

تصویر سلامت

دوره ۴ شماره ۲ سال ۱۳۹۲ صفحه ۴۲ - ۳۵

زیرساخت‌ها و موانع موجود در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی جهت اجرای اثربخش اعتباربخشی از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها: یک مطالعه تلفیقی

صابر اعظمی آغداش: مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی علوم پزشکی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
همایون صادقی بازرگانی*: مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های حوادث ترافیکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
Email: Homayoun.sadeghi@gmail.com

باب‌اله قاسمی: معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
آمنه میرزائی: معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

میرحسین آقایی: مرکز تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه و اهداف: هدف مطالعه حاضر بررسی زیرساخت‌ها و موانع موجود در اجرای اثربخش اعتباربخشی در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه تلفیقی (کمی-کیفی) تمامی مدیران ۴۳ بیمارستان استان آذربایجان شرقی مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات بخش کمی، پرسشنامه محقق‌ساخته با ۸ سؤال بود که روایی آن از طریق نظرات اعضای هیئت علمی و پایایی آن به روش دو نیم‌ساختاری (۰.۹) انجام گرفت. ابزار بخش کیفی نیز دو سؤال باز بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های کمی از آمارهای توصیفی، آزمون‌های آماری T-Test و ANOVA از طریق نرم‌افزار SPSS.17 استفاده شد. داده‌های بخش کیفی مطالعه نیز به روش تحلیل درون‌مایه‌ای تحلیل شدند.

یافته‌ها: اکثر مدیران (۷۶٪) با اجرای اعتباربخشی موافق بودند و آنرا راه‌کاری جهت بهبود کیفیت خدمات و افزایش رضایت بیماران و کارکنان می‌دانند. ۵۰٪ آشنایی کافی با مفاهیم اعتباربخشی را نداشتند و بیمارستان‌های آنها آمادگی لازم (منابع، تعهد مدیران، مهارت و دانش کارکنان و...) برای اجرای اعتباربخشی را نداشت. وجود منابع و زیرساخت‌ها در بیمارستان‌های شهرستان تبریز در مقایسه با بیمارستان‌های سایر شهرستان‌ها بطور معنی‌داری بیشتر بیان شد ($P < 0.01$). مهمترین موانع استخراج شده شامل: کمبود نیروی انسانی، عدم مشارکت پزشکان، نبود منابع، سیستم‌های مستندسازی و اطلاعاتی مناسب می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به موانع موجود و ضعف زیرساخت‌ها در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی جهت اثربخشی بیشتر اجرای اعتباربخشی باید نسبت به برطرف نمودن این موانع و فراهم ساختن زیرساخت‌های مناسب اقدامات جدی صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: موانع، زیرساخت‌ها، اعتباربخشی، مدیران، مطالعات تلفیقی، بهبود کیفیت

مقدمه

سروکار داشتن با سلامت و جان انسان‌ها اعتلاء کیفیت و تضمین آن از اهمیت و جایگاه ویژه‌ای نسبت به سایر سازمان‌ها برخوردار است. کیفیت را باید به عنوان عامل تعیین‌کننده در بیمارستان‌ها و سازمان‌های بهداشتی محسوب کرد که براساس تجربه واقعی مشتریان از

امروزه پرداختن به کیفیت کالاها و خدمات از اولویت‌دارترین مسائل تمامی سازمان‌ها و بخش‌ها می‌باشد. در بخش بهداشت و درمان نیز به لحاظ اهمیت نوع خدمات، انگیزه‌های اقتصادی، سیاسی و قانونی ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی و مهمتر از همه آنها

گرفته و در نظر دارد موانع احتمالی و بالقوه اجرا و پیاده سازی نظام اعتباربخشی در بیمارستان های استان آذربایجان شرقی و همچنین راهکارهای آن را از دیدگاه مدیران بیمارستان ها بررسی نماید تا بتواند با شناسایی موانع احتمالی و ارائه راهکارهایی مناسب برای پیشگیری و کاهش آنها، در راستای اجرای موفق و مناسب اعتباربخشی در بیمارستان های استان نقش مؤثری داشته باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع مطالعات تلفیقی (کمی-کیفی) می باشد که در تابستان ۱۳۹۰ انجام گرفته است. جامعه آماری مورد مطالعه را مدیران تمامی بیمارستان های استان آذربایجان شرقی که در کل ۴۳ بیمارستان (۱۳ بیمارستان آموزشی و درمانی، ۱۸ بیمارستان شهرستان و ۱۲ بیمارستان خصوصی و غیر آموزشی) را شامل می شد تشکیل می داد. در این مطالعه تمامی مدیران به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع-آوری بخش کمی مطالعه شامل پرسشنامه محقق ساخته بود که روایی آن از طریق نظرات ۱۰ نفر از متخصصین و اعضای هیئت علمی گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و پایایی آن نیز به روش دو نیمه کردن و با استفاده از آلفای کرونباخ ($\alpha=0.9$) انجام گرفت. پرسشنامه شامل ۵ سؤال در مورد اطلاعات دموگرافیکی و بیمارستانی و ۸ سؤال اصلی در مورد محدودیت ها و موانع موجود در بیمارستان های استان آذربایجان شرقی برای اجرای اعتباربخشی بود. ابزار مورد استفاده در بخش کیفی مطالعه نیز شامل پرسشنامه با دو سؤال باز و کلی در مورد محدودیت ها و موانع اجرای اعتباربخشی و پیشنهادات مدیران برای پیشگیری و برطرف نمودن آنها می شد. پرسشنامه ها از طریق معاونت درمان و ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به مدیران تمامی بیمارستان های استان ارسال و توسط کارشناسان ستاد حاکمیت بالینی مورد پیگیری قرار گرفته و جمع آوری گردید. برای تجزیه و تحلیل داده های بخش کمی مطالعه از آمارهای توصیفی، آزمون های آماری T و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ANOVA از طریق نرم افزار SPSS:17 استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بخش کیفی مطالعه نیز از روش تحلیل درون مایه ای (Thematic Analysis) استفاده گردید. برخی از محققین اعتقاد دارند که تمامی پژوهش های کیفی مستلزم بکارگیری تحلیل درون مایه-ای (Thematic Analysis) می باشند. در این روش واحدهای اطلاعاتی در پاسخ به هر سؤال از درون

خدماتی که به آنها ارائه می شود شکل گرفته و اندازه گیری می شود (۱-۴). برای دستیابی به این هدف، اغلب مدیران سیستم های بهداشتی و درمانی و سیاستمداران استفاده از مدل های ارزیابی، کنترل و بهبود کیفیت را برای این امر اجتناب ناپذیر می دانند. اعتباربخشی یکی از این روش ها است که در دو دهه گذشته مورد توجه دولت ها، سازمان های ارائه دهنده خدمات، انجمن های پزشکی، مدیران، شرکت های بیمه و سایر ذی نفعان قرار گرفته است (۵-۸). اعتباربخشی فرآیندی است که در آن یک گروه یا سازمان اعتبارسنجی، از طریق ارزیابی به یک بیمارستان شهرت، اعتبار و رسمیت را به منظور توانایی انجام خدمات خاصی بصورت استاندارد اعطا می کند و بر روی استراتژی بهبود مداوم و دستیابی به استانداردهای مطلوب کیفیت تمرکز دارد (۹-۱۱). از آنجا که دولت ها و عموم مردم بطور فزاینده ای متقاضی پاسخگویی بیشتری در مورد مراقبت های بهداشتی و ارائه آنها، به ویژه کیفیت و ایمنی بیمارستان و عملکرد بالینی پزشکان شده اند، بطور کلی سیستم های اعتباربخشی خود را برای انجام این نقش گسترش یافته سازگار کرده اند (۱۲). نتایج مطالعات انجام گرفته در بخش های مختلف دنیا نیز نشان دهنده بهبود کیفیت و ایمنی در اثر اجرای اعتباربخشی می باشد (۱۳-۱۷). نتایج مطالعه مروری انجام گرفته در این زمینه نیز نشان داد که اعتباربخشی موجب افزایش کیفیت خدمات، ایمنی، رضایت بیماران و کارکنان، کاهش عفونت و... شده است (۱۸). فرایند اعتباربخشی در سال ۱۹۱۷ از کشور آمریکا شروع و با گذر زمان رشد تقاضا برای دستیابی به استانداردها به منظور ارزشیابی مراقبت های بهداشتی منجر به تشکیل کمیته بین المللی اعتباربخشی (JCI) در کشور آمریکا شد و امروزه اکثر کشورهای دنیا از اعتباربخشی در سیستم های بهداشتی و درمانی خود استفاده می کنند (۱۹). در کشور ما متأسفانه در سال های گذشته موضوع اعتباربخشی با وجود اهمیت، کارایی و نقش اساسی آن در ارتقای کیفیت خدمات سلامت، مورد بی توجهی قرار گرفته بود. اما در چند سال اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تلاش مستمر و برنامه ریزی بلندمدت، زمینه را برای اجرای اعتباربخشی در سال ۱۳۹۲ فراهم کرده است. با توجه به این موضوع که پیاده سازی و اجرای هر تغییر و تحولی در هر سیستمی حمایت مدیران ارشد را به عنوان یک ضرورت می طلبد و همچنین برای موفقیت-آمیز بودن اجرای این تغییرات باید موانع و راهکارهای آن شناسایی شود. این مطالعه نیز در این راستا انجام

داده‌ها استخراج می‌گردد. این واحدها می‌توانند لغات، عبارت و یا مفاهیم خاص و اکثراً انتزاعی باشند. این واحدها در رده‌بندی‌های گوناگون با توجه به محتوا و بر مبنای اهمیت تئوریک آنها "بطور روشن، قابل درک و منظم" دسته‌بندی و کدگذاری می‌شوند. این روش برای سنجش فراوانی واژه‌ها و عبارات و همچنین خلاصه-سازی اطلاعات در یک شکل منسجم استفاده می‌شود (۲۰-۲۳). در این مطالعه نیز ابتدا تمامی محدودیت‌ها و پیشنهادات داده شده لیست گردید و سپس براساس فراوانی و تکرار شونده‌گی دسته‌بندی و کدگذاری گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۳،۳٪ از پاسخ‌دهندگان مرد بودند. میانگین سنی پاسخ‌دهندگان نیز برابر با 35.90 ± 6.39

بود. ۱۵ مورد (۵۰٪) از بیمارستان‌های مورد بررسی را بیمارستان‌های شهرستان تبریز و ۱۱ مورد (۳۶،۷٪) را بیمارستان‌های شهرستان‌های دیگر تشکیل می‌داد و ۴ مورد (۱۳،۳٪) از پاسخ‌دهندگان نیز اطلاعات بیمارستان خود را مشخص نکرده بودند. از ۲۶ بیمارستانی که اطلاعات‌شان مشخص بود ۸ مورد را بیمارستان‌های آموزشی، ۱۴ مورد را بیمارستان‌های دولتی غیر آموزشی و ۴ مورد را بیمارستان‌های غیر دولتی اعم از خصوصی و خیریه تشکیل می‌دادند.

در این مطالعه آمادگی و شرایط بیمارستان‌های استان برای پیاده‌سازی و اجرای موفق اعتباربخشی از دیدگاه مدیران این بیمارستان‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی و میانگین پاسخ‌های مدیران در مورد آمادگی و شرایط بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی برای پیاده‌سازی اعتباربخشی

پاسخ‌ها	خیلی کم*	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین
گویه‌ها						
۱- تا چه اندازه با مفاهیم و اصول اعتباربخشی آشنایی دارید.	۲(۶،۷)	۲(۶،۷)	۱۹(۶۳،۳)	۷(۲۳،۳)	۰	۶۰،۶
۲- تا چه اندازه با اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های کشور/ استان موافق هستید.	۱(۳،۳)	۳(۱۰)	۷(۲۳،۳)	۱۲(۴۰)	۷(۲۳،۳)	۷۴
۳- به نظر شما اعتباربخشی تا چه اندازه می‌تواند در بهبود خدمات بیمارستان شما مؤثر باشد.	۰	۱(۳،۳)	۷(۲۳،۳)	۱۷(۵۶،۷)	۵(۱۶،۷)	۷۷،۲
۴- آیا در بیمارستان شما منابع و زیر ساخت‌های لازم برای اجرای اعتباربخشی موجود می‌باشد.	۳(۱۰)	۹(۳۰)	۱۷(۵۶،۷)	۱(۳،۳)	۰	۵۰،۶
۵- آیا کارکنان بیمارستان شما آشنایی و آموزش‌های کافی در زمینه اعتباربخشی را کسب کردند.	۳(۱۰)	۱۰(۳۳،۳)	۱۰(۳۳،۳)	۷(۲۳،۳)	۰	۵۴
۶- مدیران و مسئولین بیمارستان شما تا چه اندازه به اجرای اعتباربخشی اهمیت می‌دهند.	۲(۶،۷)	۳(۱۰)	۸(۲۶،۷)	۱۰(۳۳،۳)	۴(۱۳،۳)	۶۸
۷- توانمندی و میزان آمادگی کارکنان و مدیران بیمارستان شما جهت اجرای موفق اعتباربخشی.	۰	۲(۶،۷)	۱۰(۳۳،۳)	۱۱(۳۶،۷)	۰	۶۳،۶
۸- اعتباربخشی تا چه اندازه می‌تواند در افزایش رضایت کارکنان و بیماران نقش داشته باشد.	۱(۳،۳)	۰	۷(۲۳،۳)	۱۵(۵۰)	۴(۱۳،۳)	۷۵،۴

*اعداد بصورت فراوانی (درصد) بیان شدند.

همانطور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد اکثر مدیران (حدود ۷۶٪) با اجرای اعتباربخشی موافق هستند و اعتقاد دارند که اجرای آن سبب بهبود خدمات

و افزایش رضایت بیماران و کارکنان خواهد گردید. تعداد بیشتری (حدود ۵۰٪) نیز بیان کردند که آشنایی کافی با مفاهیم اعتباربخشی را ندارند و بیمارستان‌های

آنها آمادگی لازم شامل منابع، تعهد مدیران، مهارت و اطلاعات کارکنان را برای اجرای اعتباربخشی را ندارد. نتایج آزمون های آماری نشان داد که در بین موارد مورد بررسی فقط تفاوت ردیف چهار (منابع و زیر ساخت های لازم برای اجرای اعتباربخشی) بین بیمارستان های شهرستان تبریز با سایر شهرستان های استان معنی دار می باشد ($P < 0.01$). همچنین نتایج آزمون آماری One Way ANOVA در مورد تفاوت سؤالات بین بیمارستان های آموزشی، غیرآموزشی و غیر دولتی (خصوصی و خیریه) نشان داد که بین بیمارستان های مورد بررسی اختلاف معنی داری در آمادگی این بیمارستان ها وجود ندارد.

بخش کیفی مطالعه شامل دو سؤال باز در مورد محدودیت ها و موانع موجود در بیمارستان های استان جهت اجرای موفق اعتباربخشی و پیشنهادات افراد جهت پیشگیری و یا برطرف کردن آنها بود. که با استفاده از تحلیل درون مایه ای (Analysis Thematic) محدودیت ها و پیشنهادات از نظر پاسخ دهندگان استخراج گردید. که در نهایت محدودیت ها در چهار درون مایه اصلی نیروی انسانی، منابع (مالی، فضای فیزیکی و تجهیزات)، محدودیت های ساختاری (اداری و مدیریتی) و محدودیت های فنی تقسیم بندی گردید که در کل ۲۰ تم در این چهار درون مایه تشکیل شد. نتایج مهمترین محدودیت ها به ترتیب بیشترین تکرار در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. مهمترین محدودیت های اجرای موفق اعتباربخشی برحسب تکرار از دیدگاه مدیران بیمارستان های استان آذربایجان شرقی

نیروی انسانی:

- ۱- کمبود نیروی انسانی
- ۲- عدم مشارکت پزشکان در اجرای طرح
- ۳- مهارت و دانش پایین نیروی انسانی
- ۴- نبود انگیزه در نیروی انسانی
- ۵- عدم تعهد مدیریت ارشد سازمان
- ۶- مقاومت مدیران و کارکنان در مقابل تغییر
- ۷- عدم اعتقاد و نگرش مثبت نسبت به نتایج اجرای اعتباربخشی

کمبود منابع (مالی، فضای فیزیکی و تجهیزات):

- ۱- بودجه محدود بیمارستانها
- ۲- عدم پرداخت هزینه ها از سوی بیمه ها
- ۳- فضاهای فیزیکی محدود برای رعایت موارد اعتباربخشی
- ۴- نبود برخی از تجهیزات

محدودیت های ساختاری:

- ۱- نبود مستندات و سیستم اطلاعاتی مناسب
- ۲- نبود ثبات مدیریتی در سازمانها
- ۳- مشکلات ساختاری (فرایندهای غیراستاندارد)
- ۴- تمرکز بر داده سازی و کاغذبازی بجای تمرکز بر هدف و مأموریت اعتباربخشی

محدودیت های فنی:

- ۱- گستردگی آیتم ها و موارد اعتباربخشی
- ۲- محدودیت زمانی
- ۳- عدم بسترسازی و اطلاع رسانی مناسب
- ۴- عدم بومی سازی و متناسب کردن برخی آیتم های اعتباربخشی براساس وضعیت بیمارستانهای کشور
- ۵- نبود دستورالعمل ها و رویه های روشن و یکسان

- تدارک راه کارهایی جهت مشارکت پزشکان در اجرای اعتباربخشی
- طراحی و اجرای مناسب و عادلانه سیستم ارزیابی فرهنگ سازی مناسب
- افزایش تعهد مدیران ارشد
- فراهم ساختن امکانات و منابع مادی و غیرمادی لازم

- در زیر برخی از مهمترین پیشنهادات مدیران جهت پیشگیری و اصلاح محدودیت ها و موانع موجود جهت اجرای اعتباربخشی آورده شده است.
- افزایش نیروی انسانی به خصوص نیروی انسانی پرستاری و متخصص در حیطه مسائل ارتقای کیفیت مانند اعتباربخشی

- تعامل بیشتر تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت جهت پرداخت به موقع حقوق و هزینه‌ها
- انجام مطالعات بیشتر در زمینه بومی‌سازی، شرایط اجرا و شناسایی و برطرف نمودن موانع و محدودیت‌ها

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر مدیران (حدود ۷۶٪) با اجرای اعتباربخشی موافق هستند و اعتقاد دارند که اجرای آن سبب بهبود خدمات و افزایش رضایت بیماران و کارکنان خواهد گردید. حدود ۵۰٪ شرکت‌کنندگان نیز بیان کردند که آشنایی کافی با مفاهیم اعتباربخشی را ندارند و بیمارستان‌های آنها آمادگی لازم (منابع، تعهد مدیران، مهارت و دانش کارکنان) را برای اجرای اعتباربخشی را ندارد. وجود منابع و زیرساخت‌ها در بیمارستان‌های شهرستان تبریز در مقایسه با بیمارستان‌های سایر شهرستان‌ها بطور معنی‌داری بیشتر بیان شد. مهمترین محدودیت‌ها شامل کمبود نیروی انسانی، عدم مشارکت پزشکان، کمبود منابع مالی، نبود سیستم مستندسازی و اطلاعاتی مناسب و گستردگی مباحث اعتباربخشی و... می‌باشد. مهمترین راه‌کارهای پیشنهادی نیز شامل افزایش نیروی انسانی، مشارکت پزشکان، تعهد مدیریت ارشد سازمان‌ها و... می‌باشد.

در مطالعه حاضر حدود ۴۰٪ شرکت‌کنندگان از آشنایی کافی با مفاهیم اعتباربخشی برخوردار نبودند که این میزان در مطالعه اعظمی و همکاران (۲۴) در حدود ۶۰٪ گزارش شده که این افزایش می‌تواند نشانگر تأثیر آموزش‌ها و فعالیت‌های ستاد حاکمیت بالینی و مسئولین دانشگاهی در این زمینه باشد. همچنین در مطالعه حاضر حدود ۷۷٪ بیان کردند که اعتباربخشی می‌تواند منجر به ارتقای کیفیت خدمات گردد که مطابق مطالعه فوق می‌باشد. با توجه به نتایج این دو مطالعه می‌توان گفت که مدیران، کارکنان و سایر افراد درگیر در اجرای برنامه اعتباربخشی با وجود اعتقاد و نگرش مثبت نسبت به اجرای اعتباربخشی از دانش و آگاهی کافی در این زمینه برخوردار نمی‌باشند، البته با توجه به جدید بودن مبحث اعتباربخشی و نبود سابقه اجرایی آن در ایران این امر قابل توجیه می‌باشد و به همین دلیل نیز باید برنامه‌ریزی‌های دقیقی جهت آموزش و آشناسازی افراد با جنبه‌های مختلف، اهداف و کارکردهای اعتباربخشی در سیستم سلامت ایران به‌عمل آید. در این زمینه مشکل اساسی که می‌تواند ما را با محدودیت جدی روبرو سازد مسئله کمبود افراد و متخصصین با تجربه، مهارت و دانش بالا جهت ارائه آموزش‌های مناسب می‌باشد (۲۵) که باید برنامه‌ریزی‌هایی برای این منظور نیز به‌عمل آید. نتایج مطالعات انجام‌گرفته در زمینه دیدگاه‌های

مدیران و سایر ذی‌نفعان در زمینه ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نیز نشان داده است که این افراد دیدگاه مثبتی نسبت به اعتباربخشی دارند (۲۶-۲۹) ولی نیازمند برنامه‌ریزی و انجام مداخلات مناسب جهت افزایش آگاهی و دانش این افراد می‌باشد.

در این مطالعه بیشتر پاسخ‌دهندگان اعتقاد داشتند که اعتباربخشی می‌تواند تأثیر چشمگیری در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌ها داشته باشد. که به این مسئله در مطالعات مختلفی در نقاط مختلف دنیا اشاره شده و نتایج مطالعات انجام‌گرفته نشان داده که اعتباربخشی نتایج بسیار چشمگیری در ارتقای خدمات بهداشتی و درمانی دارد (۳۰-۳۳). بنابراین به‌نظر می‌رسد اعتباربخشی می‌تواند در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی و سایر خدمات بهداشتی در ایران نیز تأثیر مثبتی داشته باشد ولی لازمه آن برنامه‌ریزی و اجرای مناسب آن می‌باشد که باید مورد توجه مسئولین و متولیان امر قرار گیرد.

۵۰،۶٪ پاسخ‌دهندگان در این مطالعه بیان کردند که منابع و زیرساخت‌های لازم جهت اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های استان فراهم نمی‌باشد که این میزان در مطالعه اعظمی و همکاران (۳۴) حدود ۸۰٪ بوده که البته این رقم مربوط به بیمارستان‌های شهرستان تبریز و اردبیل می‌باشد و از آنجایی که اختلاف بین وجود زیرساخت‌ها و منابع لازم بین بیمارستان‌های شهرستان تبریز و سایر شهرستان‌ها معنی‌دار بود، می‌توان در کل نتیجه گرفت که هنوز شرایط و زیرساخت‌های مناسب و کافی در بیمارستان‌های استان تدارک دیده نشده است و این مسئله در بیمارستان‌های شهرستان‌ها بیشتر مطرح می‌باشد. بنابراین به‌نظر می‌رسد باید نسبت به فراهم ساختن امکانات و زیرساخت‌های مناسب در بیمارستان‌ها اقدامات عملی جدی صورت گیرد. همچنین در مطالعه حاضر ۳۸٪ پاسخ‌دهندگان اظهار کردند که مدیران ارشد بیمارستان آنها نسبت به اجرای اعتباربخشی اهمیتی قائل نیست که این میزان در مطالعه فوق برابر با ۵۴٪ می‌باشد که می‌تواند نشانگر افزایش تعهد و حساسیت مدیران و مسئولین اجرایی نسبت به این موضوع باشد.

در این مطالعه، داده‌های بخش کیفی با استفاده از تحلیل محتوایی تجزیه و تحلیل و کدبندی گردید که در نهایت شامل ۴ درون‌مایه اصلی (Core Theme) و ۲۰ درون‌مایه فرعی (Sub Theme) گردید. در مطالعه یاری‌فرد و همکاران موانع و محدودیت‌های بالقوه در ۷ درون‌مایه اصلی و ۲۴ درون‌مایه فرعی تقسیم‌بندی شده بود که با توجه به تعداد سؤالات باز و شرکت‌کنندگان بیشتر در آن مطالعه این موضوع قابل توجیه می‌باشد. با نگاه به تقسیم‌بندی مطالعه فوق شاهد نکات مشترک زیادی بین موانع و دسته‌بندی‌های این دو مطالعه خواهیم بود و با توجه به ماهیت نحوه بیان و جمع‌آوری آنها (مطالعه کیفی) این نتایج می‌توانند بسیار راه‌گشا و اثربخش

از نقاط ضعف این مطالعه می توان به تعداد کم نمونه های مورد مطالعه اشاره کرد که فقط محدود به مدیران بیمارستان ها می شد، هرچند که انتظار می رود مدیران هر بیمارستان افرادی باشند که بیشترین آگاهی و اطلاع از وضعیت بیمارستان خودشان نسبت به اجرای موفق اعتباربخشی داشته باشند ولی با این وجود بهتر بود که نظرات سایر افراد نیز در این زمینه مورد بررسی قرار گیرد. با وجود این نقطه ضعف به دلیل استفاده ترکیبی از مطالعات کمی و کیفی در این مطالعه اطلاعات بیشتر و غنی تری تولید گردید که این موضوع می تواند سبب افزایش اعتبار نتایج بدست آمده در این مطالعه گردد و با اطمینان و اعتماد بیشتری از نتایج این مطالعه در تصمیم گیری ها و سیاست گذاری ها استفاده کرد.

نتیجه گیری

از آنجایی که تاکنون سابقه اجرای اعتباربخشی در بیمارستان های ایران وجود نداشته و اخیراً وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تصمیم گرفته است که سیستم جاری ارزشیابی بیمارستان های ایران را با سیستم جدید اعتباربخشی جایگزین کند. مسلماً این تغییر با مقاومت ها، موانع و محدودیت هایی در ابتدا روبرو خواهد بود که باید قبل از اجرای این طرح این موارد شناسایی و اقدامات مناسب جهت برخورد با آنها صورت گیرد. در این مطالعه اکثر مدیران با اجرای اعتباربخشی موافق بودند و آنرا راهکاری جهت بهبود کیفیت خدمات و افزایش رضایت بیماران و کارکنان بیان کردند. آشنایی کافی با مفاهیم اعتباربخشی را نداشتند و بیمارستان های آنها آمادگی لازم (منابع، تعهد مدیران، مهارت و دانش کارکنان و...) برای اجرای اعتباربخشی را نداشت. با توجه به موانع موجود و ضعف زیرساخت ها در بیمارستان های استان آذربایجان شرقی جهت اثربخشی بیشتر اجرای اعتباربخشی باید نسبت به برطرف نمودن این موانع و فراهم ساختن زیرساخت های مناسب اقدامات جدی صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود فرض می دانند از مسئولین محترم معاونت درمان و ستاد حاکمیت بالینی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، بخصوص کارشناسان محترم حاکمیت بالینی این ستاد، مدیران محترم بیمارستان های استان آذربایجان شرقی و سایر عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

باشند. در هر دو مطالعه کمبود نیروی انسانی و مهارت و دانش پایین آنها از موانع اصلی بیان گردیده است. که این موضوع می تواند بیانگر نقش و اهمیت نیروی انسانی و توانمندی آنها در اجرای موفق اعتباربخشی و سایر برنامه ها باشد. بنابراین مسئولین ذیصلاح باید توجه ویژه ای به این مسئله داشته باشند. Frank و Chapman (۳۵) نیز تاکید دارند که یکی از الزامات اولیه جهت موفقیت در اجرای اعتباربخشی در مراکز بهداشتی و درمانی، آموزش و توانمندسازی مدیران و کارکنان می باشد. در هر دو مطالعه فوق منابع محدود و بودجه کم از محدودیت ها و موانع مهم برشمرده شده است. همچنین با توجه به نتایج دو مطالعه قبلی که نشان داد ۸۰٪ افراد میزان منابع مالی موجود در بیمارستان ها را کمتر از حد متوسط می دانند و وجود انگیزه های مالی در اجرای موفق اعتباربخشی بطور غیرمستقیم تأثیر دارد. این امر همکاری بیشتر دولت و مسئولین را برای تأمین منابع کافی از جمله منابع مالی کافی را در جهت اجرای موفقیت آمیز برنامه اعتباربخشی می طلبد (۳۶). در آمریکا نیز اعتباربخشی در ابتدا به شکل یک فرایند داوطلبانه و مستقل از نظارت دولتی آغاز شده، اما بطور فزاینده ای از نظر اقتصادی و گرفتن کمک های مالی، تنظیم نیروی انسانی و مسائل دیگر، به دولت وابسته است (۳۷). در مطالعه ای Brasure و همکاران (۲۰۰۰) نیز کمبود منابع و مشکلات مالی از مهمترین موانع پیاده سازی و اجرای موفق استانداردهای اعتباربخشی عنوان شده است (۳۸). همچنین نتایج برخی دیگر از مطالعات نیز به نقش هزینه ها و منابع در موفقیت پیاده سازی و اجرای اعتباربخشی اشاره کرده اند (۳۹-۴۱).

نبود سیستم های اطلاعاتی و مستندسازی مناسب در بیمارستان ها از محدودیت های مهم دیگر اشاره شده در این مطالعه بود. Amerioun (۴۲) نیز در مطالعه خود که به بررسی استانداردهای اعتباربخشی JCI (International Joint Commission) در آزمایشگاه یک بیمارستان نظامی پرداخته بود، یکی از دلایل اصلی ضعف بیمارستان در رعایت استانداردهای اعتباربخشی را نبود سیستم اطلاعاتی و مستندسازی مناسب و کارآمد در بیمارستان ها را نام می برد. در مطالعه دیگری نیز، Casey و همکاران (۲۰۰۰) عنوان کرده اند که مشکلات اطلاعاتی و جمع آوری داده ها از مشکلات عمده در پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی توسط سازمان های حافظ سلامت می باشد (۴۳). بنابراین با توجه به نقش حیاتی اطلاعات و سیستم های اطلاعاتی مناسب جهت اجرای هر برنامه ای بخصوص برنامه های ارتقای کیفیت مانند اعتباربخشی در هر سازمانی، باید جهت موفقیت و اثربخشی بیشتر برنامه اعتباربخشی نسبت به ایجاد بانک اطلاعاتی و سیستم های مناسب جمع آوری، تحلیل و استفاده از اطلاعات در بیمارستان های کشور اقدام گردد.

منابع

- International Journal for Quality in Health Care. 2009; 21(2): 8-112.
۱۶. اعظمی ص، تبریزی ج. اهمیت و جایگاه اعتبار بخشی در تضمین کیفیت و ارزشیابی آموزش پزشکی. دوازدهمین کنگره پژوهشی سالیانه دانشجویان علوم پزشکی ایران ملی - بین المللی، اصفهان، ۱۳۹۰.
۱۷. اعظمی ص، تبریزی ج. بررسی رابطه بین اعتباربخشی و ارتقای کیفیت در مطالعات انجام گرفته در دنیا. کتابچه خلاصه مقالات سمینار سراسری ارتقای کیفیت در خدمت مراقبتی، کردستان، ۱۳۹۰.
18. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care 2008; 20(3): 83-172.
19. Quality and accreditation in healthcare services , a global review. WHO; Geneva 2003.
20. Miles M, Huberman A. Qualitative Data Analysis. Thousand Oaks: CA:Sage Publications; 2002.
21. Zhang Y, Wildemuth B. Qualitative Analysis of Content. European Journal of Psychological Assessment. 1384; 22(1): 28-37.
۲۲. تبریزی ج. تحقیقات کیفی در آموزش پزشکی، قسمت ۲: فرایند مطالعات کیفی. تحقیق در آموزش علوم پزشکی. ۱۳۹۰؛ ۳(۲): ۸-۶.
۲۳. ظهور آ، کریمی منافی ح. تحلیل داده های کیفی. فصلنامه مطالعات بهداشت روان. ۱۳۸۱؛ ۶(۱۹-۲۰): ۱۳-۱۰۷.
۲۴. اعظمی ص، تبریزی ج، عبداللهی ل، یاریفرد خ، کبیری ن، ولیزاده س، et al. دانش و نگرش مدیران بیمارستان های آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی تبریز و اردبیل در مورد اعتباربخشی مجله سلامت و بهداشت اردبیل. ۱۳۹۱؛ ۳(۲): ۷-۱۵.
۲۵. تبریزی ج، غریبی ف. بررسی نظام مند مدل های اعتباربخشی برای طراحی مدل ملی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۱۳۹۰؛ ۹۵:۱۶-۱۰۹.
26. Grenade L, Boldy D. The accreditation experience: views of residential aged care providers. Geriacton. 2002; 20: 5-9.
27. Nandraj S, Khot A, Menon S et al. A stakeholder approach towards hospital accreditation in India. Health Policy Plan. 2001;16: 70-79.
28. Baker SS, Morrone AS, Gable KE. Allied health deans' and program directors' perspectives of specialized accreditation effectiveness and reform. J Allied Health. 2004; 33: 54-247.
29. Gough L, Reynolds T. Is clinical pathology accreditation worth it? A survey of CPA-accredited laboratories. Clin Perform Qual Health Care. 2000; 8: 195-201.
30. Juul AB, Gluud C, Wetterslev J et al. The effects of a randomised multi-centre trial and international accreditation on availability and
۱. صدقیانی، آ. مدیریت و سازماندهی بیمارستان. تهران: انتشارات رایانه، ۱۳۷۹؛ ص ۶-۱۲.
2. WHO. Quality and accreditation in health care services: A Global Review. In: WHO, editor. Geneva, 2003; pp: 6-8.
3. Joint Commission International. Quality assurance and accreditation. QA Brief, 1997.
4. Aghazadeh S. Implementing of total quality management in the managed care industry. TQM Mag. 2005; 14(2): 86.
5. Scrivens E. A taxonomy of accreditation systems. Journal of Social policy and administration. 1966; 20: 24-114.
6. Ritonja S, Hocever Z. Redesign of health care processes classification to improve the process of gathering information and data processing on professional and organizational quality in health care. Int J Health Care Quality Assur Inc. 2001;14(6-7): 9-245.
7. Rooney A. Licensure, accreditation and certification: Approaches to health services quality. BethesdaQuality Assurance Project1999. BethesdaQuality Assurance Project1999.
۸. صفدری ر، میدانی ز. بررسی تطبیقی استانداردهای اعتباربخشی مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی در کشورهای کانادا، آمریکا و نیوزلند. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین. ۱۳۸۶ بهار؛ ۱۱(۱): ۸-۷۳.
۹. اعظمی ص، تبریزی ج. مطالعه تطبیقی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای اعتباربخشی کمیسیون مشترک: مجله جنتاشاپیر. ۱۳۹۱؛ ۸۹.
۱۰. صدقیانی ا. استانداردهای ممیزی و اعتبار بخشی بیمارستان تهران: انتشارات مؤسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی، ۱۳۸۲.
۱۱. محمدی ر، سجادی ح، خدایاری رحیم. چالش های اعتباربخشی بیمارستانها در هزاره جدید. خلاصه مقالات پنجمین همایش دانشجویان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، تبریز، ۱۳۸۵؛ ص ۲۷۰.
12. Qutishat AS. , Medical laboratory quality and accreditation in Jordan. Clinical Biochemistry. 2009; 42: 8-256.
13. Cortez L. The implementation of accreditation in a chemical laboratory. trends in analytical chemistry. 1999; 18(9-10): 43-638.
14. Sekimoto M, etal. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. Infect Control. 2008; 36: 9-212.
15. NAWAL LUTFIYYA M, SIKKA A, MEHTA S, LIPSKY MS. Comparison of US accredited and nonaccredited rural critical access hospitals.

۳۷. میرزازاده ع، توکلی س، یزدانی ک، تاج م. اعتباربخشی: راهکاری برای تضمین و ارتقای کیفیت آموزش پزشکی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۱۳۸۳؛ ۴(۱۲): ۱۰۵-۱۱۶.
38. Brasure M, Stensland J, Wellever A. Quality oversight: why are rural hospitals less likely to be JCAHO accredited? J Rural Health. 2000; 16: 36-324.
39. Zarkin G, Dunlap L, Homsy G. The costs of pursuing accreditation for methadone treatment sites: results from a national study. Eval Rev 2006; 30: 38-119.
40. Rockwell D, Pelletier L, Donnelly W. The cost of accreditation: one hospital's experience. Hosp Community Psychiatry. 1993; 44: 5-151.
41. Mihalik G, Scherer M, Schreter R. The high price of quality: a cost analysis of NCQA accreditation. J Health Care Finance. 2003; 29: 38-47.
42. Amerioun A, Tofighi S, Mamaghani H, MeskarpourAmiri M. Assessment of International Joint Commission (IJC) accreditation standard in a military hospital laboratory. Iranian Journal of Military Medicine. 2011; 13(2): 75-80.
43. Casey M, Klingner J. HMOs serving rural areas: experiences with HMO accreditation and HEDIS reporting. Manag Care Q. 2000; 8: 48-59.
- quality of clinical guidelines. Int J Qual Health Care Inc Leadersh Health Serv. 2005; 18: 8-321.
31. Simons R, Kasic S, Kirkpatrick A et al. Relative importance of designation and accreditation of trauma centers during evolution of a regional trauma system. J Trauma. 2002; 52: 34-827.
32. Dacourt V, Michel P. Results of the first 100 accreditation procedures in France. Int J Qual Health Care. 2003; 15: 71-463.
33. Peterson CA. Management, faculty, and accreditation outcomes: a survey of physical therapy faculty and program directors. J Phys Ther Edu. 2003; 17: 22-31.
۳۴. اعظمی ص، تبریزی ج، عبدالمی ل، دائمی ا. ارزیابی آمادگی بیمارستانهای آموزشی استانهای اردبیل و آذربایجان شرقی برای پیاده سازی اعتباربخشی. اولین همایش دانشجویی حاکمیت بالینی. تبریز، ۱۳۹۱.
35. Frank J, Chapman M. Preparing for accreditation. Techniques in Gastrointestinal Endoscopy. 2011; 13: 33-229.
۳۶. اعظمی ص، تبریزی ج. اعتباربخشی راهکاری برای تضمین کیفیت خدمات در بیمارستان. پنجمین همایش علمی دانشجویان پیراپزشکی کشور، ۱۳۸۹.