



## طراحی ساختار اجرایی اعتباربخشی بیمارستانها از دیدگاه ذی‌نفعان

نویسندگان: محمد امین بهرامی<sup>۱</sup>، مهسا اکبری<sup>۲</sup>، محمدحسن امامی<sup>۳</sup>، حسین فلاح‌زاده<sup>۴</sup>

۱. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۲. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد تلفن تماس: ۰۹۱۲۶۶۵۱۲۹۸ Email: Mahsa.akbari1990@yahoo.com
۳. کارشناس ارشد، رئیس بنیاد توانمند سازی منابع انسانی ایران
۴. دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد

### چکیده

**مقدمه:** موفقیت هر سازمانی در گرو وجود یک نظام ارزشیابی کارآمد است. استفاده از استانداردهای اعتباربخشی بسیار کمک‌کننده است. اعتباربخشی به معنی فرآیند ارزیابی خارجی جهت بررسی سطح عملکرد مراکز بهداشتی درمانی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف طراحی ساختار اجرایی اعتباربخشی از دیدگاه ذی‌نفعان انجام پذیرفت.

**روش بررسی:** مطالعه توصیفی کاربردی حاضر به صورت مقطعی در سال ۹۳-۹۲ با مشارکت ۲۰۰ نفر از ذی‌نفعان اعتباربخشی بیمارستان سراسر کشور انجام شده است. منظور از ذی‌نفعان کسانی هستند که درگیر اجرای اعتباربخشی هستند و از ساختار فعلی و هدف آن آگاهی دارند. ابزار بررسی در این پژوهش پرسشنامه بسته است. در فاز اول پرسشنامه نیمه باز توسط ۷۲ نفر تکمیل گردید که پس از اضافه نمودن نظراتشان، پرسشنامه به صورت بسته در اختیار ۱۲۸ نفر دیگر از ذی‌نفعان قرار گرفت. افراد به سوالات که در رابطه با ابعاد اجرای اعتباربخشی بود، در طیف ۱۰-۰ امتیاز دادند. روایی داده‌ها توسط صاحب‌نظران و پایایی آن از طریق آزمون آلفای کرونباخ ۹۶/۲ به دست آمد و با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد اکثر ذی‌نفعان در رابطه با ساختار کلی اجرایی اعتباربخشی معتقدند بیمارستانها باید در ابتدا به صورت داوطلبانه و سپس اجباری توسط یک ارگان مستقل غیر دولتی مانند JCI با استانداردهای بین‌المللی بومی شده، به صورت سالانه و به همراه آموزش پیش از اعتباربخشی مورد ارزیابی قرار گیرند.

**نتیجه‌گیری:** بطور کلی ذی‌نفعان شیوه اعتباربخشی کنونی موافق نبوده و براساس نتایج بررسی توصیفی و تحلیلی نظرسنجی پاسخگویان مورد پژوهش، ساختار نهایی اجرایی اعتباربخشی ارائه گردیده است.

**واژه‌های کلیدی:** ساختار اجرایی، اعتباربخشی، ذی‌نفعان

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد.

## طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال پانزدهم

شماره: اول

فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵

شماره مسلسل: ۵۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۷/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۱۶



بهداشتی درمانی و مطالعه نظام‌های سلامت ملی و بین‌المللی نقاط

ضعف را به منظور بهبود شناسایی نمود (۶).

در حال حاضر برخی انتقاداتی به شیوه اجرای کنونی اعتباربخشی ملی دارند و اعتقاد دارند طرح اعتباربخشی فقط روی کاغذ موفق است و برای اجرای طرح اعتباربخشی بیمارستانها توسط معاونت درمان وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را نادرست دانسته و اذعان دارند پیاده‌سازی این نظام می‌بایستی به صورت داوطلبانه و توسط یک سازمان خصوصی و مستقل صورت پذیرد (۷).

بنابراین داشتن منابع و زیرساخت‌های مناسب از الزامات ضروری برای انجام موفق برنامه‌ی اعتباربخشی می‌باشد. در مطالعه‌ای که با عنوان وجود زیرساخت‌های لازم جهت اجرای اعتباربخشی از دیدگاه مدیران ارشد بیمارستان‌های استانهای آذربایجان شرقی و اردبیل که توسط لیلا عبدالهی و سایرین در سال ۱۳۹۰ انجام گردید به این نتیجه رسیدند که در اجرای طرح اعتباربخشی، افزایش توجه مسئولین به تامین مالی و فرهنگ سازی ضروری به نظر می‌رسد. همچنین آموزش مفاهیم و نحوه اجرای اعتباربخشی به افرادی که در پیاده‌سازی آن نقش دارند بسیار با اهمیت می‌باشد. با توجه به وجود نیروی انسانی توانمند در نظام سلامت کشور، ضرورت جهت‌دهی به توانایی‌های این منابع بالقوه در راستای تحقق اهداف نظام سلامت امری حیاتی به نظر می‌رسد (۸).

در مطالعه دیگری با عنوان تاثیر اعتباربخشی بیمارستان بر ارائه خدمات از دیدگاه صاحب‌نظران (مطالعه کیفی) توسط سعید کریمی و همکاران به این نتیجه رسیدند که در صورتی که بیمارستان‌ها

عملکرد بهینه هر سازمان مستلزم وجود یک سیستم نظارت و پایش مداوم می‌باشد. فقدان یک نظام ارزشیابی و اعتباربخشی موثر برای بیمارستان، به لحاظ اهمیت بالای این سازمان علاوه بر افزایش هزینه‌های درمانی، سلامت کل جامعه را نیز به مخاطره خواهد انداخت (۱). اعتباربخشی به معنی فرآیند خود ارزیابی و به دنبال آن ارزیابی خارجی جهت بررسی سطح عملکرد مراکز بهداشتی درمانی در ارتباط با پیاده‌سازی استانداردها و بهبود آن به طور مداوم می‌باشد (۲). بنابراین بهره‌گیری از استانداردهای بین‌المللی اعتباربخشی بیمارستانی می‌تواند نقش موثری ایفا نماید. اولین سازمانی که نخستین بار به طور رسمی در پایش و بهبود کیفیت خدمات سازمان‌های مراقبت بهداشتی نقش داشته است، کمیسیون مشترک اعتباربخشی مراکز بهداشتی درمانی آمریکا (JCAHO) در سال ۱۹۱۸ بوده است (۳). در عصر حاضر مفاهیم اعتباربخشی با هدف ایجاد و ارتقای فرهنگ ایمنی و کیفیت مراقبت از بیمار بسیار مورد توجه قرار گرفته است. در چند سال اخیر نیز اقداماتی در جهت استقرار استاندارد اعتباربخشی در کشورمان در جریان بوده است که در سال ۱۳۹۰ جایگزین استانداردهای ارزشیابی بیمارستان‌ها گردید (۴).

اعتباربخشی از مزایای بسیاری من جمله سرویس دهی بهتر به گیرندگان خدمت، کاهش هزینه‌ها و جریمه‌ها، ایجاد بهبود کیفیت و ... دارد (۵)، اما نحوه اجرای آن بسیار مهم می‌باشد و از آنجایی که استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت نیازمند تغییر و به روز رسانی هستند، می‌توان از طریق ارزیابی‌های مستمر مراکز



نبودن نظام جمع‌آوری و ثبت اطلاعات و عدم آموزش کافی ارزیابان و به دلیل نیاز مبرم کشور ما به بهبود کیفیت خدمات و ارتقای توانمندی‌های سیستم‌های سلامت که در ایران و سازمان‌های دخیل در این امر به درستی تعریف نشده و از طراحی مطلوبی برخوردار نیستند، به نظر می‌آید این نظام بیشتر به سوی خودارزیابی یکطرفه در حرکت می‌باشد (۱۱). با توجه به موارد ذکر شده در میابیم روش اجرایی اعتباربخشی در سیستم کنونی بررسی و تحلیل بیشتری برای موثر واقع شدن نیاز دارد. پژوهش حاضر با عنوان طراحی ساختار اجرایی اعتباربخشی از دیدگاه ذی‌نفعان برای بیمارستان‌های ایران با هدف ارائه ساختاری که بتواند با شرایط فعلی کشور ما سازگار بوده و فاقد مشکلات اجرایی پیشین باشد، انجام گرفت.

### روش بررسی

مطالعه توصیفی کاربردی حاضر به صورت مقطعی در سال ۹۳-۹۲ با مشارکت ۲۰۰ نفر از ذی‌نفعان اعتباربخشی در سراسر کشور انجام شده است. جامعه آماری تحقیق شامل مدیران بیمارستان‌ها، اساتید و اعضای گروه‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی، مدیران بهبود کیفیت، مسئولان و کارشناسان اعتباربخشی، کارشناسان بیمه، کارشناسان اعتباربخشی معاونت درمان، دانشگاه‌های علوم پزشکی، ارزیابان دانشگاه‌های علوم پزشکی، مدیران میانی و عملیاتی بیمارستان بود که از میان آنها ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی به عنوان نمونه انتخاب و در مطالعه شرکت نمودند.

بخواهند در زمینه کیفیت خدمات و اهداف خود بهبود ایجاد نمایند، می‌بایستی بستر مناسب، مدل اعتباربخشی مطلوب، توجه ذی‌نفعان، ارزیابی مستمر، ایجاد سیستم‌های اطلاعاتی مناسب، شفاف سازی اطلاعات و تغییر نگرش کلی را در نظر داشته باشند. (۹).

گاه‌ها در امتیازی که بیمارستان در ارزیابی وزارت بهداشت کسب می‌نماید تناقضی آشکار با امتیازهای کسب شده در استانداردهای اعتباربخشی بین‌المللی وجود دارد، بنابراین توجه بیشتر به استانداردهای مزبور حس می‌شود (۶). سوزان قلعه باغی در سال ۱۳۸۳ مطالعه‌ای با عنوان مطالعه تطبیقی اعتباربخشی خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور منتخب و ایران برای مقایسه اعتباربخشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی از سوی کشورهای پیشرفته آمریکا و انگلیس و فرانسه و کانادا انتخاب و ابتدا با هم و سپس با ایران مقایسه گردیده‌اند.

نتیجه بررسی تطبیقی نشان داد که نظام اعتباربخشی در نظام سلامت در کشورهای پیشرفته در موارد اصولی مشابه یکدیگر هستند اما اعتباربخشی در ایران متفاوت تعریف شده است.

در مجموع مدیران بیمارستان‌های ایران، با نظام اعتباربخشی ملی فعلی مخالف هستند و پاسخگویان خواستار تغییر شیوه ارزیابی و اعتباربخشی فعلی خدمات بهداشتی و درمانی شده‌اند (۱۰).

با توجه به اشکالات عمده نظام ارزشیابی بیمارستان‌ها و سازمان‌های خدمات سلامت ایران در حیطه‌های ابزار ارزشیابی (استاندارد نبودن سوالات، وجود ابهام و ذهنی بودن آنها)، استاندارد نبودن فرآیند ارزشیابی، استاندارد نبودن فرآیند ارزشیابی، استاندارد نبودن فرآیند ارزشیابی، استاندارد



سازمان و شهر محل خدمت می‌باشد و قسمت دوم سوالات پرسشنامه بوده که ابعاد مختلف ساختار اجرایی اعتباربخشی را شامل می‌شود. این ابعاد شامل نحوه انجام اعتباربخشی، ارگان و سازمان مناسب، استانداردهای مورد استفاده، نحوه بازخورد و اعلام نتایج، موارد مورد ارزیابی، ترکیب تیم ارزیابی، ویژگی‌های ارزیابان، هدف از انجام اعتباربخشی، روشهای اعتباربخشی، اقدامات پس از انجام اعتباربخشی، زمان بازنگری استانداردها، دریافت هزینه از بیمارستان، آموزش پیش از اعتباربخشی، انجام اعتباربخشی بومی، دوره زمانی جهت انجام اعتباربخشی و میزان رضایت از اعتباربخشی فعلی ایران می‌باشد.

این سوالات شامل ۷ سوال گزینه‌ای و ۱۰ سوال امتیازی که دارای طیف ۱ الی ۱۰ می‌باشند، بودند. پرسشنامه نهایی شده به عنوان ابزار نهایی جمع‌آوری داده‌های پژوهش طبق نظر مشاور آمار و مطالعات مشابه در اختیار ۱۲۸ تن دیگر از متخصصین (به ازای هر سوال ۸ الی ۱۵ نفر) قرار گرفت.

این متخصصین از جامعه آماری به صورت تصادفی انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و در برخی موارد به صورت تحت وب (ایمیلی) برای متخصصین ارسال گردید. داده‌ها به وسیله آمار توصیفی و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

پس از تکمیل پرسشنامه توسط ذی‌نفعان، در ابتدا فراوانی و درصد هریک از عوامل و سوالات مشخص گردید، سپس میانگین هر یک از عوامل به همراه انحراف معیار آنها محاسبه گردید و برای هر سوال به صورت یک جدول کلی به نمایش درآمد. در مورد سوال

در ابتدا پرسشنامه‌ای به عنوان پرسشنامه اولیه تدوین گردید. جهت طراحی این پرسشنامه، پرسشنامه پژوهشی با عنوان رویکرد ذی‌نفعان در رابطه با اعتباربخشی در هند (۱۸) به عنوان مبنا مورد استفاده قرار گرفته است و سپس با توجه به وضعیت کشور و بررسی متون، با استفاده از کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی نظیر اعتباربخشی، اعتباربخشی بیمارستان، نظام اعتباربخشی، ارزیابی بیمارستانی و نیز Accreditation Systems, Hospital Accreditation, Hospital Assessment در پایگاه‌های داده‌ای Google Scholar, SID, Science Direct, Emerald, Find Articles, Answers و مطالعه نظام اعتباربخشی در سایر کشورها (شامل برخی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه) و نیز بررسی وب سایت برخی مؤسسات تخصصی اعتباربخشی آیتمی‌هایی از پرسشنامه حذف و به آن اضافه گردید.

جهت بومی‌سازی و تعدیل پرسشنامه با توجه به نظر مشاور آمار و مطالعات مشابه، پرسشنامه به صورت تصادفی در اختیار ۷۲ نفر از ذی‌نفعان قرار گرفت و آنها نسبت به اضافه نمودن آیتمی‌های پیشنهادی خود به پرسشنامه اقدام نمودند. سپس آیتمی‌های جمع‌آوری شده در پرسشنامه لحاظ شده و روایی و پایایی این ابزار مورد سنجش قرار گرفت. به این صورت که ضریب آلفای کرونباخ برای تایید پایایی ۹۶/۲ به دست آمد و روایی پرسشنامه جهت اضافه نمودن موارد مناسب به پرسشنامه نیمه باز به پرسشنامه بسته به تایید اساتید رسید.

پرسشنامه از ۲ قسمت تشکیل گردیده است که قسمت اول اطلاعات دموگرافیک شامل تحصیلات و رشته تحصیلی، شغل،



دولتی باشد و کمترین افراد ۱۷ نفر (۱۳ درصد) نظر بر خصوصی بودن ارگان اعتباربخشی داشتند.

از میان جمعیت پاسخ دهنده بیشتر افراد ۸۹ نفر (۷۰/۲ درصد) معتقد بودند که بهتر است استانداردهای اعتباربخشی، استانداردهای بین المللی بومی شده باشد و کمترین افراد ۱۶ نفر (۱۲/۲ درصد) رای به استانداردهای ملی دادند. در جدول ۲ سازمان مناسب جهت اعتباربخشی مورد بررسی قرار داده شده است.

از میان سازمان‌های مورد نظر ترکیبی از سازمان‌ها از بالاترین میانگین برخوردار یعنی (۷/۳۵) می‌باشد و انحراف معیار آن (۱۱/۸۶) می‌باشد. پس از آن JCI دارای بالاترین میانگین (۶/۴۷) و انحراف معیار (۵/۰۷) می‌باشد. در جدول ۳ موارد مورد ارزیابی آورده شده است. کمیت و کارکرد تجهیزات/امکانات و ملزومات (۷/۶۷)، رضایتمندی بیماران/ مشتری مداری (۸/۷۰)، رضایتمندی پرسنل (۷/۹۷)، روابط عمومی بیمارستان (۷/۸۴)، فرآیندهای بیمارستان (۸/۳۴)، ویژگی‌های مسئولان واحدها/تحصیلات و سابقه (۷/۷۶)، مدیریت و توانمند سازی منابع انسانی (۸/۳۶)، بهبود کیفیت (۸/۵۶)، شاخص‌های بیمارستانی (۸/۴۰)، خطاهای پزشکی (۸/۴۰)، نحوه مدیریت و سازماندهی (۸/۴۶) از میانگین بیشتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشد. به استثنای جنبه‌های فیزیکی و شرایط احراز، سایر موارد از انحراف معیار بالاتر از انحراف معیار کل برخوردار هستند. میانگین کل ۷/۶۲ و انحراف معیار کل ۱۱/۷۶ می‌باشد.

هایی که می‌بایستی ۱ گزینه انتخاب گردد، گزینه‌ای که بالاترین میانگین با انحراف معیار مناسب را کسب کرده باشد، انتخاب گردید و در مورد سوال‌هایی که به بیش از ۱ گزینه می‌توان رای داد، تمام گزینه‌هایی که میانگین آنها از میانگین کل بالاتر بود (با در نظر گرفتن انحراف معیار) انتخاب گردید. پس از تحلیل داده‌ها ساختار مناسب برای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور طراحی گردید.

### یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد اکثر ذی‌نفعان در رابطه با ساختار کلی اجرایی اعتباربخشی معتقدند بیمارستانها باید در ابتدا به صورت داوطلبانه و سپس اجباری توسط یک ارگان مستقل غیر دولتی مانند JCI با استانداردهای بین‌المللی بومی شده، به صورت سالانه و به همراه آموزش پیش از اعتباربخشی مورد ارزیابی قرار گیرند. در جدول ۱ اطلاعات موگرافیک پاسخ‌دهندگان آورده شده است.

گزینه‌های انتخاب شده جهت طراحی ساختار نهایی در ذیل آمده است:

از میان جمعیت پاسخ‌دهنده بیشتر افراد ۴۷ نفر (۳۶/۶ درصد) معتقد بودند که بهتر است اعتباربخشی ابتدا داوطلبانه سپس اجباری باشد و کمترین افراد ۱۲ نفر (۹/۲ درصد) به ابتدا اجباری و سپس داوطلبانه بودن رای دادند.

از میان جمعیت پاسخ دهنده بیشتر افراد ۵۱ نفر (۴۱/۲ درصد) معتقد بودند که بهتر است ارگان اعتباربخشی یک سازمان مستقل غیر



جدول ۱: فراوانی مشخصات دموگرافیک پاسخ دهندگان

شهر	فراوانی	درصد	محل خدمت	فراوانی	درصد	تحصیلات	فراوانی	درصد	رشته	فراوانی	درصد	شغل	فراوانی	درصد
بی‌پاسخ	۵	۸/۳	بی‌پاسخ	۷	۵/۳	بی‌پاسخ	۹	۶/۹	بی‌پاسخ	۹	۶/۹	بی‌پاسخ	۷	۵/۳
تهران	۴۵	۳۴/۴	بیمارستان	۷۴	۵۹/۵	فوق دیپلم	۸	۶/۱	مدیریت بیمارستانی	۴۰	۳۰/۵	کارشنا	۷	۵/۳
مشهد	۱	۸/۰	دانشگاه	۲۴	۱۷/۶	لیسانس	۵۵	۴۴/۳	پرستاری	۳۷	۲۸/۲	پرستار	۳۲	۲۶
کرمانشاه	۱	۸/۰	بیمه	۱۴	۱۰/۷	فوق لیسانس	۳۰	۲۲/۹	پزشکی	۱۰	۷/۶	پزشک	۶	۴/۶
خوزستان	۴	۵/۳	معاونت درمان	۶	۴/۶	دکترای تخصصی	۲۳	۱۷/۶	پیراپزشکی	۲۶	۲۲/۱	ارزیاب	۳	۲/۳
ارومیه	۱	۸/۰	سایر	۳	۲/۳	دکترای عمومی	۵	۳/۸	فنی	۳	۲/۳	کارمند	۴۲	۳۲/۸
نیشابور	۳	۲/۳	کل	۱۲	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	انسانی	۳	۲/۳	مدرس	۴	۳/۱
تبریز	۴	۳/۱	کل	۸	۱۰۰	کل	۱۲	۱۰۰	کل	۱۲	۱۰۰	مدیر	۱۵	۱۱/۵
کرج	۲۸	۲۱/۴	دانشجو	۱۲	۹/۲	دانشجو	۱۲	۹/۲	دانشجو	۱۲	۹/۲	دانشجو	۱۲	۹/۲
مازندران	۲	۱/۵	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰
اصفهان	۳	۲/۳	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰
شیراز	۱۳	۹/۹	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰
کرمان	۱	۸/۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰
همدان	۱۵	۵/۱۱	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰
قزوین	۲	۵/۱	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰
کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰	کل	۱۲۸	۱۰۰

جدول ۲: سازمان مناسب جهت انجام اعتباربخشی

سازمان امتیاز	وزارت بهداشت	دانشگاه	وزارت رفاه	حمایت از مشتری	بیمه	JCI	خصوصی	ترکیبی
۰	۸	۷	۱۲	۱۲	۱۰	۱۳	۱۰	۱۳
۱	۲۷	۲۴	۱۹	۶	۹	۱۰	۱۵	۴
۲	۴	۱۴	۱۳	۶	۶	۳	۲	۵
۳	۸	۱۱	۱۳	۶	۱۱	۷	۱۲	۵
۴	۳	۵	۱۰	۱۳	۱۷	۱۲	۱۴	۷
۵	۱۳	۹	۱۹	۲۱	۱۸	۱۰	۱۶	۱۴
۶	۱۳	۳	۱۴	۲۰	۹	۱۳	۱۴	۶
۷	۸	۱۲	۱۴	۱۷	۲۳	۱۳	۱۱	۵
۸	۱۱	۱۳	۱۰	۱۰	۱۰	۱۲	۹	۲۱
۹	۱۵	۱۷	۴	۹	۱۰	۱۶	۱۲	۹
۱۰	۲۱	۱۶	۳	۱۱	۸	۲۲	۱۶	۴۲
جمع	۱۲۳	۱۲۴	۱۱۹	۱۱۹	۱۲۱	۱۱۸	۱۲۱	۱۱۸
میانگین	۵/۷۲	۵/۴۰	۴/۶۰	۵/۹۱	۵/۶۰	۶/۴۷	۵/۷۲	۷/۳۵
انحراف معیار	۷/۴۱	۶/۰۴	۵/۳۸	۵/۷۰	۵/۳۸	۵/۰۷	۴/۲۰	۱۱/۸۶



جدول ۳: موارد مورد ارزیابی در اعتباربخشی

فرآیندها	خطای پزشکی	شاخص بیمارستانی	بهبود کیفیت	توانمندی منابع	شرایط احراز	مدیریت	نرم افزاری	آموزش پرسنلی	روابط عمومی	هزینه ها	ضریب اشغال	تعداد تخت	پیگیری بیمار	بیمارستانهای منطقه	روش های درمانی	تعداد پرسنل	رضایت بیمار	تخصص	امکانات	فیزیکی	
۸	۷	۷	۹	۶	۸	۵	۵	۶	۵	۸	۷	۷	۶	۹	۸	۵	۶	۶	۶	۴	۰
۴	۶	۷	۶	۵	۳	۷	۴	۶	۵	۳	۳	۸	۳	۷	۳	۴	۴	۳	۵	۵	۱
۱	۲	۱	۰	۱	۱	۰	۲	۲	۲	۲	۴	۴	۲	۵	۲	۱	۱	۳	۵	۲	۲
۰	۱	۱	۱	۰	۱	۲	۴	۹	۲	۵	۴	۵	۰	۱۴	۴	۱	۰	۹	۲	۲	۳
۱	۰	۰	۲	۰	۵	۰	۷	۱۰	۱	۹	۶	۱۳	۶	۱۲	۴	۷	۱	۰	۰	۰	۴
۱	۳	۲	۲	۵	۴	۲	۱۱	۱۲	۸	۱۴	۱۵	۱۵	۱۲	۱۶	۱۳	۱۱	۹	۶	۱۵	۵	
۱۱	۱۰	۷	۲	۶	۱۲	۵	۱۶	۱۶	۱۲	۸	۱۹	۱۳	۱۲	۱۱	۱۵	۱۲	۱۰	۸	۹	۹	۶
۱۰	۵	۱۲	۱۰	۱۵	۲۳	۱۲	۱۷	۱۸	۱۴	۱۴	۱۶	۱۹	۱۸	۱۵	۲۲	۱۳	۱۳	۱۷	۱۹	۱۹	۷
۱۱	۱۳	۱۲	۱۵	۱۴	۲۲	۲۱	۱۸	۱۲	۱۹	۱۷	۱۵	۱۶	۲۰	۱۶	۲۶	۱۹	۲۵	۲۶	۲۷	۲۷	۸
۳۲	۱۹	۱۶	۱۹	۲۳	۱۴	۱۷	۱۴	۱۸	۱۵	۱۶	۱۴	۸	۲۰	۷	۱۴	۲۰	۱۳	۱۸	۱۴	۱۴	۹
۴۸	۶۱	۶۲	۶۱	۵۲	۳۴	۵۶	۲۹	۱۸	۴۴	۲۱	۲۴	۱۹	۲۸	۱۵	۲۶	۶۶	۳۲	۲۴	۳۰	۳۰	۱۰
۱۱۹	۱۲۰	۱۲۰	۱۱۸	۱۲۱	۱۱۹	۱۲۲	۱۲۲	۱۲۱	۱۲۲	۱۱۹	۱۲۰	۱۲۱	۱۲۱	۱۱۸	۱۱۹	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۳	۱۲۳	جمع
۸/۴۶	۸/۴۰	۸/۴۰	۸/۵۶	۸/۳۶	۷/۷۶	۸/۳۴	۷/۲۰	۶/۹۵	۷/۴۴	۷/۲۶	۸/۴۰	۶/۹۵	۷/۵۱	۵/۹۲	۷/۲۹	۸/۷۰	۷/۳۱	۷/۶۷	۷/۴۷	۷/۴۷	میانگین
۹۹/۱۵	۱۸/۲۱	۱۸/۲۱	۱۸/۴۵	۱۵/۹۱	۱۱/۲۸	۱۵/۹۱	۸/۳۲	۵/۵۱	۱۲/۷۹	۸/۴۰	۱۸/۴۱	۵/۴۸	۹/۳۱	۲/۱۳	۸/۹۱	۸/۹۰	۹/۵۴	۱۱/۲۳	۱۰/۶	۱۰/۶	انحراف معیار

از دیدگاه ذی‌نفعان اعلام نتیجه ارزیابی همه بیمارستان ها به عموم با میانگین (۷/۴۴) و انحراف معیار (۱۲/۶۱) از میانگین بالاتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشد. میانگین کل ۶/۰۵ و انحراف معیار کل ۹/۲۲ می‌باشد.

از دیدگاه ذی‌نفعان ارزیابی بر اساس یک شاخص و نظام مشخص از بالاترین میانگین (۷/۸۴) و انحراف معیار (۱۳/۱۲) و خود ارزیابی که ارزیابی خارجی را به دنبال داشته باشد از میانگین (۷/۲۰) و انحراف معیار (۸/۸۱) برخوردار می‌باشد.

از دیدگاه ذی‌نفعان اعلام نتیجه ارزیابی همه بیمارستان ها به عموم با میانگین (۷/۴۴) و انحراف معیار (۱۲/۶۱) از میانگین بالاتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشد. میانگین کل ۶/۰۵ و انحراف معیار کل ۹/۲۲ می‌باشد.

آن به صورت ادواری با میانگین (۶/۵۸) و انحراف معیار (۷/۴۷)، ارزیابی در فواصل زمانی طولانی تری برای بیمارستان هایی که برای چند دوره درجه مورد نظر و مطلوب را کسب نمایند، با میانگین (۵/۹۲) و انحراف معیار (۷/۲۲) و ارزیابی در فواصل زمانی

از دیدگاه ذی‌نفعان اعلام نتیجه ارزیابی همه بیمارستان ها به عموم با میانگین (۷/۴۴) و انحراف معیار (۱۲/۶۱) از میانگین بالاتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشد. میانگین کل ۶/۰۵ و انحراف معیار کل ۹/۲۲ می‌باشد.

از دیدگاه ذی‌نفعان ارزیابی بر اساس یک شاخص و نظام مشخص از بالاترین میانگین (۷/۸۴) و انحراف معیار (۱۳/۱۲) و خود ارزیابی که ارزیابی خارجی را به دنبال داشته باشد از میانگین (۷/۲۰) و انحراف معیار (۸/۸۱) برخوردار می‌باشد.



(۱۴/۳۶) از میانگین بیشتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشند. میانگین کل ۸/۰۸ و انحراف معیار کل ۱۵/۶۱ می‌باشد. از دیدگاه ذی‌نفعان بررسی بیمارستان‌ها به جهت رعایت استانداردها با میانگین (۷/۸۲) و انحراف معیار (۱۱/۵۸)، بررسی عملکرد بیمارستان به لحاظ انطباق با کلیه الزامات با میانگین (۷/۸۳) و انحراف معیار (۸/۲۹)، کمک به بیمارستان‌ها برای بهبود مداوم کیفیت ارائه خدمات با میانگین (۸/۴۶) و انحراف معیار (۱۶/۴۳)، آموزش به بیمارستان‌ها با میانگین (۷/۸۱) و انحراف معیار (۱۱/۴۴) و برآورده ساختن خواسته‌ها و رسیدگی به شکایات بیماران با میانگین (۷/۵۴) و انحراف معیار (۹/۶۲) از میانگین بیشتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشند. میانگین کل ۷/۵۳ و انحراف معیار کل ۱۰/۳۳ می‌باشد.

از دیدگاه ذی‌نفعان تقدیر از بیمارستانهایی که درجه مورد نظر را کسب نموده‌اند با میانگین (۸/۲۴) و انحراف معیار (۱۶/۶۵)، تقدیر از پرسنلی که بخش آنها امتیاز مورد نظر را کسب نموده‌اند با میانگین (۸/۳۴) و انحراف معیار (۱۹/۰۸)، حمایت مالی برای بیمارستانهایی که درجه مورد نظر را کسب نموده‌اند با میانگین (۸/۰۳) و انحراف معیار (۱۳/۷۵) و برنامه کمکی و آموزشی برای بیمارستانهای ضعیف با میانگین (۸/۴۲) و انحراف معیار (۱۶/۶۹) از میانگین بیشتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشند. میانگین کل ۷/۸۳ و انحراف معیار کل ۱۴/۴۵ می‌باشد.

از دیدگاه ذی‌نفعان بازنگری استانداردهای اعتباربخشی در سال‌های اولیه پیاده‌سازی اعتباربخشی به صورت سالانه و پس از

کوتاه‌تر برای بیمارستان‌هایی که درجه مورد نظر و مطلوب را کسب نمایند با میانگین (۷/۰۹) و انحراف معیار (۸/۹۸) و نهایتاً آموزش و فرهنگ‌سازی در سالهای نخست و پس از آن انجام اعتباربخشی با میانگین (۶/۵۹) و انحراف معیار (۶/۶۹) از میانگین بالاتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشد. میانگین کل ۵/۱۴ و انحراف معیار کل ۹/۳۸ می‌باشد.

از دیدگاه ذی‌نفعان ترکیب تیم ارزیابی مدیر بیمارستان، پزشک عمومی، پرستار، کارشناس اعتباربخشی، پیراپزشک (رادیولوژیست علوم آزمایشگاهی)، کارشناس تجهیزات پزشکی، کارشناس امور اداری و منابع انسانی، کارشناس ساختمانی تاسیساتی، معاونت درمان، نماینده بیمه، کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مهندس صنایع با میانگین (۸/۱۶) و انحراف معیار (۱۳/۸۶)، ارزیابی هر بخش و واحد توسط کارشناسان و خیرگان آن رشته با میانگین (۷/۵۲) انحراف معیار (۱۵/۶۰) و استفاده از ارزیابان بومی در زمان اعتباربخشی با میانگین (۶/۷۱) انحراف معیار (۶/۲۹) از میانگین بالاتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشد. میانگین کل ۶/۴۲ و انحراف معیار کل ۷/۸۲ می‌باشد.

از دیدگاه ذی‌نفعان داشتن سابقه ارزیابی و کاری در بیمارستان با میانگین (۵۱/۶۱) و انحراف معیار (۱۳/۸۲)، تحصیلات مرتبط با میانگین (۸/۲) و انحراف معیار (۱۳/۱۴)، گذراندن دوره‌های تربیت ارزیاب با میانگین (۸/۴۳) و انحراف معیار (۱۶/۰۸)، گذراندن دوره‌های مدیریت و بهبود کیفیت با میانگین (۸/۴۱) و انحراف معیار (۱۴/۲۴) و داشتن مهارت‌های ارتباطی و ویژگی‌های شخصیتی مناسب ارزیاب با میانگین (۸/۴۱) و انحراف معیار





نتایج تحقیق حاضر نشان داد کمیت و کارکرد تجهیزات (امکانات و ملزومات)، رضایتمندی بیماران (مشتری مداری)، رضایتمندی پرسنل، روابط عمومی بیمارستان، فرآیندهای بیمارستان، ویژگی‌های مسئولان واحدها (تحصیلات و سابقه)، مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی، بهبود کیفیت، شاخص‌های بیمارستانی (کنترل عفونت، مرگ و میر و...)، خطاهای پزشکی، نحوه مدیریت و سازماندهی می‌بایستی از موارد مورد ارزیابی در اعتباربخشی بیمارستان‌ها باشد.

مهتاب کرمی و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که هم اکنون درجه‌بندی بیمارستان‌ها با توجه به ارزش‌های ساختاری آن‌ها صورت می‌گیرد که این نوع ارزشیابی نیاز به اصلاح و بازنگری دارد و مسئولین و برنامه‌ریزان مربوط به فرآیند ارزشیابی باید زمینه‌های لازم را جهت سنجش عملکرد بیمارستان‌ها بر اساس شاخص‌های عملکردی مورد بحث، فراهم نمایند (۱۲).

اکثر افراد (۸۵ درصد) اعتقاد داشتند پیش از انجام اعتباربخشی می‌بایستی آموزش صورت گیرد. خدیجه یاری فرد و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که از مهمترین موانع اجرای اعتباربخشی می‌توان به عدم آگاهی و آموزش پرسنل بیمارستانی در کلیه سطوح در مورد اعتباربخشی، عدم تعهد و مشارکت مدیران و اعضای هیئت علمی اشاره کرد. از جمله راهکارهایی که در مطالعه با توجه به پتانسیل‌های موجود اشاره شده است عبارتند از گسترش آموزش در کلیه سطوح پرسنلی، درگیر کردن مدیران ارشد در اجرای برنامه و تغییر در فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها می‌باشد. اعتباربخشی شبیه یک آزمون open-book می‌باشد. سازمان‌هایی

آن هر چند سال یکبار با میانگین (۶/۰۴) و انحراف معیار (۵/۰۸) و بازنگری بر حسب موارد ارزیابی و مقتضیات خاص باید به صورت پویا و عدم ارزیابی در زمان مشخص با میانگین (۷/۵۴) و انحراف معیار (۱۱/۲۰) از میانگین بیشتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشند. میانگین کل ۵/۵۲ و انحراف معیار کل ۶/۷۸ می‌باشد.

بیشتر افراد (۵۲ درصد) با دریافت هزینه از بیمارستانها برای انجام اعتباربخشی مخالف بودند.

بیشتر افراد (۸۵ درصد) با آموزش پیش از انجام اعتباربخشی موافق بودند.

بیشتر افراد (۷۲/۴ درصد) با انجام اعتباربخشی طبق یک مکانیسم مشخص ارزیابی برای تمامی بیمارستان‌های کشور با هر وضعیت و موقعیت اقتصادی و اجتماعی مخالف بودند.

بیشتر افراد ۴۲/۵ درصد از اعتباربخشی فعلی ایران تاحدودی رضایت داشتند و ۴۱/۷ درصد رضایت نداشتند. ۳/۱ درصد رضایت داشتند و ۱۱/۸ درصد نیز نظری نداشتند.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که اکثر ذی نفعان با روش فعلی اجرای اعتباربخشی موافق نیستند و با توجه به اجرای جدی این نظام در کشور، می‌بایستی ساختاری را که با شرایط کشور ما تطابق داشته باشد ارائه نمود. سوزان قلعه نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که بطور کلی مدیران ارشد در بیمارستانها با شیوه ارزیابی و اعتباربخشی کنونی ایران موافق نیستند و پاسخگویان خواستار تغییر شیوه ارزیابی و اعتباربخشی فعلی خدمات بهداشتی و درمانی شده‌اند (۱۱).



اعتباربخشی موفق بوده است. وجود انگیزه‌های مالی به طور غیرمستقیم در پذیرش اعتباربخشی در اکثر موارد مشاهده شد. بیشتر فرایندهای اعتباربخشی مستقل از دولت بوده و از نوع عملکردی می‌باشند (۱۵).

سامان توکلی در پژوهش خود بیان داشته است ویژگی‌هایی مانند غیردولتی بودن سازمان متولی اعتباربخشی و اختیاری بودن شرکت در فرایند اعتباربخشی، بیش از آن که ویژگی ذاتی اعتباربخشی باشند، ریشه در سنت و زمینه فرهنگی غالب در کشورهای خاستگاه آن دارد. یکی از چالش‌های عمده‌ی عملی درباره‌ی ساختارهای اعتباربخشی، آن است که برخلاف سنت غیردولتی و اختیاری بودن ساختارهای اعتباربخشی در کشورهای پیشرو این مفهوم، برخی ساختارها که بر مبنای الگوی اعتباربخشی در کشورهایمانند ایران ایجاد شده‌اند، دولتی هستند و شرکت برنامه‌ها و مؤسسه‌ها در فرایند ارزیابی آنها الزامی است. این امر تردیدهایی را درباره این که آیا اساساً چنین ساختارهایی را می‌توان اعتباربخشی دانست، پیش آورده است. غیردولتی و داوطلبانه بودن اعتباربخشی (۱۶)؟ تقریباً تمام اعتباربخشی‌های صورت گرفته به صورت داوطلبانه و با هدف ارتقای کیفیت بوده است (۱۷).

در پژوهش حاضر نیز بیشتر ذی‌نفعان (۳۶/۶ درصد) معتقد بودند که بهتر است اعتباربخشی ابتدا داوطلبانه سپس اجباری باشد.

از دیدگاه ذی‌نفعان دوره زمانی مناسب برای اعتباربخشی دوره ۱ ساله با میانگین (۷/۳۴) می‌باشد. این در حالی است که دوره زمانی اعتباربخشی در آمریکا و کانادا ۳ ساله، در فرانسه ۵ ساله و انگلستان ۱ الی ۳ ساله می‌باشد.

که فرآیند اعتباربخشی را در بدنه آموزش و آگاهی و فرهنگ سازمانی خود قرار دهند می‌توانند به سطح بالاتری از کیفیت در خدمات بهداشتی درمانی برسند (۱۳).

مطالعه حاضر نشان داد ذی‌نفعان سازمان JCI را جهت انجام اعتباربخشی انتخاب نموده‌اند و بیشتر افراد (۷۰/۲ درصد) معتقد بودند که بهتر است استانداردهای اعتباربخشی، استانداردهای بین‌المللی بومی شده‌باشد. فرید غریبی و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شاخه بین‌المللی کمیسیون مشترک یعنی JCI و سپس مدل اعتباربخشی کانادا به ترتیب دارای بیشترین نقاط قوت بوده و جهت الگوبرداری مناسب می‌باشند (۱۴). دکتر جعفر صادق تبریزی و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که با توجه به نقش کلیدی اعتباربخشی در تامین و ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانها، همه کشورها می‌توانند متناسب با موقعیت خود نسبت به ایجاد و راه‌اندازی سیستم اعتباربخشی و تدوین استانداردهای بومی اقدام کنند. در کشورما نیز با توجه به نبود سابقه قبلی برای موفقیت اجرای اعتباربخشی در بیمارستانهای کشورمان نیازمند بررسی تجربیات موفق در این زمینه و الگوبرداری اصولی از آنها می‌باشیم. در مطالعه حاضر ملاحظه می‌شود که از میان جمعیت پاسخ‌دهنده بیشتر افراد (۴۱/۲ درصد) معتقد بودند که بهتر است ارگان اعتباربخشی یک سازمان مستقل غیردولتی باشد.

همچنین به این نتیجه رسیدند که شواهد هر کشوری که اقدام به اجرای اعتباربخشی بیمارستانی نموده باعث ارتقای کیفیت خدمات درمانی شده، و هر جا دولت‌ها نسبت به تدوین استانداردهای بومی اقدام کرده ولی اجرای آن را به سازمانهای مستقل واگذار کرده‌اند



تضمین و ارتقای کیفیت خدمات در بیمارستان می‌باشد (۱۵). یافته‌های این مطالعه نشان داد بررسی بیمارستان‌ها به جهت رعایت استانداردها، بررسی عملکرد بیمارستان به لحاظ انطباق با کلیه الزامات با میانگین، کمک به بیمارستان‌ها برای بهبود مداوم کیفیت ارائه خدمات با میانگین، آموزش به بیمارستان‌ها و برآورده ساختن خواسته‌ها و رسیدگی به شکایات بیماران از اهداف اعتباربخشی می‌باشد.

نهایتاً از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به جمع‌آوری مشکل داده‌ها با توجه به گسترده و پراکنده بودن جامعه اشاره نمود، بسیاری از پرسشنامه‌ها از طریق ایمیل و یا فکس برای ذی‌نفعان ارسال گردید که از میان حدود ۱۰۰۰ پرسشنامه ارسال شده تنها ۲۰۰ نفر پاسخ دادند.

از دیدگاه ذی‌نفعان ترکیب تیم ارزیابی می‌بایستی مدیر بیمارستان، پزشک عمومی، پرستار، کارشناس اعتباربخشی، پیراپزشک (رادیولوژیست علوم آزمایشگاهی)، کارشناس تجهیزات پزشکی، کارشناس امور اداری و منابع انسانی، کارشناس ساختمانی تاسیساتی، معاونت درمان، نماینده بیمه، کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مهندس صنایع باشد و در ارزیابی هر بخش و واحد توسط کارشناسان و خبرگان آن رشته انجام گیرد و از ارزیابان بومی در زمان اعتباربخشی استفاده گردد.

ترکیب تیم ارزیابی در چند کشور طبق جدول ۴ می‌باشد (۱۱): هدف از انجام اعتباربخشی ایجاد چارچوبی به منظور بهبود مستمر کیفیت در خدمات بهداشتی برای دستیابی به اهداف نظام سلامت می‌باشد (۱۴) و اعتباربخشی یکی از اثر بخش‌ترین روش‌های

جدول ۴: جدول تطبیقی ترکیب تیم ارزیابی

کشور	ترکیب تیم ارزیابی
آمریکا	مدیر بیمارستان، پرستار، پزشک. به علاوه بر حسب نوع خدمت بیمارستان ممکن است برای بررسی تخصصی مانند مراقبت در منزل بهداشت روانی و رفتاری یا خدمت مراقبت سیار کارشناس متخصص نیز به تیم بررسی اضافه گردد. هر تیم شامل یک رهبر تیم بررسی نیز می‌باشد.
فرانسه	بررسی کنندگان در تیم‌های چند منظوره با حداقل ۳ عضو شامل یک پزشک یک پیراپزشک و یک مدیر فعالیت می‌کنند. بررسی کنندگان شامل حداقل یک حرفه تخصصی باشند که در همان نوع سازمان مراقبت از سلامت مورد بررسی کار می‌کنند یکی از اعضای تیم بررسی کننده به عنوان هماهنگ کننده عمل می‌کند.
کانادا	بررسی کنندگان شورای اعتباربخشی کانادا از سازمانهایی که شبیه سازمان مورد بررسی هستند، می‌باشند.
انگلستان	تیم بررسی کننده شامل یک پزشک عمومی، یک پرستار و یک مدیر یا فردی آموزش دیده مدیریت می‌باشد.



در جدول ۵ ساختار نهایی اعتباربخشی از دیدگاه ذی‌نفعان آورده شده است.

جدول ۵: ساختار نهایی اعتباربخشی از دیدگاه ذی‌نفعان

اعتباربخشی بومی	آموزش	دریافت هزینه	دوره زمانی بازنگری استانداردهای	اقدامات پس از اعتباربخشی	روش های اعتباربخشی	هدف	ویژگی ارزیابان	ترکیب تیم ارزیابی
خیر						۱. بررسی بیمارستان ها به جهت رعایت استانداردها	۱. داشتن سابقه ارزیابیو کاری در بیمارستان	۱. مدیر بیمارستان، پزشک عمومی، پرستار، کارشناس اعتباربخشی پیراپزشک (رادیولوژیست علوم آزمایشگاهی)، کارشناس تجهیزات پزشکی، کارشناس امور اداری و منابع انسانی، کارشناس ساختمانی تاسیساتی، معاونت درمان، نماینده بیمه، کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مهندس صنایع
	بله	خیر	۱. در سال های اولیه پیاپی اعتباربخشی، به صورت تسالانه و پس از آن هر چند سال یکبار	۱. تقدیر از بیمارستانهایی که درجه مورد نظر را کسب نموده اند. ۲. تقدیر از پرسنلی که بخش آنها امتیاز مورد نظر را کسب نموده اند. ۳. حمایت مالی برای بیمارستانهایی که درجه مورد نظر را کسب نموده اند. ۴. برنامه کمکی و آموزش شیرای بیمارستان های ضعیف.	خود ارزیابی که ارزیابی خارجی را به دنبال داشته باشد.	۲. بررسی عملکرد بیمارستان به لحاظ انطباق با کلیه الزامات ۳. کمک به بیمارستان ها برای بهبود مداوم کیفیت ارائه خدمات ۴. آموزش به بیمارستان ها ۵. بر آورده ساختن خواسته ها و رسیدگی به شکایات بیماران	۲. گذراندن دوره های تربیت ارزیاب ۳. گذراندن دوره های مدیریت و بهبود کیفیت	۲. هر بخش و واحد را کارشناسان و خبرگان آن رشته ارزیابی نمایند. ۳. در تیم ارزیابی از ارزیابان بومی آن شهر نیز استفاده شود.
					ارزیابی	بر اساس یک نظام مشخص با اختلاف اندکی از میانگینی بالاتری برخوردار می باشد اما به علت انحراف معیار بالا پیر خوردار است.	مورد ۱، ۳ و ۴ از انحراف معیار بالایی برخوردار است.	- اضافه نمودن نمایندگان جامعه و گروه های مصرف کننده به تیم ارزیابی با انحراف معیار پایین، اختلاف اندکی با میانگین کل دارد. - مورد ۲ و ۳ از انحراف معیار بالایی برخوردار است



دوره زمانی	بازخورد و اعلام نتایج	موارد مورد ارزیابی	سازمان	استاندارد	ارگان	نحوه انجام
۱. بیمارستان ها سالی یکبار اعتباربخشی شوند	۱. کمیت و کارکرد	۱. کمیت و کارکرد				
۲. بیمارستان های جدیدالاحداث در سال اول اعتباربخشی نشوند.	۲. رضایتمندی بیماران (مشری مداری)	۲. رضایتمندی بیماران (مشری مداری)				
۳. تمامی بیمارستان ها صرف نظر از درجهو سال تاسیس آن به صورت ادواری اعتباربخشی شوند.	۳. رضایتمندی پرسنل	۳. رضایتمندی پرسنل				
۴. بیمارستان هایی که برای چند دوره درجه مورد نظر و مطلوب را کسب نمایند، در فواصل زمانی طولانی تری ارزیابی شوند.	۴. روابط عمومی بیمارستان	۴. روابط عمومی بیمارستان				
۵. بیمارستان هایی که درجه مورد نظر و مطلوب را کسب نمایند، در فواصل زمانی کوتاه تری ارزیابی شوند.	۵. نحوه مدیریت و سازماندهی	۵. نحوه مدیریت و سازماندهی				
۶. در چند سال اول فقط آموزش و فرهنگ سازی و پس از آن اعتباربخشی صورت گیرد.	۶. نتیجه درجه ارزیابی همه بیمارستان ها به عموم اعلام شود.	۶. ویژگی های مسئولان واحدها (تحصیلات و سابقه) مدیریت و توانمند سازی منابع انسانی	کمیسیون مشترک بین المللی (JCI) بومی	استانداردهای بین المللی بومی	مستقل غیر دولتی	ابتدا داوطلبانه سپس اجباری
	۷. مدیریت و توانمند سازی منابع انسانی	۷. مدیریت و توانمند سازی منابع انسانی				
	۸. بهبود کیفیت	۸. بهبود کیفیت				
	۹. شاخص های بیمارستانی (کنترل عفونت، مرگ و میر...)	۹. شاخص های بیمارستانی (کنترل عفونت، مرگ و میر...)				
	۱۰. خطاهای پزشکی	۱۰. خطاهای پزشکی				
	۱۱. فرآیندهای بیمارستان	۱۱. فرآیندهای بیمارستان				

ترکیبی از سازمان ها با اختلاف اندکی از میانگین بالاتری برخوردارمی باشد اما به علت انحراف معیار بالا JCI انتخاب گردید.

مورد ۲ و ۶ از انحراف معیار کمتری نسبت به سایرین برخوردار بودند.

این مورد از انحراف معیار بالایی برخورداراست.

مورد ۲ از انحراف معیار بالایی برخورداراست.



### تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد. نویسندگان، از شرکت کنندگان در پژوهش به دلیل همکاری آنها قدردانی می‌نماید.

### References

- 1- chaghari M, Amerion A. Hospital Accreditation Process challenges in Iran. Proceedings of the Third Conference of the armed forces chiefs and hospital administrators. 39; 2012; Iran.
- 2- Hinchcliff R, Greenfield D, Moldovan M, Westbrook JI, Pawsey M, Mumford V, Braithwaite J. Narrative synthesis of health service accreditation literature. *BMJ Quality and Safety*. Online First. doi:10.1136/bmjqs-2012-000852, Available From URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Hospital\\_accreditation](http://en.wikipedia.org/wiki/Hospital_accreditation) (4 October 2012).
- 3- Anonymous. Joint Commission International Accreditation and Certification. <http://JointCommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/JCIA- Brochure new- branding.pdf> [Accessed on 2007]
- 4- Abasi SH, Tavakoli N, Moslehi M. Readiness of Hospital With Quality Management System based on Joint Commission on Accreditation Standards. *Health Information Management* 2012; 9(4): 512.
- 5- Jeanet e Ives Erickson RN, MS Fan, Benefits of Joint Commission Accreditation, Massachusetts General Hospital, Boston, Mass, Available from URL: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hap\\_value\\_accreditation](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hap_value_accreditation) (2011).
- 6- Amerion A, Tofighi SH, editors. Assessment of International Joint Commission (IJC) accreditation standard in a military hospital laboratory. *Iran J Military Med* 2011; 13(2): 75-80.
- 7- <http://www.khabaronline.ir/detail/272386>
- 8- Abdolahi L, Sadegh tabrizi J, Editors. Infrastructure necessary to implement the accreditation of hospitals in the provinces of East Azerbaijan and Ardabil views of top managers. *Tabtiz University Of Medical Sciences Congress*; 2012; Iran.
- 9- Karimi S, Gholipour K, Kordi A, Bahmanziari N, Shokri A. Impact Of Hospitals Accreditation On Service Delivery From The Perspective Views Of Experts: A Qualitative Study. *Payavard Salamat* 2013; 7 (4) :337-53.



- 10- GHale baghi S. Comparative study accreditation health services in some selected countries and Iran. *J Hospital* 2004; 5(7,8): 29-33.
- 11- Safdari R, Mehdani Z. Health services Accreditation Standards for Information Management in Canada, New Zealand and USA: A Comparative Study *J Res Health Sci* 2006; 6: 1-7.
- 12- Karami M, safdari R, Pourbager M. The survey of relationship between evaluation scores of educational Hospitals of Kashan University of medical sciences and their performance indices. *J Nurs Midwif Uromia Uni Med Sci* 2005-2006; 8(1) :40-5.
- 13- Yari far KH, Saadati M, Editors. Barriers and potential solutions for implementing the accreditation of hospitals, medical universities of Tabriz and Ardebil, Iran from the perspective of top managers: A qualitative study. *Tabriz University of medical sciences congress; 2012; Iran.*
- 14- GHaribi F, Sadegh tabrizi J, Ramezani M. National Model for Accreditation of Hospital Specialty Clinic. *Tabriz University Of Medical Sciences Congress; 2012; Iran.*
- 15- SHirdel A, Aghdash S. Accreditation is a mechanism to assure quality of hospital services. *Tabriz university of medical sciences congress; 2012; Iran.*
- 16- Tavakoli S, Mirzazadeh A, Rad SH. Nongovernmental and Voluntary Accreditation?. *Journal of Medical Education* 2001; 2(0): 54-4.
- 17- Aghdash S, Sadegh tabrizi J, Rashidian A. The relationship between accreditation and quality improvement studies in the world. *Tabriz University Of Medical Sciences Congress; 2012; Iran.*
- 18- (Source: Nandraj S, Khot A, Menon S, Brugha R. A stakeholder approach towards hospital accreditation in India. *Health policy plan* 2001; 16(2): 70-9.



## Designing an administrative structure for Iranian hospitals" accreditation based on the stakeholders viewpoints"

Bahrami M (PhD)<sup>1</sup>, Akbari M (MSc)<sup>2</sup>, Emami M (PhD)<sup>3</sup>, Falahzadeh H (PhD)<sup>4</sup>

1. Assistant Professor in Health Care Management, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd,
2. MSc in Health Care Management, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
3. MSc & Executive in Iranian Foundation Human Resource empowerment
4. Professor in Epidemiology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

### Abstract

**Introduction:** The success of any organization depends on the existence of an effective evaluation system. The usages of accreditation standards are very useful. Accreditation signifies the external evaluation in order to examine the performance of health centers. The study of present research is done by the aim of sketching the executive structure of accreditation from stakeholder's perspective

**Methods:** The descriptive study research was done through cross-sectional method in throughout the country stakeholders; 2014. A total of 200 stakeholders contributed in the study. Stakeholders are the ones who are involved in the presentation of accreditation and also well aware of the current structures and its goals. The checking tools of this questionnaire research are closed.

At the first phase, a semi-open questionnaire was completed by 72 people, after adding their points of view the closed questionnaire was given to 128 stakeholders. Individuals answered the questions by giving points from 0-10. The validity and reliability of data was derived by experts and also from Cronbach's Alpha exam, and analyzed by spss18 software.

**Results:** The results has shown much of the stakeholders believe that hospitals should be voluntarily in implementing accreditation at first then be compulsory by an NGO organization such as JCI along with international standards. Also should be evaluated annually with the training of accreditation.

**Conclusions:** Generally stakeholders were not satisfied with the present accreditation procedures and base on results of descriptive and analytical assessment respondents were analyzed, the final accreditation Administration was presented.

**Keywords:** Administrative Structure, Hospital Accreditation, stakeholders