

بررسی چالش‌های استقرار نسل سوم استاندارد های اعتبار بخشی ملی ایران در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه آزاد اسلامی شهر تهران

فیروزه یحیوی^۱، امیراشکان نصیری پور^۲، لیلا کیکاوسی آرانی^۳

^۱ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی، تهران، ایران
^۲ استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی، تهران، ایران
^۳ استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، دانشکده بهداشت، کرج، ایران

چکیده

سابقه و هدف: خدمات بیمارستانی با توجه به پیچیدگی آنها نیازمند سیستمی هدمند برای برنامه ریزی، بهبود و ارزشیابی کیفیت خدمات ارائه شده است. اعتباربخشی، ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است که بر بهبود مداوم کیفیت، بیمارمحوری و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تأکید دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی چالش‌های استقرار نسل سوم استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران در بیمارستان های تابعه دانشگاه آزاد اسلامی شهر تهران انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش کاربردی - توصیفی، به صورت مقطعی در بیمارستان بوعلی و امیرالمومنین (ع) انجام گرفت. جامعه آماری، مدیران، کادر پرستاری و پزشکان بودند که از بین آنها، ۲۳۹ نفر نمونه انتخاب شدند. روش نمونه گیری کادر پرستاری و پزشکان به صورت تصادفی ساده و در مدیران، سرشماری بود. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه‌ای بود که با معیار پنج گزینه‌ای لایکرت [کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱)] تنظیم شده بود. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی ANOVA و نرم افزار SPSS ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها: بیشترین چالش‌ها، کمبود نیروی انسانی (۸۷/۸۷٪)، زیاد بودن تعداد استانداردها و سنجه‌ها (۸۱/۱۷٪)، مواجه بودن کادر درمان با شیفت‌های سنگین کاری (۷۹/۹۲٪)، کمبود بودجه (۷۵/۷۳٪) و مشارکت نداشتن پزشکان (۶۲/۷۶٪) بود.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد بیشترین چالش در امر استقرار استانداردهای اعتباربخشی از دیدگاه مدیران و پزشکان کمبود نیروی انسانی و از دیدگاه کادر پرستاری، مواجه بودن کادر درمان با شیفت‌های سنگین کاری بودند.

واژگان کلیدی: اعتباربخشی، اعتباربخشی نسل سوم، چالش.

مقدمه

ارائه خدمات سلامتی ایمن و با کیفیت بالا به منظور ارتقای سلامت مردم جامعه تأسیس شدند. فرآیند کنترل نقش مهمی در بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی دارد. هدف کنترل، حصول اطمینان از دستیابی به اهداف سازمان و رسیدن به نتایج مطلوب است (۲). یکی از ابزارهای اصلی بهبود کیفیت مراقبت سلامت و ارزیابی آن، اعتباربخشی است. اعتباربخشی از طریق ارزیابی کیفیت فرآیندهای سازمانی و عملکرد آن بر طبق استانداردهای مکتوب، مصوب و منطبق با استانداردهای اعتباربخشی به صورت اجباری یا داوطلبانه توسط افراد مجرب و متخصص انجام می‌شود (۳).

بیمارستان‌ها در بخش سلامت و پزشکی نقش مهمی در بهبود سلامت روانی و جسمی افراد، مطالعات پزشکی و آموزش نیروی انسانی متخصص بازی می‌کنند (۱). نوع مشتریان و ماهیت خدمات بیمارستان‌ها ایجاب می‌کند که یک سیستم هدمند برای برنامه ریزی، بهبود و ارزشیابی کیفیت خدمات ارائه شده ایجاد شود. سازمان‌های بهداشتی و درمانی با هدف

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی، امیراشکان نصیری پور

(email: nasiripour@srbiau.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۱۰/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۷/۲/۲۶

با توجه به نکات فوق، پژوهش حاضر به منظور تعیین چالش‌های استقرار نسل سوم استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه آزاد اسلامی شهر تهران انجام گرفت.

مواد و روشها

پژوهش حاضر که از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا توصیفی است، به صورت مقطعی در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی شهر تهران (بیمارستان‌های امیرالمومنین (ع) و بوعلی) انجام شد.

جامعه آماری، شامل ۶۳۰ نفر از مدیران، پزشکان و کادر پرستاری (شاغل در شیفت‌های مختلف) بود که پس از قرار دادن در فرمول کوکران تعداد ۲۳۹ نفر نمونه به دست آمد. روش نمونه‌گیری برای مدیران به صورت سرشماری (۳۷ نفر) و برای پزشکان (۵۹ نفر) و کادر پرستاری (۱۴۳ نفر) به صورت نسبی و تصادفی ساده بود.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته‌ای بود که برای تهیه آن از مطالعات کتابخانه‌ای و روش‌های میدانی استفاده شد. پرسش‌نامه شامل سوالات دموگرافیک مشارکت کنندگان مانند نوع مسئولیت در بیمارستان، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، سوابق کاری، سابقه مشارکت داشتن در اجرای اعتباربخشی سایر سازمان‌ها، جنسیت و شیفت کاری بود. در ارتباط با چالش‌های استقرار استانداردهای اعتباربخشی، ۳۵ سوال اختصاصی، با استفاده از نتایج مقالات داخلی و خارجی و مطالعات کتابخانه‌ای تدوین شد.

با توجه به آن که اکثر سوالات پرسش‌نامه به غیر از سوالات ۱۲-۱۵-۱۸-۲۰-۲۱-۳۳-۳۴ دارای بار مثبت بودند، پاسخ‌های مخالف نمونه‌ها بیانگر چالش بودن آن سوالات بود. همچنین طبق روش ارزش گذاری لایکرت که پاسخ‌های مخالف دارای کمترین نمره (۱ و ۲) هستند، سوالات با میانگین کمتر به عنوان چالش مهم‌تر مطرح شدند، در حالی که در سوالات دارای بار منفی پاسخ‌های موافق نمونه‌ها، بیانگر چالش بودن آن‌ها بود؛ لذا در تحلیل داده‌ها یکسان سازی در نمره دهی انجام شد. رتبه بندی اهمیت متغیرهای پژوهش با آزمون فریدمن انجام شد و ده چالش که از دیدگاه سه گروه مشارکت کنندگان در پژوهش دارای اهمیت بیشتری بودند انتخاب شدند که ۳۳ درصد سوالات را شامل می‌شد.

روایی پرسشنامه به روش محتوایی انجام گرفت، بدین صورت که پس از تنظیم ابزار، سوالات متناسب با اهداف و سوالات

استانداردهای کیفیت برای بیمارستان‌ها برای اولین بار در ایالات متحده، مطرح و توسط کالج جراحان آمریکایی در سال ۱۹۱۷ توسعه داده شد. بعد از جنگ جهانی دوم، افزایش تجارت محصولات با کیفیت به ایجاد "سازمان بین‌المللی استانداردها" در سال ۱۹۴۷ منتهی شد (۴). در سال ۱۹۵۸ میلادی شورای اعتباربخشی کانادا تأسیس شد. در استرالیا نیز نظام اعتباربخشی در سال ۱۹۷۳ استقرار یافت. در طول دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ میلادی برنامه اعتباربخشی در سراسر جهان گسترش یافت. در سال ۱۹۹۸، بخش بین‌المللی آن "کمیسیون مشترک بین‌المللی" نامیده شد (۵).

تدوین دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی کشور در طی سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۶ انجام گرفت. اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران از سال ۱۳۹۱ شروع و در سه نسل اجرا شده است. برای تدوین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور استانداردهای اعتباربخشی کشورهای آمریکا، فرانسه، مصر و لبنان مورد مطالعه قرار گرفت، استانداردهای بومی سازی شدند و قوانین و آیین‌نامه‌های ملی نیز به آنها اضافه شدند (۶).

در سال ۱۳۹۱، استانداردها در قالب ۳۷ بخش بیمارستان و ۸۱۰۴ سنجه بیان شدند (۷). استانداردها بیشتر از نوع ساختاری و فرآیندی بودند و تعداد استانداردهای پیامدی بسیار محدود بود. تعداد ۲۰ تا ۲۵ نفر از ارزیابان معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی وظیفه اعتباربخشی بیمارستان‌ها را بر عهده داشتند، به عبارتی حدود ۱۲۰۰ نفر درگیر ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور بودند. در سال ۱۳۹۳ بازنگری انجام گرفت و استانداردهای نسل دوم در ۳۶ بخش و ۲۱۵۷ سنجه بیان شدند (۸). در سال ۱۳۹۵، استانداردهای اعتباربخشی نسل نوین، در ۸ محور، ۲۴۸ استاندارد و ۹۰۳ سنجه تدوین شد. روح اصلی اعتباربخشی نسل نوین، ارتقای ایمنی بیمار است (۹).

دستیابی به اهداف اعتباربخشی همراه با چالش‌هایی مانند نامشخص بودن جایگاه سازمان مسئول اعتباربخشی بیمارستانی در کشور، مبنای قانونی اعتباربخشی و عدم کفایت فرآیندهای اعتباربخشی است (۱۰). به علاوه، مواردی مانند کمبود نیروی انسانی، کمبود تجهیزات مناسب، کمبود انگیزه مثبت در مدیران بیمارستان‌ها و کمبود مهارت‌ها و دانش کافی و مورد نیاز، به عنوان چالش‌های استقرار اعتباربخشی عنوان شده‌اند که این موارد منجر به فقدان وابستگی منطقی بین درجه اعتباربخشی بیمارستانی و کیفیت خدمات ارائه شده می‌شود (۱۱).

پژوهش طرح شدند و پس از تایید اساتید راهنما و مشاور به ۱۰ نفر از صاحب نظران ارائه شد. برای تعیین پایایی و همگونی درونی سوالات پرسش نامه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین ترتیب که ۱۰ پرسش نامه برای پاسخ به مشارکت کنندگان داده شد که عدد ۰/۸۸ به دست آمد. داده های این ۱۰ پرسش نامه در آنالیز نهایی اطلاعات لحاظ نشدند. پس از مراجعه به بیمارستان ها، پرسش نامه ها در اختیار

مشارکت کنندگان قرار داده شد و پس از اخذ پاسخ، جمع آوری شدند. در پایان، پس از ورود داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰، از آمار توصیفی (جهت تهیه جداول، تعیین فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و) و آمار استنباطی (چولگی-کشیدگی، آزمون فریدمن، آزمون t مستقل، تحلیل واریانس تک عاملی و ANOVA) برای تحلیل استفاده شد.

جدول ۱. توزیع فراوانی مشارکت کنندگان در پژوهش حسب سابقه کارنوع مسئولیت

جمع کل	نوع مسئولیت					
	مدیر	درصد	پزشک	درصد	کادر پرستاری	درصد
سابقه کار کمتر از ۱۰ سال	۱۴	۳۸	۹	۱۵	۳۹	۲۷
۱۰ تا ۲۰ سال	۱۱	۳۰	۲۷	۴۶	۸۸	۶۲
بیش از ۲۰ سال	۱۲	۳۲	۲۳	۳۹	۱۶	۱۱
جمع کل	۳۷	۱۰۰	۵۹	۱۰۰	۱۴۳	۱۰۰

جدول ۲. چالش های استقرار استانداردهای نسل سوم اعتبار بخشی از دیدگاه مدیران به ترتیب رتبه اهمیت

رتبه اهمیت	رتبه اهمیت	مقدار آماره فریدمن	میانگین رتبه	چالش ها
۱	۱	۶/۳۷۸	۱/۷۶	کمبود نیروی انسانی در پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان ها
۲	۲	۱۰/۰۵۴	۲/۲۴	نامتناسب بودن ساختار فیزیکی فعلی بیمارستان ها با استانداردهای اعتبار بخشی
۳	۳	۱۰/۰۶۸	۲/۲۷	مشارکت نداشتن پزشکان در اجرای اعتبار بخشی
۴	۴	۱۰/۸۷۸	۲/۳۲	نقش مشاوره ای و اصلاحی ارزیابان در حین ارزیابی برای بیمارستان
۵	۵	۱۰/۹۵۹	۲/۳۲	عدم وجود نقش حمایتی و موثر سازمان های بیمه گر در اجرای اعتبار بخشی
۶	۶	۱۱/۰۹۵	۲/۴۳	سلیقه ای عمل کردن ارزیابان
۷	۷	۱۱/۲۸۴	۲/۴۳	فقدان منابع مالی مستقل در بیمارستان ها جهت اجرای اعتبار بخشی
۸	۸	۱۱/۳۷۸	۲/۳۵	مواجه بودن کادر درمان بیمارستان با شیفت های سنگین کاری
۹	۹	۱۱/۴۴۶	۲/۴۹	عدم محفوظ ماندن استقلال حرفه ای کارکنان در اجرای اعتبار بخشی
۱۰	۱۰	۱۱/۷۰۳	۲/۴۱	نامناسب بودن مقیاس امتیازدهی سنجها

جدول ۳. چالش های استقرار استانداردهای نسل سوم اعتبار بخشی از دیدگاه کادر پرستاری به ترتیب رتبه اهمیت

رتبه اهمیت	رتبه اهمیت	مقدار آماره فریدمن	میانگین رتبه	چالش ها
۱	۱	۶/۲۲۴	۱/۵۰	مواجه بودن کادر درمان بیمارستان با شیفت های سنگین کاری
۲	۲	۷/۷۰۶	۱/۶۶	کمبود نیروی انسانی در پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان ها
۳	۳	۸/۹۵۱	۱/۸۶	زیاد بودن تعداد استانداردها و سنجها
۴	۴	۱۰/۸۰۱	۲/۱۰	مشارکت نداشتن پزشکان در اجرای اعتبار بخشی
۵	۵	۱۱/۸۹۲	۲/۲۸	فقدان رویکردهای انگیزشی و تشویقی برای کارکنان
۶	۶	۱۲/۷۴۱	۲/۳۱	افزایش بار مالی به دلیل جابجایی پرسنل در قسمت های مختلف در حین پیاده سازی استانداردها و اجرای اعتبار بخشی
۷	۷	۱۳/۷۵۵	۲/۴۵	عدم وجود نقش حمایتی و موثر سازمان های بیمه گر در اجرای اعتبار بخشی
۸	۸	۱۴/۰۹۱	۲/۵۱	سلیقه ای عمل کردن ارزیابان
۹	۹	۱۵/۴۴۱	۲/۶۶	نامتناسب بودن ساختار فیزیکی فعلی بیمارستان ها با استانداردهای اعتبار بخشی
۱۰	۱۰	۱۵/۴۹۰	۲/۶۷	فقدان منابع مالی مستقل در بیمارستان ها جهت اجرای اعتبار بخشی

جدول ۴. چالش‌های استقرار استانداردهای نسل سوم اعتباربخشی از دیدگاه پزشکان به ترتیب رتبه اهمیت*

رتبه اهمیت	مقدار آماره فریدمن	میانگین رتبه	چالش‌ها
۱	۶/۱۹۵	۱/۷۶	کمبود نیروی انسانی در پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها
۲	۷/۵۷۶	۱/۸۵	زیاد بودن تعداد استانداردها و سنجه‌ها
۳	۹/۰۸۵	۲/۱۴	عدم وجود نقش حمایتی و موثر سازمان های بیمه گر در اجرای اعتباربخشی
۴	۱۰/۵۴۲	۲/۲۷	نقش مشاوره‌ای و اصلاحی ارزیابان در حین ارزیابی برای بیمارستان
۵	۱۰/۷۷۱	۲/۳۹	نامتناسب بودن ساختار فیزیکی فعلی بیمارستان‌ها با استانداردهای اعتباربخشی
۶	۱۰/۸۵۶	۲/۳۱	مواجه بودن کادر درمان بیمارستان با شیفت‌های سنگین کاری
۷	۱۲/۰۴۲	۲/۵۶	افزایش بار مالی به دلیل جایجایی پرسنل در قسمت‌های مختلف در حین پیاده‌سازی استانداردها و اجرای اعتباربخشی
۸	۱۲/۸۰۵	۲/۵۸	عدم محفوظ ماندن استقلال حرفه‌ای کارکنان در اجرای اعتباربخشی
۹	۱۳/۰۶۸	۲/۴۷	نا مناسب بودن مقیاس امتیازدهی سنجه‌ها
۱۰	۱۳/۵۰۸	۲/۶۱	سلیقه‌های عمل کردن ارزیابان

* لازم به ذکر است که چالش‌ها با رتبه اهمیت کمتر، از دیدگاه مشارکت کنندگان در پژوهش، مهم‌تر است.

یافته‌ها

از ۲۳۹ نمونه، ۳۷ نفر (۱۵/۴۸٪) مدیر، ۱۴۳ نفر (۵۹/۸۳٪) کادر پرستاری و ۵۹ نفر (۲۴/۶۹٪) پزشک بودند. ۱۶۹ نفر (۷۱٪) زن و ۷۰ نفر (۲۹٪) مرد بودند. در گروه مدیران بیشترین سطح تحصیلات (۴۳٪) کارشناسی ارشد بود. در گروه پزشکان نیز بیشترین مشارکت کنندگان (۵۴٪) دارای مدرک دکترای تخصصی پزشکی بودند. در کادر پرستاری بیشترین سطح تحصیلات (۸۳٪) کارشناسی و کمترین آن (۵٪) دیپلمه بودند. کمترین (۱۱٪) تعداد مشارکت کنندگان در پژوهش مربوط به سابقه کار بیش از ۲۰ سال در کادر پرستاری و بیشترین تعداد (۶۲٪) نیز در رده ۱۰-۲۰ سال و در همین گروه بود (جدول ۱). تعداد ۹۹ نفر (۴۱/۴۲٪) از مشارکت کنندگان در پژوهش دارای سابقه مشارکت در اجرای اعتباربخشی سایر سازمان‌ها و ۱۴۰ نفر (۵۸/۵۷٪) فاقد سابقه مشارکت بودند. در گروه کادر پرستاری، تعداد کمتری (۱/۳۹٪) شب کار ثابت و بیشتر (۴۱/۹۵٪) شیفت در گردش بودند. در پاسخ به سوالات اختصاصی (چالش‌ها) از دیدگاه سه گروه مشارکت کنندگان، نتایج در جدول‌های ۱ تا ۴ تنظیم شده‌اند.

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که از دیدگاه مدیران، کادر پرستاری و پزشکان، کمبود نیروی انسانی در پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها چالش است. در مطالعه انجام شده توسط ظریف رفتار و آریان خصال، کمبود نیروی انسانی به عنوان یکی از چالش‌های سازماندهی در پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها است (۱۲). همچنین،

نتایج مطالعات Smits و Beaty و همکارانشان حاکی از آن است که کمبود منابع انسانی، چالشی در پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان است (۱۱، ۱۳). در این پژوهش، نامتناسب بودن ساختار فیزیکی بیمارستان‌ها با استانداردهای اعتباربخشی به عنوان چالشی در پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی بود. ظریف رفتار و آریان خصال، نیز در مطالعه خود اظهار داشتند که محدودیت فضای فیزیکی بیمارستان‌ها از چالش‌های سازماندهی در اجرای اعتباربخشی است (۱۲). از دیدگاه مدیران و کادر پرستاری، عدم مشارکت پزشکان در اعتباربخشی، چالش بود. سعادتی و همکارانش نیز در مطالعه خود بیان داشتند که فقدان انگیزه و مشارکت پزشکان و متخصصان در اجرای اعتباربخشی از مهم‌ترین چالش‌ها است (۱۴). مطالعه حاضر نشان داد که شیفت‌های سنگین کاری کادر درمان، به خصوص از دیدگاه کادر پرستاری، بیشترین چالش در پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی است. محمودیان و همکارانش، در مطالعه خود که با هدف بررسی فرایند اجرای اعتباربخشی از دیدگاه کارکنان بخش مدیریت اطلاعات سلامت، به عنوان اصلی‌ترین جایگاه اطلاعاتی و تصمیم‌گیری در بیمارستان‌ها و یک منبع مهم ارزیابی انجام شد، اظهار داشتند که افزایش حجم کار کارکنان، از چالش‌های موجود در اجرای اعتباربخشی است (۱۵)؛ همچنین نتایج مطالعه جعفری پویان نیز با آن همسو است (۱۶).

در پژوهش حاضر، فقدان نقش حمایتی و موثر سازمان‌های بیمه گر در اجرای اعتباربخشی، از دیدگاه مدیران، کادر پرستاری و پزشکان، چالش بود. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۳)، نیز عدم قرارداد با سازمان‌های بیمه عمومی و

مدیران و پزشکان، عدم محفوظ ماندن استقلال حرفه‌ای کارکنان در اجرای اعتباربخشی را چالش دانستند. Cerqueira نیز در مطالعه خود بیان کرد که تضاد با استقلال حرفه‌ای کارکنان یکی از رایج‌ترین چالش‌های اعتباربخشی است (۲۱)؛ همچنین از دیدگاه دو گروه نامناسب بودن مقیاس امتیازدهی سنجه‌ها، چالشی در اجرای اعتباربخشی است. مصدق راد نیز در گزارشی، نتیجه‌گردهمایی صاحب‌نظران اعتباربخشی بیمارستان‌ها که در قاهره برگزار شد را بدین صورت بیان کرد که بیشترین نارضایتی از دید مدیران مناسب نبودن مقیاس امتیاز و وزن‌دهی سنجه‌ها است (۸).

فقدان رویکردهای تشویقی و انگیزشی برای کارکنان از دیدگاه کادر پرستاری در این مطالعه، چالش بود. محمودیان و همکارانش نیز در مطالعه خود فقدان انگیزه در کارکنان را از چالش‌های موجود در اجرای اعتباربخشی دانستند (۱۵).

با توجه به مطالب فوق الذکر، کمبود نیروی انسانی در پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها، نامتناسب بودن ساختار فیزیکی فعلی بیمارستان‌ها با استانداردهای اعتباربخشی، عدم وجود نقش حمایتی و موثر سازمان‌های بیمه گر در اجرای اعتباربخشی، سلیقه‌ای عمل کردن ارزیابان، و مواجه بودن کادر درمان بیمارستان با شیفت‌های سنگین کاری، از دیدگاه سه گروه مشارکت‌کنندگان به عنوان چالش بود که توصیه می‌شود مسئولین امر تا حد توان در رفع چالش‌های فوق به ترتیب اولویت اقدامات لازم را مبذول فرمایند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در دو بیمارستان بوعلی و امیرالمومنین (ع) انجام شد. صمیمانه از کلیه پرسنل بیمارستان و مسئولین دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی که در انجام این پایان نامه ما رایاری کردند، سپاسگزاری می‌کنیم.

خصوصی که نقش مهمی در تضمین کیفیت مراقبت‌های سلامتی مددجویان دارند را چالش بزرگی در پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی می‌داند (۱۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که از دیدگاه کادرپرستاری و پزشکان، زیاد بودن تعداد استانداردها و سنجه‌ها، در امر پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی، چالش است. در حالی که مصدق راد در گزارشی، نتیجه‌گردهمایی صاحب‌نظران اعتباربخشی بیمارستان‌ها که در قاهره برگزار شد را بدین صورت بیان کرد که کمترین نارضایتی مدیران مربوط به تعداد زیاد استانداردها و عدم شفافیت استانداردها است (۸). مدیران و پزشکان در پژوهش حاضر برآن عقیده بودند که نقش مشاوره ای و اصلاحی ارزیابان برای بیمارستان در حین ارزیابی اعتباربخشی، چالش است، درحالی که با نتایج مطالعه Bukonda که فقدان نقش نظارتی و آموزشی ارزیابان را به عنوان چالشی مهم در اجرای اعتباربخشی می‌داند، هم‌خوانی ندارد (۱۸).

مطالعه حاضر نشان داد که گردش و جابجایی پرسنل در بخش‌ها و قسمت‌های مختلف بیمارستان در حین پیاده سازی استانداردها با افزایش بار مالی، چالشی در اجرای اعتباربخشی است. Nery در مطالعه خود از قول Kurcgant و همکارانش اظهار کرد که جابجایی کارکنان با افزایش هزینه‌ها و تاثیر مستقیم بر کیفیت مراقبت‌ها به طور غیرمستقیم بر پیاده‌سازی استانداردها تاثیرگذار است (۱۹، ۲۰). در پژوهش حاضر، قضاوت شخصی و سلیقه‌ای عمل کردن ارزیابان از دیدگاه سه گروه مشارکت‌کنندگان، از چالش‌ها و نقاط ضعف بود. جعفری پویان نیز در مطالعه خود اظهار داشت که داوری و قضاوت فردی در ارزیابی برنامه‌ها، چالشی در اجرای اعتباربخشی است (۱۶). مدیران و کادر پرستاری، در مطالعه حاضر، فقدان منابع مالی مستقل در بیمارستان‌ها جهت اجرای اعتباربخشی را چالش دانستند، همان طور که سعادت و همکارانش نیز در مطالعه خود فقدان منابع مالی مستقل در بیمارستان را چالشی در اجرای اعتباربخشی مطرح کردند (۱۴). در این پژوهش،

REFERENCES

1. Mardani S, Abebi SJ, Riahi L. Relationship between safety and staff performance in hospital. *Int J Hosp Res* 2013;2:205-12.
2. Mosadeghrad AM. *Essentials of healthcare organization and management*, Tehran: Dibagran; 2015.
3. Raeisi A, Asefzadeh S, Yarmohammadian M. A Comparative Study on Accreditation Models in Europe and the USA. *HIM* 2008;3:1-9.
4. Montagu D. London: Department for international development health systems resource center. Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare: Review of experience and lessons learned. 2003.

5. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: Summary of the Expert project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External peer review techniques. European foundation for quality management. International organization for standardization. *Int J Qual Health Care* 2000;12:169-75.
6. Ministry of Health & Medical Education. A look at hospital accreditation standards. Tehran: Seda publishing company; 2008.
7. Jafari GH, Khalifegari S, Denali KH, Dolatshahi P, Ramezani M, Roohparvar R, et al. Hospital accreditation standards in Iran. Tehran; 2010.
8. Mosadeghrad AM. Iran Hospital Accreditation System. *Iran J Public Health* 2016;45:837-42.
9. Ministry of Health & Medical Education. National hospital accreditation standards, 3th ed. 2016.
10. Mate KS, Rooney AL, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. *Global Health* 2014;10:68.
11. Smits H, Supachutikul A, Mate KS. Hospital accreditation: lessons from low-and middle-income countries. *Global Health* 2014;10:65.
12. Zarifraftar M., Aryankhesal A. Challenges of Implementation of Accreditation Standards for Health Care Systems and Organizations: A Systematic Review. *JMS* 2016;2:191-201.
13. Beatty KE, Mayer J, Elliott M, Brownson RC, Abdulloeva S, Wojciehowski K. Barriers and Incentives to Rural Health Department Accreditation. *J Public Health Manag Pract* 2016;22:138-48.
14. Sadie M, Yarifard Kh, Azami Agdash S, Sadegh Tabrizi J. Challenges and Potential Drivers of Accreditation in Iranian Hospitals. *Int J Hosp Res* 2015;4:37-42.
15. Mahmoodian S, Safaei F, Meraji M, Kimiafar Kh, Farsinegar N, Ghasemi R. Challenges and Strengths of Implementing Accreditation Process from Health Information Management Staff Perspective. 2016.
16. Jaafari-pooyan E. Potential pros and cons of external healthcare performance evaluation systems: real-life perspectives on Iranian hospital evaluation and accreditation program. *Int J Health Policy Manag* 2014;3:191-8.
17. Organization WHO. Quality and accreditation in health care services: a global review. 2003.
18. Bukonda N, Tavrow P, Abdallah H, Hoffner K, Tembo J. Implementing a national hospital accreditation program: The Zambian experience. *Int J Qual Health Care* 2002;14:7-16.
19. Nery A. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. 2016;20:63-9.
20. Kurciant P, Tronchin DMR, Melleiro MM, Castilho V, Machado VB, Pinhel I, et al. Indicators de qualidade e a avaliação do gerenciamento de precursors humans' em saúde. *Rev Esc Enferm* 2009;43:1168-73.
21. Cerqueira M. Benefits, Challenges and Trends in Accreditation as A Quality Assurance System: A Literature Review. 2006.