تأمین اجتماعی، خیریه و نظامی بودند. بیمارستان‌ها به‌طور میانگین دارای ۱۷۲ و ۱۴۵ تخت مصوب و فعال بودند. به ترتیب در ۳۱، ۳۲ و ۶۹ بیمارستان از مدل‌های ISO 9001، EFQM و حاکمیت بالینی برای ارتقای کیفیت خدمات استفاده شد. به ترتیب تعداد ۱۹۷، ۱۵۲و ۴۳ بیمارستان در دور اول اعتباربخشی توانستند درجه‌ی یک، یک مثبت و یک عالی کسب کنند. تعداد ۱۰۲ بیمارستان درجه‌دو، ۲۴ بیمارستان درجه سه و ۷ بیمارستان نیز زیر استاندارد ارزشیابی شدند. حدود ۱۵ درصد بیمارستان‌ها دارای مشاور برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی بودند. تعداد ۱ تا ۳ نفر کارمند در واحد بهبود کیفیت حدود ۸۵ درصد بیمارستان‌ها کار می‌کردند.

میزان رضایت مدیران بیمارستان‌ها از اجرای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور ۰/۷۰±۲/۴۴ از ۵ امتیاز (کم) بود. به ترتیب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

حدود ۱۹/۹، ۴۴/۸، ۲۵، ۹ و ۱/۳ درصد مدیران بیمارستان‌ها از اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌ها رضایت بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد داشتند. مدیران از همکاری کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان در اجرای استانداردهای اعتباربخشی و همکاری و پشتیبانی دانشگاه برای سهولت اجرای استانداردهای اعتباربخشی بیشترین رضایت را داشتند. در مقابل، آن‌ها از کمبود منابع انسانی، مالی و فیزیکی برای اجرای استاندارهای اعتباربخشی شکایت داشتند (جدول ۱).

بیشتر مدیران بر این عقیده بودند که اعتباربخشی بهتر است که به صورت اجباری (۶۴/۲ درصد)، توسط وزارت بهداشت (۶۶/۷ درصد) و هر دو سال یکبار (۴۵/۵ درصد) انجام شود. حدود ۹۵ درصد مدیران خودارزیابی‌ها را قبل از بازدید اعتباربخشی ارزیابان ضروری دانستند. بین میزان رضایت مدیران از اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها و درجه اعتباربخشی بیمارستان ($r = ۰/۲۱۵$ و $p=۰/۰۰۱$) و تعداد کارشناسان بهبود کیفیت بیمارستان ($r = ۰/۱۶۴$ و $p=۰/۰۰۱$) رابطه آماری معنادار مشاهده شد. آزمون آنالیز واریانس نشان داد که منابع فیزیکی مورد نیاز برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی، همکاری و پشتیبانی دانشگاه برای سهولت اجرای استانداردهای اعتباربخشی و سیستم اطلاعاتی بیمارستان بیشترین تأثیر را در اجرای موفقیت‌آمیز اعتباربخشی در بیمارستان‌ها داشت. در نهایت، بین درجه اعتباربخشی بیمارستان و نوع بیمارستان ($r = ۰/۲۱۲$ و $p=۰/۰۰۱$)، تعداد تخت فعال بیمارستان ($r = ۰/۴۹۰$ و $p=۰/۰۰۱$) و مدل‌های مدیریت کیفیت به کار گرفته‌شده در بیمارستان ($r = ۰/۲۰۶$ و $p=۰/۰۰۱$) رابطه آماری معنادار مشاهده شد.

تحلیل گویه های باز پرسشنامه نیز بیانگر تعدادی از چالش‌های اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها و پیشنهادهای مدیران بود (جدول ۲). تعداد زیاد سنجه‌های اعتباربخشی چالش مهم مدیران بیمارستان‌ها بود. امکان اجرای همه استانداردهای اعتباربخشی با توجه به بازه زمانی کم وجود نداشت. کاهش سنجه‌ها از ۸۱۰۴ در ویرایش اول اعتباربخشی به ۲۱۵۷ سنجه در ویرایش دوم، منجر به رضایت مدیران نشد. کاهش سنجه‌ها ناشی از جدا کردن سنجه‌های مشترک ۳۷ بخش بیمارستان و بیان آن در قالب سنجه‌های مشترک بالینی و غیربالینی بود. به عبارتی، آن سنجه‌های مشترک بایستی در همه بخش‌های بیمارستان اجرا می‌شد و در عمل کاهش سنجه‌ای صورت نگرفته بود. پیشنهاد مدیران این بود که سنجه‌های غیرضروری از برنامه اعتباربخشی حذف شوند و در استانداردهای صدور پروانه بیان شوند. همچنین، آنها معتقد بودند که استانداردها به صورت متوازن تدوین شوند و به شاخص‌های ساختاری، فرآیندی و پیامدی به‌طور متعادل توجه شود. مدیران اظهار داشتند که استانداردها و سنجه‌های پیامدی وزن کمتری نسبت به استانداردهای ساختاری و فرآیندی دارند که منجر به هدایت بیمارستان‌ها به سمت مستندسازی می‌شود. عدم شفافیت و ابهام سنجه‌ها چالش مهم دیگر مدیران بیمارستان‌ها بود. در نوشتن سنجه‌ها از جملات طولانی استفاده شده که گاهی اوقات قابل فهم نبودند. برخی از سنجه‌ها به طور کلی نوشته شده و به بخش‌نامه یا آیین‌نامه‌ای اشاره داشتند که آن بخش‌نامه خود شامل موارد زیادی بود که بایستی برای هر کدام یک سنجه در نظر گرفته می‌شد.

وزن یکسانی برای سنجه‌های اعتباربخشی در نظر گرفته شده بود. در حالی‌که اهمیت سنجه‌ها متفاوت بوده و اجرای آنها حجم کار متفاوتی را می‌طلبید. برخی از سنجه‌ها در حد یک ابلاغ کاغذی بودند، در حالی‌که، اجرای برخی از سنجه‌ها چندین ماه زمان می‌برد و مستلزم صرف هزینه زیاد بود. بنابراین، تمرکز مدیران و کارکنان بیمارستان بیشتر بر اجرای سنجه‌های ساده و زود بازده بود و سنجه‌هایی که هزینه زیادی به دنبال داشتند و با مقاومت کارکنان به ویژه پزشکان مواجه می‌شد، نادیده گرفته می‌شد. پیشنهاد مدیران بیمارستان‌ها این بود که سنجه‌ها سطح‌بندی و بر اساس آن وزن‌دهی شوند. سطح‌بندی سنجه‌ها به مدیران بیمارستان‌ها کمک می‌کند که زمان و منابع خود را صرف سنجه‌های مهم‌تر کنند و تمرکز بیشتری بر ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستانی داشته باشند. تغییرات مکرر سنجه‌های اعتباربخشی به ویژه در زمان نزدیک به ارزیابی‌ها از جمله مشکلات دیگر اجرای اعتباربخشی بود که موجب اعمال فشار زیادی به کارکنان بیمارستان و زمینه ساز سوء استفاده برخی از شرکت‌های مشاوره‌ای در بیمارستان ها شده بود.

مدیران اعتقاد داشتند که اجرای سنجه‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌ها وقت‌گیر و هزینه‌بر است. ثبت فرآیندهای کاری و تهیه مستندات اجرای سنجه‌های اعتباربخشی موجب افزایش بار کاری و شکایت کارکنان شده بود. پیشنهاد مدیران این بود که مستندات الکترونیک مورد قبول ارزیابان اعتباربخشی واقع شود. الکترونیکی کردن مستندات موجب کاهش مصرف کاغذ و هزینه تهیه مستندات در بیمارستان می‌شود. همچنین، با این روش بانک اطلاعاتی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

الکترونیک منسجمی از فرآیندهای بیمارستان ایجاد می‌شود. طراحی و یکسان‌سازی فرم‌ها و خط مشی‌های عمومی بیمارستان‌ها و اعلام شاخص‌های کلان توسط وزارت بهداشت، پیشنهاد دیگر مدیران بود که منجر به صرفه‌جویی در هزینه و وقت کارکنان می‌شود.

عدم مشارکت همه کارکنان به ویژه پزشکان مشکلاتی در اجرای استانداردهای پزشکی اعتباربخشی ایجاد کرده بود. پزشکان آگاهی کمتری نسبت به لزوم و اهمیت اجرای اعتباربخشی داشته و جلب همکاری آنها بسیار دشوار بود. مدیران بیمارستان‌ها خواهان افزایش مشارکت تمام کارکنان به ویژه گروه پزشکان در اجرای برنامه اعتباربخشی بودند. آنها اعتقاد داشتند که درنظر گرفتن تعدادی سنجه اعتباربخشی خاص پزشکان و لحاظ نمودن یک واحد درسی مرتبط با اعتباربخشی در سرفصل آموزش آنها می‌تواند منجر به مشارکت بیشتر آنها در اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها شود.

عدم توجه به نوع بیمارستان‌ها در تدوین استانداردها یکی دیگر از چالش‌های مهم اجرای اعتباربخشی بود. ساختار، مالکیت و تنوع بیمارستان‌ها در تدوین استانداردها در نظر گرفته نشده بود؛ در نتیجه، برخی از سنجه‌ها در بعضی از بیمارستان‌های کشور قابل اجرا نبودند. مدیران معتقد بودند که ساختار، مالکیت و تنوع بیمارستان‌ها باید در تدوین استانداردها لحاظ شود تا استانداردها به نحوی تدوین شوند که در کلیه بیمارستان‌ها قابل اجرا باشند.

کمبود منابع انسانی به ویژه کادر پرستاری، منابع مالی و تجهیزاتی مانع اجرای درست اعتباربخشی در بیمارستان‌ها شده بود. همچنین، کمبود نیروی متخصص اعتباربخشی و نبود ساختار تشکیلاتی برای جذب کارشناس اعتباربخشی در بیمارستان‌ها مانع اجرای موثر استانداردهای اعتباربخشی شده بود. آموزش ناکافی کارکنان نیز مشکلات زیادی در اجرای استانداردهای اعتباربخشی ایجاد کرده بود. ارتقای کمی و کیفی کارکنان متخصص اعتباربخشی از جمله پیشنهادات مدیران بود. مدیران معتقد بودند که این کارکنان باید شناخت کافی از مدل‌های بهبود کیفیت و ارزشیابی داشته باشند تا در اجرای موثر استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان نقش فعال‌تری داشته باشند و این اطلاعات را به سایر کارکنان بیمارستان نیز انتقال دهند.

برنامه‌های متعدد ارزشیابی بیمارستان‌ها نظیر اعتباربخشی بیمارستانی، اعتباربخشی آموزشی، ارزشیابی بیمارستان‌های دوستدار نوزاد، ارزشیابی بیمارستان‌های دوستدار مادر، ارزشیابی بیمارستان‌های دوستدار ایمنی و ابلاغ دستورالعمل‌های متعدد به بیمارستان‌ها باعث اعمال فشار زیاد به مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها شده بود. کارکنان بیمارستان وقت زیادی را باید صرف آمادگی برای این ارزشیابی‌ها کنند و زمان مفید کمتری برای مراقبت از بیماران خواهند داشت. تجمیع استانداردهای ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها به عنوان راهکاری توسط مدیران پیشنهاد شد. این امر موجب کاهش بازدیدهای مکرر از بیمارستان‌ها شده و کارکنان زمان کمتری برای آمادگی برای این ارزشیابی‌ها از دست خواهند داد و بیشتر وقت خود را صرف بیماران خواهند کرد.

مدیران بیمارستان‌ها ترجیح می‌دادند که برنامه اعتباربخشی بیمارستانی هر دو سال یکبار انجام شود. در نتیجه، آنها فرصت کافی برای اجرای استانداردها خواهند داشت. انجام خودارزیابی و دادن بازخورد به موقع به بیمارستان‌ها نیز توسط مدیران برای بهبود روش اعتباربخشی پیشنهاد شد. آنها اعتقاد داشتند که خودارزیابی‌ها قبل از انجام ارزشیابی اعتباربخشی توسط ارزیابان موجب آشنایی مدیران و کارکنان بیمارستان با نقاط قوت و ضعف خودشان و بکارگیری اقدامات اصلاحی می‌شود. نظارت و بازدید مستمر و دادن بازخورد به بیمارستان‌ها نیز توسط مدیران پیشنهاد شد. آنها معتقد بودند که این نظارت‌های مستمر موجب می‌شود که بیمارستان‌ها به حال خود رها نشوند و ارزشیابی به سالی یکبار منتهی نشود. در نتیجه، مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها همواره به استانداردها عمل خواهند کرد، هر لحظه آماده ارزشیابی هستند و فقط آمادگی را به روزهای نزدیک به ارزشیابی اعتباربخشی محدود نخواهند کرد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

جدول ۱: توزیع فراوانی و میانگین امتیاز گویه های اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های کشور

	بسیار کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	میانگین	انحراف معیار
منابع مالی بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی کافی است.	۳۷/۸	۳۹/۴	۱۰	۱۱/۵	۱/۳	۱/۹۹	۱/۰۲۷
منابع انسانی بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان کافی است.	۴۸/۱	۳۵/۷	۶/۷	۸/۹	۰/۶	۱/۷۸	۰/۹۵۲
منابع فیزیکی (تجهیزات، ملزومات و مواد) بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی کافی است.	۳۱/۲	۳۸/۳	۱۲/۳	۱۶/۵	۱/۷	۲/۱۹	۱/۱۰۱
منابع اطلاعاتی بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی کافی است.	۱۷/۹	۳۸/۷	۱۶/۹	۲۳/۹	۲/۶	۲/۵۵	۱/۱۱۵
همکاری کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان در اجرای استانداردهای اعتباربخشی مناسب است.	۱۱/۲	۲۶/۸	۲۰/۸	۳۴/۳	۶/۹	۲/۹۹	۱/۱۵۷
همکاری و پشتیبانی دانشگاه برای سهولت اجرای استانداردهای اعتباربخشی مناسب است.	۱۲/۳	۳۱/۶	۲۴/۵	۲۶/۲	۵/۴	۲/۸۱	۱/۱۱۹
فرصت زمانی کافی به بیمارستان برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی داده شد.	۱۴/۴	۳۵	۱۶/۳	۳۰/۷	۳/۷	۲/۷۴	۱/۱۴۸

جدول ۲: چالش‌های مربوط به اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها

	فراوانی	درصد
تعداد زیاد سنجه‌ها	۱۰۲	۱۱/۶
افزایش بار کاری کارکنان	۹۶	۱۰/۹
عدم مشارکت همه کارکنان به ویژه پزشکان در اجرای استانداردها	۹۲	۱۰/۵
عدم توجه به نوع بیمارستان‌ها در تدوین استانداردها	۸۸	۱۰/۱
عدم شفافیت و ابهام سنجه‌ها	۸۸	۱۰/۱
کمبود منابع انسانی، مالی و تجهیزات مورد نیاز برای اجرای استانداردها	۸۷	۹/۹
نبود ساختار تشکیلاتی برای کارشناس اعتباربخشی	۷۶	۸/۶
آموزش ناکافی کارکنان	۷۵	۸/۵
تغییرات مکرر سنجه‌های اعتباربخشی	۶۶	۷/۵
برنامه‌های متعدد ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها	۶۵	۷/۴
وزن یکسان سنجه‌های اعتباربخشی	۴۳	۴/۹

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف ارزشیابی اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌های کشور انجام شد. میزان رضایت مدیران از اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها در حد کم (۴۸/۸ درصد) گزارش شد. حدود ده درصد مدیران بیمارستان‌ها از اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌های خود رضایت داشتند. نتایج پژوهش نشان داد که بیشترین رضایت مدیران بیمارستان‌ها مربوط به همکاری کارکنان بخش‌های مختلف بیمارستان در اجرای استانداردهای اعتباربخشی و همکاری و پشتیبانی دانشگاه برای سهولت اجرای استانداردهای اعتباربخشی و کمترین رضایت آن‌ها مربوط به کمبود منابع انسانی، مالی و فیزیکی برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی بود.

پژوهش‌های قبلی میزان رضایت مدیران از اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های استان تهران را ۵۱/۴ درصد (کم) [۲۲] و در بیمارستان‌های استان زنجان ۴۹/۶ درصد (کم) ارزشیابی کردند [۲۳]. کمبود منابع انسانی، مالی و فیزیکی در بیمارستان‌ها برای اجرای درست استانداردها، آموزش ناکافی و دانش محدود کارکنان، افزایش بارکاری کارکنان، نبود انگیزه و فقدان کارگروهی، ایجاد استرس در کارکنان به دلیل سختی کار، عدم مشارکت پزشکان، فرهنگ سازمانی نامناسب، سیستم‌های اطلاعاتی و مستندسازی نامناسب، هزینه بالای اجرای اعتباربخشی، ترویج بروکراسی اداری، و زمان‌بر بودن اجرای استانداردها از چالش‌های مهم اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های ایران در پژوهش‌های قبلی بودند [۲۷-۲۴].

یک سیستم اعتباربخشی بیمارستانی خوب طراحی شده و خوب اجرا شده منجر به بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی خواهد شد. مطالعات انجام شده در ایران بیانگر موفقیت کم برنامه ملی اعتباربخشی بیمارستانی است [۲۱-۱۸]. دلیل این امر را باید در دو حوزه سیستم اعتباربخشی ملی بیمارستانی ایران و نحوه اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های کشور جستجو کرد. نقص سیستم اعتباربخشی شامل استانداردهای اعتباربخشی، روش اعتباربخشی و ارزیابان اعتباربخشی منجر به عدم دستیابی به اهداف اعتباربخشی در بیمارستان‌ها می‌شود. سیستم اعتباربخشی کشورهای در حال توسعه با چالش‌های زیادی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

همراه است. محدودیت ظرفیت فنی توسعه استانداردها، فرآیندهای ناکارآمد و هزینه بالای اعتباربخشی، مشکلات مربوط به استخدام ارزیابان شایسته و آموزش آنها، ضعف سیستم‌های مدیریت اطلاعات و مشکلات پشتیبانی و زمان‌بندی انجام اعتباربخشی بیمارستان‌ها از جمله چالش‌های مهم موسسات اعتباربخشی در کشورهای در حال توسعه است [۳۰-۲۸].

این پژوهش نشان داد که تعداد زیاد سنجه‌های اعتباربخشی، ابهام سنجه‌ها، عدم توازن سنجه‌ها و تأکید بیشتر بر سنجه‌های ساختاری و فرآیندی و وزن یکسان سنجه‌ها مشکلاتی در اجرای استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های کشور ایجاد کرد که منجر به اجرای سطحی آنها شد. پژوهش‌های پیشین نشان داد که مدیران بیمارستان‌های کشور و بیمارستان‌های استان‌های تهران و زنجان از استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی دور دوم در حد ۵۲/۸، ۵۰/۸ و ۵۶/۲ درصد راضی بودند [۲۳-۲۲]. کپی‌برداری از استانداردهای اعتباربخشی سایر کشورها، تعداد زیاد استانداردها، ابهام استانداردها، توجه کمتر به استانداردهای پیامدی و نتایج بالینی و تأکید زیاد بر استانداردهای ساختاری و فرایندی و روش امتیازدهی نامناسب سنجه‌ها به عنوان چالش‌های مهم استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی دور دوم ایران گزارش شده بود [۲۵-۲۲]. از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۳۹۵ سه بار استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران تغییر یافت. به عبارتی، برای هر دوره ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستانی، یک‌بار استانداردهای اعتباربخشی تغییر یافت که چالش‌های بسیار زیادی برای مدیران بیمارستان‌ها در اجرای استانداردها ایجاد کرد. به ترتیب ویرایش‌های اول (۱۳۸۹)، دوم (۱۳۹۳) و سوم (۱۳۹۵) استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران دارای ۸۱۰۴، ۲۱۵۷ و ۹۰۳ سنجه بود [۳۲-۳۱]. محدودیت منابع بیمارستان‌ها و نداشتن زمان کافی برای اجرای درست و نهادینه‌سازی استانداردهای اعتباربخشی منجر به کاهش اثرات مثبت اعتباربخشی خواهد شد. تعداد زیاد استانداردها و سنجه‌های اعتباربخشی وقت زیادی از کارکنان بیمارستان‌ها می‌گیرد و آنها وقت کمتری برای اجرای درست استانداردهای مهم خواهند داشت. استفاده از تعداد محدودی از استانداردهای موثر بر کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستان از اثربخشی بیشتری، نسبت به بکارگیری تعداد زیادی از استانداردهای غیر مرتبط برخوردار است که به دلیل کمبود منابع و زمان امکان اجرای همه آنها فراهم نیست. فرآیند بازنگری استانداردهای اعتباربخشی باید هدفمند و به صورت منظم انجام شود. موسسات پیشرو در اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی معمولاً هر ۳ تا ۵ سال با توجه به توسعه علوم و فناوری های پزشکی اقدام به بازنگری استانداردهای اعتباربخشی و به روزرسانی آنها می‌کنند.

ساختارها و فرآیندهای بیمارستانی باید برای ارائه خدمات با کیفیت، ایمن، اثربخش و کارآمد توسعه یابند. بنابراین، مدل استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی کشور نیازمند تغییرات بنیادین سیستمی است. استفاده از رویکرد سیستمی و کارکردی در تدوین استانداردها، توجه به تنوع بیمارستان‌ها در تدوین استانداردها، کاهش تعداد استانداردها و شفاف‌تر کردن و تغییر مقیاس امتیازدهی آنها، منجر به ارتقای محتوای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی می‌شود. استانداردها و سنجه‌های اعتباربخشی بیمارستانی باید جامع و کامل باشند و در قالب یک مدل سیستمی تنظیم شوند تا حوزه‌های ساختاری، فرآیندی و پیامدی بیمارستان را پوشش دهند. مصدق راد (۲۰۱۸) یک مدل مفهومی 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 سنجه‌های مرتبط با اثربخشی، کارایی، ایمنی، به هنگام بودن، عدالت، تداوم، بیمار محوری و کارمند مداری است. چرخه بهبود مستمر فرایندهای کاری شامل برنامه‌ریزی، اجرا، بررسی و اقدام هم در طراحی سنجه‌ها مورد توجه قرار گرفت [۲]. استانداردهای اعتباربخشی باید با رویکرد بهبود عملکرد طراحی شوند و فقط به ساختارهای ایستا توجه نداشته باشند. اجرای چنین استانداردهای سیستمی جامع موجب ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌ها و افزایش بهره‌وری آنها خواهد شد.

همچنین، تنوع بیمارستان‌ها باید در تدوین استانداردهای اعتباربخشی مورد توجه قرار گیرد. بیمارستان‌های تک تخصصی نیازمند استانداردهای اعتباربخشی خاص خود هستند. در کشورهای در حال توسعه بهتر است که استانداردهای اعتباربخشی با رویکرد تکامل تدریجی طراحی شوند. برنامه اعتباربخشی در شروع بهتر است که با تعداد محدودی از استانداردهای قابل حصول شروع شود

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

و به مرور زمان استانداردهایی که در بیمارستان‌های کشور نهادینه شدند، با استانداردهای سطح بالاتر جایگزین شوند. مدیران بیمارستان‌ها در این پژوهش اعلام داشتند که زمان کافی باید پس از ابلاغ استانداردهای جدید به آنها 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. 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 [۳۳]. عدم توجه به این موضوع مهم، منجر به استهلاک منابع بیمارستان و دستیابی به نتایج محدود می‌شود.

رضایت مدیران بیمارستان‌های کشور و بیمارستان‌های استان‌های تهران و زنجان از روش اعتباربخشی بیمارستانی دور دوم در مطالعات قبلی به ترتیب در حد ۶۴/۲، ۵۹/۴ و ۶۲/۲ درصد (در حد متوسط) ارزشیابی شد [۲۳-۲۲]. روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران در سال ۱۳۹۴ محدود به بازدید از قبل تعیین شده گروه ارزیابان اعتباربخشی بود. 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 خودارزیابی، ارزیابی سرزده، ارزشیابی شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها و نظرسنجی ملی از بیماران هم استفاده می‌کنند.

کمیت و کیفیت ارزیابان اعتباربخشی نقش بسزایی در اعتبار نتایج برنامه اعتباربخشی بیمارستان‌ها و تشویق مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها به اجرای درست استانداردهای اعتباربخشی دارد. پژوهش‌های قبلی ضعف در انتخاب، آموزش و ارزیابی عملکرد ارزیابان اعتباربخشی، تجربه و مهارت ناکافی ارزیابان، ذهنیت بازرسی ارزیابان اعتباربخشی و نبود وحدت رویه در ارزیابی را از مهمترین چالش‌های روش اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور بیان کردند [۳۵-۳۴]. دیدگاه پلیسی و مچ گیری برخی از ارزیابان اعتباربخشی استرس زیادی به مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها ایجاد می‌کرد. همچنین، آگاهی و تجربه کم برخی از ارزیابان اطلاعات غلطی به مدیران بیمارستان‌ها در اجرای استانداردهای اعتباربخشی می‌داد و موجب سردرگمی آنها می‌شد [۳۴]. بنابراین، تغییراتی باید در انتخاب، استخدام و آموزش ارزیابان اعتباربخشی ایجاد شود. 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. همچنین، فرآیند ارزشیابی ارزیابان باید استاندارد شود تا از اعمال سلیقه‌های شخصی جلوگیری شود. رویکرد ارزیابان اعتباربخشی باید از بازرسی و بازپرسی به آموزش و مشاوره برای ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستان تغییر یابد. نتایج اعتباربخشی باید به مدیران بیمارستان‌ها سریع گزارش شود تا اقدامات اصلاحی را برای بهبود عملکرد شروع کنند.

اصلاح سیستم اعتباربخشی ملی بیمارستانی نیازمند تغییراتی در ساختار سازمانی، عملکرد و حاکمیت اداره اعتباربخشی بیمارستان‌ها است. سازمان‌های حرفه‌ای تخصصی در کشورهای در حال توسعه با درآمد پایین و متوسط منابع لازم و ظرفیت مالی کافی را برای اداره سیستم اعتباربخشی ندارند. در نتیجه، وزارت بهداشت یا سازمان‌های بزرگ بیمه سلامت این وظیفه را بر عهده می‌گیرند [۳۰]. اداره اعتباربخشی موسسات پزشکی وزارت بهداشت باید تغییرات ساختاری و فرایندی را برای اصلاح سیستم اعتباربخشی ملی بیمارستانی مورد توجه قرار دهد. این اداره باید دارای یک شورای سیاستگذاری و حداقل ۳ کمیته علمی، اجرایی و رسیدگی به اعتراضات باشد. شورای سیاستگذاری اعتباربخشی شامل نمایندگان حوزه‌های مهم وزارت بهداشت، بیمه‌های پایه سلامت، انجمن‌های صنفی نظیر نظام پزشکی و نظام پرستاری، بیمارستان‌ها و مردم، وظیفه نهایی مدیریت و رهبری سیستم اعتباربخشی بیمارستان‌ها را بر عهده دارد. کمیته علمی شامل نمایندگان انجمن‌های علمی مرتبط با تخصص‌های بیمارستانی، اساتید دانشگاه و کارشناسان متخصص در ارزشیابی و اعتباربخشی، مسئولیت تدوین و به روز رسانی استانداردهای اعتباربخشی و تدوین پروتکل‌ها و راهنماهای آموزشی را بر عهده دارد. کمیته اجرایی اعتباربخشی مسئولیت انتخاب و استخدام ارزیابان، آموزش آنها، انجام اعتباربخشی بیمارستان‌ها و ارائه مستندات و مدارک اعتباربخشی بیمارستان‌ها به شورای سیاستگذاری اعتباربخشی برای تأیید و ابلاغ نتایج را بر عهده دارد. در نهایت، کمیته اعتراض

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

مسئولیت بررسی شکایت‌ها، اعتراض‌ها و پیشنهادهای ارسالی از سوی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها در زمینه اعتباربخشی را بر عهده دارد. این کمیته مستندات لازم و تصمیمات گرفته شده را به شورای سیاستگذاری اعتباربخشی برای اتخاذ تصمیم نهایی ارسال می‌کند [۲].

اجرای ناقص استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها دلیل دوم عدم دستیابی برنامه اعتباربخشی به اهداف تعیین شده است. اعتباربخشی هزینه زیادی به بیمارستان‌های کشور تحمیل می‌کند. مطالعه‌ای در امریکا هزینه اجرای اعتباربخشی در یک مرکز درمان با متادون را حدود ۴۸ هزار دلار معادل ۵ درصد هزینه‌های عملیاتی سالانه مرکز در سال ۲۰۰۰ میلادی محاسبه کرد. به ترتیب ۸۲/۳، ۱۱/۴ و ۶/۳ درصد هزینه‌ها مربوط به آمادگی مرکز برای اعتباربخشی و اجرای استانداردها، تعرفه بازدید ارزیابان اعتباربخشی و حق‌الزحمه کمک‌های فنی مشاوران اعتباربخشی بود [۳۶]. در مطالعه‌ای دیگر، هزینه اعتباربخشی یک بیمارستان ۳۵۵ تختخوابی آموزشی در سوییس حدود ۸۷۰ هزار فرانک (حدود ۰/۱ درصد هزینه سالانه بیمارستان) در سال ۲۰۱۳ میلادی بود [۳۷]. مدیران بیمارستان‌ها در صورتی‌که منافع ملموسی بیشتر از هزینه اعتباربخشی به دست نیاورند، انگیزه لازم را برای اجرای صحیح استانداردها نخواهند داشت.

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، منابع لازم را در اختیار آنها قرار دهند و فرآیند تغییر را رهبری کنند. مدیر بهبود کیفیت یا اعتباربخشی بیمارستان‌ها نقشی مهمی در برنامه‌ریزی و اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها دارند. مقبولیت و پذیرش علمی و اخلاقی این فرد توسط سایر کارکنان تأثیر زیادی بر موفقیت اجرای اعتباربخشی در بیمارستان دارد. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید بهترین فرد را برای این پست انتخاب کنند و آموزش‌های لازم را در اختیار او قرار دهند.

اعتباربخشی یک نوع ارزشیابی خارجی است. مدیران بیمارستان‌ها برای گرفتن نتیجه بهتر باید آن را با یک راهبرد بهبود کیفیت داخل سازمانی تکمیل کنند. اعتباربخشی به تنهایی نمی‌تواند منجر به تقویت مشارکت متخصصان علوم پزشکی به ویژه پزشکان در فعالیت‌های بهبود کیفیت شود. مدیران بیمارستان‌ها باید از مدل‌های مدیریت کیفیت برای تسهیل اجرای استانداردهای اعتباربخشی استفاده کنند. به عنوان مثال، توسعه و اجرای یک مدل مدیریت کیفیت برای بیمارستان‌های ایران [۳۸]، منجر به افزایش رضایت کارکنان [۳۹]، بهبود کیفیت خدمات، افزایش رضایت بیماران [۴۰]، ارتقای شاخص‌های عملکردی [۴۱] و افزایش درآمد و کاهش هزینه‌های بیمارستان شد [۴۲]. اجرای 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، آموزش و توانمندسازی کارکنان و تأمین منابع لازم برای اجرای مدیریت کیفیت و اعتباربخشی الزامی است [۴۳].

بنابراین، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی باید پیش‌نیازهای اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها نظیر آموزش مدیران و کارکنان، تأمین منابع برای اجرا، اختصاص زمان کافی و در نظر گرفتن سازوکارهای انگیزشی برای اجرای استانداردها در بیمارستان را مورد توجه جدی قرار دهند [۲۶]. عدم رعایت این پیش‌نیازها چالش‌های زیادی برای مدیران بیمارستان‌ها به هنگام اجرای استانداردهای اعتباربخشی ایجاد خواهد کرد. علاوه‌براین، انگیزاننده‌هایی باید برای اجرای درست استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها ایجاد شود. در حال حاضر، درجه اعتباربخشی بیمارستان مبنای تعرفه هتلینگ پرداختی بیمه‌های سلامت است. بیمه‌های سلامت ۱۰۰و ۸۰ و ۶۰ درصد تعرفه هتلینگ بیمارستان‌های درجه ۱و ۲ و ۳ را پرداخت خواهند کرد. در نتیجه، با توجه به اینکه حدود ۸۰ درصد بیمارستان‌های کشور دولتی یا شبه دولتی هستند، فشار زیادی از طرف مدیران این بیمارستان‌ها برای اخذ درجه یک اعتباربخشی به اداره اعتباربخشی وارد خواهد شد. انجام درست اعتباربخشی بیمارستان‌ها و اعلان نتایج به عموم مردم می‌تواند منجر به هدایت مردم به سمت بیمارستان‌های با درجه خوب اعتباربخشی شود. این موضوع انگیزاننده خوبی برای اجرای درست استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها خواهد شد. همچنین، این کار موجب استقبال توریست پزشکی هم خواهد شد.

این پژوهش به ارزشیابی اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌های کشور پرداخت و اطلاعات مفیدی در زمینه‌ی اجرای برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌ها فراهم کرد که می‌تواند مورد استفاده سیاستگذاران مربوطه واقع شود. با این وجود،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

محدودیت‌های این پژوهش باید در تفسیر و استفاده از یافته‌های آن مورد توجه قرار گیرد. در این پژوهش فقط نظرات مدیران بیمارستان‌ها مورد توجه قرار گرفت. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از نظرات کارکنان بیمارستان‌ها هم استفاده شود و مطالعات کیفی بیشتری برای بررسی نحوه اجرای استانداردهای اعتباربخشی و چالش‌های آنها انجام شود.

سهم نویسندگان

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

علی اکبری ساری: طراحی پژوهش، نگارش مقاله

ترانه یوسفی‌نژادی: طراحی پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دکترای تخصصی رشته سیاست‌گذاری سلامت با عنوان "تحلیل سیاست‌های ارزشیابی بیمارستانی در ایران" با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران است. بدینوسیله از همکاری کارشناسان اداره اعتباربخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدیران و کارشناسان اداره اعتباربخشی معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و کلیه مدیران بیمارستان‌های مشارکت‌کننده در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین، نویسندگان مقاله از داوران محترمی که با انتقادهای سازنده خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، نهایت تشکر و سپاس را دارند.

منابع

1. Mosadeghrad AM. Essentials of Healthcare Organization and Management. 1st Edition, Dibagran Publication: Iran, 2015 [in Persian]

2. Mosadeghrad AM. Iran hospital accreditation: Future directions. in J. Braithwaite, et al. (Eds.) Health Care Systems: Future Predictions for Global Care. 1st Edition. Taylor & Francis: UK, 2018: 285-291

3. Mosadeghrad AM, Akbari Sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. Tehran University Medical Journal 2017;75:288-98[in Persian]

4. Yildiz A, & Kaya S. Perceptions of nurses on the impact of accreditation on quality of care", Clinical Governance: An International Journal 2014; 19: 69 - 82

5. 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

6. Hirose M, Imanaka Y, Ishizaki T, and Evans E. How can we improve the quality of health care in Japan? Learning from JCQHC hospital accreditation, Health Policy 2003; 66: 29-49

7. Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Westbrook M, Gibberd R, et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational 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 Aff 2003; 22:243-54

9. 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

10. Touati N, Pomey MP. Accreditation at a crossroads: are we on the right track? Health Policy. 2009; 90:156-65

11. Pomey MP, Contandriopoulos AP, Francois P و Bertrand D. "Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?" International Journal of Health Care Quality. Assurance 2004; 17: 113-24

12. 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

13. Mate K, Rooney AL, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. Globalization and Health 2014: 10-68

14. Sack, C. Scherag, A. Lutkes, P. GuntheR, W. Jockel, K.H. & Holtmann, G. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals. International Journal for Quality in Health Care 2011; 23: 278-283

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

15. Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. Archives of Internal Medicine 2002;162:1897-1903
16. Haj-Ali W, Bou Karroum L, Natafgi N, Kassak K. Exploring the relationship between accreditation and patient satisfaction – the case of selected Lebanese hospitals. International Journal of Health Policy and Management 2014; 3: 341–346
17. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. Razi Journal of Medical Sciences 2017; 23:43-54 [in Persian]
18. Pourreza A, Mosadeghrad AM, Zoleikani P. The impact of accreditation on the performance of hospital emergency departments. Health-Based Research Journal 2017; 3:277-295 [in Persian]
19. 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 Research2018; 16:33-50 [in Persian]
20. Jaafaripooyan E, Sharifi T, Emamgholi poor S, Yekani Nejad M S, Esmaeili S. Relationship between accreditation rank and technical efficiency of hospitals affiliated to Tehran university of medical sciences. Journal of Hospital. 2018; 17:49-57
21. 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
22. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation in Tehran: brief report. Tehran University Medical Journal 2018; 76:354-9 [in Persian]
23. Mosadeghrad AM, Nabizade Z. Evaluation of Iranian hospital accreditation system. Payesh. 2018; 17:617-629 [in Persian]
24. Azami-Aghdash S, Sadeghi Bazargani H, Ghasemi B, Mirzaei A, Aghaie MH. Barriers to implement accreditation from the perspective of hospitals' managers in East Azerbaijan Hospitals: A mixed method study. Depiction of Health 2013;4;35-42 [Persian]
25. Saadati M, Yarifard K, Azami-Agdash S, Tabrizi JS. Challenges and potential drivers of accreditation in the Iranian hospitals. International Journal of Hospital Research 2015;4:37-42
26. Mosadeghrad AM. & Shakibaei E. Hospital Accreditation Implementation Prerequisites. Journal of Hospital 2017; 16:43-56 [in Persian]
27. Mosadeghrad AM. Comments on Iran hospital accreditation system. Iranian Journal of public Health 2016; 45:837-42
28. Bukonda N, Tavrow P, Abdallah H, Hoffner K, and Tembo, J., Implementing a national hospital accreditation program: the Zambian experience. International Journal for Quality in Health Care, 2003;14:7 –16
29. Cleveland EC, Dahn BT, Lincoln TM, Safer M, Podesta M, Bradley E. Introducing health facility accreditation in Liberia. Glob Pub Health 2011; 6:271–82
30. Smits H, Supachutikul A, & Mate KS. Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries. Globalization and Health 2014, 10:65
31. 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]
32. Ministry of Health, Iran national hospital accreditation standards. 3rd version. Ministry of health: Tehran, 2016 [Persian]
33. 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
34. 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]
35. 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
36. Zarkin GA, Dunlap LJ, Homsi G. The costs of pursuing accreditation for methadone treatment sites: results from a national study. Evaluation Review2006;30:119-38
37. Thurneysen N, Plank T, Boes S. Analysis of costs and benefits of a reaccreditation of a Swiss acute care hospital. Safety in Health 2016; 2: 1-8
38. Mosadeghrad AM. Verification of a quality management theory: Using a Delphi study. International Journal of Health Policy and Management 2013; 1: 261-271
39. Mosadeghrad AM. Strategic collaborative quality management and employee job satisfaction.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

International Journal of Health Policy and Management 2014; 2: 167-174
40. 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]
41. Mosadeghrad AM. Implementing Strategic Collaborative Quality Management in Health Care Sector, International Journal of Strategic Change Management 2012; 4: 203-228
42. 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]
43. Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management: a meta-analysis. International journal of health care quality assuranc*e* 2014;27:544-58

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

ABSTRACT

Evaluation of hospital accreditation implementation in Iran

Ali Mohammad Mosadeghrad [1], Ali Akbari-sari [1], Taraneh Yousefinezhadi [1*]

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
3. Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2019; 18(1): 23-35
Accepted for publication: 12 February 2019
[EPub a head of print-16 February 2019]

Objective (s): Hospital accreditation is a good strategy for improving the quality, safety, effectiveness and efficiency of hospital services. This study aimed to evaluate hospital accreditation implementation in Iran.
Methods: This descriptive, and cross sectional study was carried out in 2015 using a valid and reliable questionnaire. The study population consisted of 914 hospital managers in Iran. Overall, 547 hospital managers were surveyed through stratified random sampling. SPSS software was used for data analysis. Data analysis was conducted with SPSS 18.0 using descriptive and inferential statistics.
Results: The mean score of managers' satisfaction of hospital accreditation implementation was 2.44+0.70 out of 5 (low). About 10 percent of managers were satisfied with the hospital accreditation implementation. Hospital managers were satisfied with employees' engagement in applying accreditation standards and the medical university support. Most complaints were related to lack of human, financial and physical resources. Physical resources, medical university support and the hospital information system had the most effect on successful accreditation implementation. There was significant association with accreditation scores and using quality management models in the hospital.
Conclusion: Hospital managers are facing time and resources shortage in implementing accreditation. Necessary resources should be provided if improvement in the quality of hospital services is required.

Key Words: Accreditation, Hospital, Standard, Implementation, Quality improvement

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.18.1.1.8]

[*] Corresponding author: Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: t.yousefinezhadi@gmail.com