طراحی ساختار اجرایی اعتباربخشی بیمارستانها از دیدگاه ذی‌نفعان

نویسندگان: محمد امین بهرامی[۱]، مهسا اکبری[۲]، محمدحسن امامی[۳]، حسین فلاح‌زاده[۴]

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

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

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 دراختیار 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 داده ها توسط صاحبنظران و پایایی آن ازطریق 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 قرارگیرند.

نتیجه گیری: بطور کلی ذی‌نفعانبا 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.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

عملکرد بهینه هر سازمان مستلزم وجود یک سیستم نظارت و پایش مداوم می باشد. 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). بنابراینبهره گیری از استانداردهای بین المللی اعتباربخشی بیمارستانی می تواند نقش موثری ایفا نماید. اولین سازمانی که نخستین باربه 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 حاضرمفاهیم 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، می توان از طریق ارزیابی های مستمر مراکز بهداشتی درمانی و مطالعه نظام های سلامت ملی و بین المللی 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 پیاده سازی این نظام می بایستی به صورت داوطلبانه و توسط یک سازمان خصوصی و مستقل صورت پذیرد(۷).

بنابراین داشتن منابع و زیر ساختهای مناسب از الزامات ضروری برای انجام موفق برنامه ی 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 مسؤلین به تامین مالی و فرهنگ سازی ضروری به نظر می‌رسد. همچنین آموزش مفاهیم و نحوه اجرای اعتباربخشی به افرادی که در پیاده سازی آن نقش دارند بسیار با اهمیت می باشد. 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 بیمارستان ها

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

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

گاها در امتیازی که بیمارستان در ارزیابی وزارت بهداشت کسب می نماید تناقضی آشکار با امتیازهای کسب شده در استانداردهای اعتباربخشی بین المللی وجود دارد، بنابراین توجه بیشتر به استانداردهای مزبور حس می شود (۶). سوزان قلعه باغی در سال ۱۳۸۳مطالعه‌ای با عنوان مطالعه تطبیقی اعتبار بخشی خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور منتخب و ایرانبرای مقایسه اعتبار بخشی 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 اعتبار بخشی در نظام سلامت در کشورهای پیشرفته در موارد اصولی مشابه یکدیگر هستنداما اعتبار بخشی در ایران متفاوت تعریف شده است.

در مجموع مدیران بیمارستان های 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 بیمارستان ها و سازمان‌های خدمات سلامت ایران در حیطه‌های ابزار ارزشیابی (استاندارد نبودن سوالات، وجود ابهام و ذهنی‌بودن آنها)، استاندارد نبودن فرآیند ارزشیابی، استاندارد نبودن فرآیند ارزشیابی، استاندارد 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 سازمان های دخیل در این امر به درستی تعریف نشده و از طراحی مطلوبی برخوردار نیستند، به نظر می آید این نظام بیشتر به سوی خودارزیابی یکطرفه در حرکت می باشد (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 ذی نفعان برای بیمارستان‌های ایران با هدف ارائه ساختاری که بتواند با شرایط فعلی کشور ما سازگار بوده و فاقد مشکلات اجرایی پیشین باشد، انجام‌گرفت.

روش بررسی

مطالعه توصیفی کاربردی حاضر به صورت مقطعی در سال ۹۳-۹۲ با مشارکت ۲۰۰ نفر از ذی نفعان اعتباربخشی در سراسر کشور انجام شده است. جامعه آماری تحقیق شامل مدیران بیمارستان ها، 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 بودکه از میان آنها ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی به عنوان نمونه انتخاب و در مطالعه شرکت نمودند.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

در ابتدا پرسشنامه‌ای به عنوان پرسشنامه اولیه تدوین گردید. جهت طراحی این پرسشنامه، پرسشنامه پژوهشی با عنوان رویکرد ذی نفعان 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، ارزشیابی بیمارستانی و نیز Accreditation Systems, Hospital Accreditation, Hospital Assessment در پایگاه‌های داده‌ای GoogleScholar, 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 آیتم‌هایی 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 آیتم‌های پیشنهادی خود به پرسشنامه اقدام نمودند. سپس آیتم‌های 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 پایایی۹۶/۲ به دست‌آمد 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، 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 واعلام 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 نهایی‌شده به عنوان ابزار نهایی جمع‌آوری داده‌های پژوهش طبق نظر مشاور آمار و مطالعات مشابه در اختیار ۱۲۸ تن دیگر از متخصصین (به ازای هر سوال۸ الی ۱۵ نفر) قرار گرفت.

این متخصصین از جامعه آماری به صورت تصادفی انتخاب شدند. پرسشنامه ها 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 ذی نفعان، در ابتدا فراوانی و درصد هریک از عوامل و سوالات مشخص گردید، سپس میانگین هر یک از عوامل به همراه انحراف‌معیار آنها محاسبه گردید و برای هر سوال به صورت یک جدول کلی به نمایش درآمد. در مورد سوال

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

هایی که می‌بایستی ۱ گزینه انتخاب گردد، گزینه‌ای که بالاترین میانگین با انحراف معیار مناسب را کسب کرده باشد، انتخاب گردید و در مورد سوال هایی که به بیش از ۱ گزینه می‌توان رای داد، تمام گزینه هایی که میانگین آنها از میانگین کل بالاتر بود (با در نظر گرفتن انحراف‌معیار) 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 قرارگیرند. درجدول ۱ اطلاعاتدموگرافیکپاسخدهندگانآوردهشدهاست.

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

از میان جمعیت پاسخ‌دهنده بیشتر افراد۴۷ نفر (۳۶/۶درصد) معتقد بودند که بهتر است اعتباربخشی ابتدا داوطلبانه سپس اجباری باشد و کمترین افراد ۱۲ نفر (۹/۲درصد) به ابتدا اجباری و سپس داوطلبانه بودن رای دادند.

از میان جمعیت پاسخ دهنده بیشتر افراد۵۱ نفر (۴۱/۲درصد) معتقد بودند که بهتر است ارگان اعتباربخشی یک سازمان مستقل غیر دولتی باشد و کمترین افراد ۱۷ نفر (۱۳درصد) نظر بر خصوصی بودن ارگان اعتباربخشی داشتند.

از میان جمعیت پاسخ دهنده بیشتر افراد۸۹ نفر (۷۰/۲درصد) معتقد بودند که بهتر است استانداردهای اعتباربخشی، استانداردهای بین المللی بومی شدهباشد و کمترین افراد ۱۶ نفر (۱۲/۲درصد) رای به استانداردهای ملی داند. درجدول ۲ سازمان مناسب جهت اعتباربخشی مورد بررسی قرار داده شده است.

از میان سازمان‌های مورد نظر ترکیبی از سازمان ها از بالاترین میانگین برخوردار یعنی (۷/۳۵) می‌باشد وانحراف معیار آن (۱۱/۸۶)می باشد. پس از آن JCI دارای بالاترین میانگین(۶/۴۷) و انحراف معیار (۵/۰۷) می‌باشد.در جدول ۳ مواردمورد ارزیابی آورده شده است.کمیت و کارکرد تجهزات/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 سایقه/ (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 می باشد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۱: فراوانی مشخصات دموگرافیک پاسخ دهندگان

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

جدول ۲: سازمان مناسب جهت انجام اعتباربخشی

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

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۳: موارد مورد ارزیابی در اعتباربخشی

	فیزیکی	امکانات	تخصص	رضایت بیمار	تعدادپرسنل	روش های درمانی	بیمارستانهای منطقه	پیگیری بیمار	تعدادتخت	ضریب اشغال	هزینه ها	روابط عمومی	آموزش پرسنلی	نرم افزاری	مدیریت	شرایط احراز	توانمندی منابع	بهبود کیفیت	شاخص بیمارستانی	خطای پزشکی	فرآیندها
۰	۴	۶	۶	۶	۵	۸	۹	۶	۷	۷	۸	۵	۶	۵	۵	۸	۶	۹	۷	۷	۸
۱	۵	۵	۳	۴	۴	۳	۷	۳	۸	۳	۳	۵	۶	۴	۷	۳	۵	۶	۷	۶	۴
۲	۲	۵	۳	۱	۱	۲	۵	۲	۴	۴	۲	۲	۲	۲	۰	۱	۱	۰	۱	۲	۱
۳	۲	۲	۹	۰	۱	۴	۱۴	۰	۵	۴	۵	۲	۹	۴	۲	۱	۰	۱	۱	۱	۰
۴	۰	۰	۴	۱	۷	۴	۱۲	۶	۱۳	۶	۹	۱	۱۰	۷	۰	۵	۰	۲	۰	۰	۱
۵	۱۵	۶	۹	۴	۱۱	۱۳	۱۶	۱۲	۱۵	۱۵	۱۴	۸	۱۲	۱۱	۲	۴	۵	۲	۲	۳	۱
۶	۹	۸	۱۰	۳	۱۲	۱۵	۱۱	۱۲	۱۳	۱۹	۸	۱۲	۱۶	۱۶	۵	۱۲	۶	۲	۷	۱۰	۱۱
۷	۱۹	۱۷	۱۳	۸	۲۲	۱۲	۱۵	۱۸	۱۹	۱۶	۱۴	۱۴	۱۸	۱۷	۱۲	۲۳	۱۵	۱۰	۱۲	۵	۱۰
۸	۲۷	۲۶	۲۵	۱۷	۱۹	۲۶	۱۶	۲۰	۱۶	۱۵	۱۷	۱۹	۱۲	۱۸	۲۱	۲۲	۱۴	۱۵	۱۲	۱۳	۱۱
۹	۱۴	۱۸	۱۳	۱۷	۲۰	۱۴	۷	۲۰	۸	۱۴	۱۶	۱۵	۱۸	۱۴	۱۷	۱۴	۲۳	۱۹	۱۶	۱۹	۳۲
۱۰	۳۰	۲۴	۳۲	۶۶	۲۵	۲۶	۱۵	۲۸	۱۹	۲۴	۲۱	۴۴	۱۸	۲۹	۵۶	۳۴	۵۲	۶۱	۶۲	۶۱	۴۸
جمع	۱۲۳	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۱	۱۲۲	۱۱۹	۱۱۸	۱۲۱	۱۲۰	۱۲۰	۱۱۹	۱۲۲	۱۲۱	۱۲۲	۱۲۲	۱۱۹	۱۲۱	۱۱۸	۱۲۰	۱۲۰	۱۱۹
میانگین	۷/۴۷	۷/۶۷	۷/۳۱	۸/۷۰	۷/۳۸	۷/۲۹	۵/۹۲	۷/۵۱	۶/۹۵	۸/۴۰	۷/۲۶	۷/۹۴	۶/۹۵	۷/۲۰	۸/۳۴	۷/۷۶	۸/۳۶	۸/۵۶	۸/۴۰	۸/۴۰	۸/۴۶
انحراف معیار	۱۰/۶	۱۱/۲۳	۹/۵۴	۱۹/۹۲	۸/۹۰	۸/۹۱	۲/۱۳	۹/۳۱	۵/۴۸	۱۸/۴۱	۸/۴۰	۱۲/۷۹	۵/۵۱	۸/۳۲	۱۵/۹۱	۱۱/۲۸	۱۵/۹۱	۱۸/۴۵	۱۸/۲۱	۱۸/۲۱	۹۹/۱۵

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 کل۶/۰۵ و انحراف معیارکل۹/۲۲ می باشد.

از دیدگاه ذی‌نفعان ارزیابی بر ا ساس یک شاخص و نظام مشخص از بالاترین میانگین (۷/۸۴) و انحراف‌معیار (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 دوره زمانی ۱ ساله با میانگین (۷/۳۴) با انحراف معیار (۱۲/۱۴)، عدم ارزیابی بیمارستان جدیدالاحداث در سال نخست با میانگین (۶/۰۲) و انحراف معیار (۷/۳۵) ، اعتباربخشی تمامی بیمارستان‌ها صرف نظر از درجه و سال تاسیس 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

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

کوتاه تر برای بیمارستان هایی که درجه مورد نظر و مطلوب را کسب ننمایند با میانگین(۷/۰۹) و انحراف معیار (۸/۹۸) و نهایتا آموزش و فرهنگ سازی 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 کل۵/۱۴ و انحراف‌معیارکل ۹/۳۸ می باشد.

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 خبرگان 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 کل۶/۴۲ و انحراف معیارکل ۷/۸۲ می باشد.

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 (۱۴/۳۶) از میانگین بیشتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشند. میانگین کل۸/۰۸ و انحراف معیارکل ۱۵/۶۱ می باشد.

از دیدگاه ذی نفعان بررسی بیمارستان ها 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 بیمارستان ها برای بهبود مداوم کیفیت ارائه خدمات با میانگین (۸/۴۶) و انحراف معیار(۱۶/۴۳)، آموزش به بیمارستان ها با میانگین (۷/۸۱) و انحراف معیار(۱۱/۴۴)و برآورده ساختن خواسته ها و رسیدگی به شکایات بیماران با میانگین(۷/۵۴) و انحراف معیار(۹/۶۲) از میانگین بیشتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشند. میانگین کل۷/۵۳ و انحراف معیارکل ۱۰/۳۳ می باشد.

از دیدگاه ذی‌نفعان تقدیر از بیمارستانهایی که درجه مورد نظر را کسب نموده اند 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 انحراف‌معیار (۱۹/۰۸) ، حمایت مالی برای بیمارستان‌هایی که درجه مورد نظر را کسب نموده اند با میانگین(۸/۰۳) و انحراف معیار (۱۳/۷۵) و برنامه کمکی و آموزشی برای بیمارستان‌های ضعیف با میانگین (۸/۴۲) و انحراف‌معیار (۱۶/۶۹) از میانگین بیشتری نسبت به میانگین کل برخوردار می‌باشند. میانگین کل۷/۸۳ و انحراف معیارکل۱۴/۴۵ می باشد.

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

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

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 معیارکل ۶/۷۸ می باشد.

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 اعتبار بخشی کنونی ایران موافق نیستند و پاسخگویان خواستار تغییر شیوه ارزیابی و اعتبار بخشی فعلی خدمات بهداشتی و درمانی شده‌اند(۱۱).

نتایج تحقیق حاضر نشان دادکمیت و کارکرد تجهزات(امکانات و ملزومات)، رضایتمندی بیماران(مشتری مداری)، رضایتمندی پرسنل، روابط عمومی بیمارستان، فرآیندهای بیمارستان، ویژگی‌های مسئولان واحدها(تحصیلات و سایقه)، 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 اساسشاخص‌های عملکردی مورد بحث، فراهم نماید(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 ازمهمترین موانع اجرای اعتبار بخشی می‌توان به عدم آگاهی وآموزش پرسنل بیمارستانی در کلیه سطوح در مورد اعتبار بخشی، 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 درکلیه سطوح پرسنلی، درگیر کردن مدیران ارشد در اجرای برنامه و تغییر در فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها می‌باشد. اعتبار بخشی شبیه یک آزمون open-book می‌باشد. سازمان‌هایی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

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

مطالعه حاضر نشان داد ذی نفعان سازمان JCI را جهت انجام اعتباربخشی انتخاب نموده‌اند و بیشتر افراد (۷۰/۲درصد) معتقد بودند که بهتر است استانداردهای اعتباربخشی، استانداردهای بین المللی بومی شدهباشد. فرید غریبی و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شاخه بین المللی 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 راه اندازی 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 (۴۱/۲درصد) 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 هرجا دولت‌ها نسبت به تدوین استانداردهای بومی اقدام کرده ولی اجرای آن را به سازمانهای مستقل واگذارکرده‌اند اعتباربخشی موفق بوده است. وجود انگیزه‌های مالی به طورغیرمستقیم درپذیرش 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 غیردولتی‌بودنِ سازمان متولیِ اعتباربخشی و اختیاری‌بودنِ 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 سنتِ غیردولتی و اختیاری‌بودنِ ساختارهای اعتباربخشی در کشورهای پیش‌روِ این مفهوم، برخی ساختارها که بر مبنای الگوی اعتباربخشی در کشورهایی مانند 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) ؟تقریبا تمام اعتباربخشی‌های صورت گرفته به صورت داوطلبانه و با هدف ارتقای کیفیت بوده است(۱۷).

در پژوهش حاضر نیز بیشتر ذی‌نفعان (۳۶/۶درصد) 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 درحالی است که دوره زمانی اعتباربخشی در آمریکا و کانادا ۳ ساله، در فرانسه ۵ ساله و انگلستان ۱ الی ۳ ساله می‌باشد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

از دیدگاه ذی‌نفعان ترکیب تیم ارزیابی می‌بایستی مدیر بیمارستان، پزشک عمومی، پرستار، کارشناس اعتبار بخشی، 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 درارزیابی 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 بخش ترین روش های تضمین و ارتقای کیفیت خدمات در بیمارستان می‌باشد (۱۵).

یافته‌های این مطالعه نشان داد بررسی بیمارستان ها به جهت رعایت استانداردها، بررسی عملکرد بیمارستان به لحاظ انطباق با کلیه الزامات با میانگین، کمک به بیمارستان ها برای بهبود مداوم کیفیت ارائه خدمات با میانگین، آموزش به بیمارستان ها و برآورده ساختن خواسته ها و رسیدگی به شکایات بیماران از اهداف اعتباربخشی می‌باشد.

نهایتا از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به جمع‌آوری مشکل داده ها 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.

جدول۴: 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 پیرا پزشک و یک مدیر فعالیت می کنند. بررسی کنندگان شامل حداقل یک حرفه تخصصی باشند که در همان نوع سازمان مراقبت از سلامت مورد بررسی کار می کنند یکی از اعضای تیم بررسی کننده به عنوان هماهنگ کننده عمل می کند.
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.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

درجدول ۵ساختارنهایی اعتباربخشی ازدیدگاه ذینفعان آورده شده است.

جدول ۵: ساختار نهایی اعتباربخشی از دیدگاه ذی‌نفعان

ترکیب تیم ارزیابی	ویژگی ارزیابان	هدف	روش های اعتباربخشی	اقدامات پس از اعتباربخشی	دوره زمانی بازنگری استانداردهای	دریافت هزینه	آموزش	اعتباربخشی بومی
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 ۲.هر بخش و واحد را کارشناسان و خبرگان آن رشته ارزیابی نماید. ۳. در تیم ارزیابی از ارزیابان بومی آن شهر نیز استفاده شود.	۱.داشتن سابقه ارزیابیو کاری در بیمارستان ۲.تحصیلات مرتبط ۳.گذراندن دوره های تربیت ارزیاب ۴.گذراندن دوره های مدیریت و بهبود کیفیت	۱.بررسی بیمارستان ها به جهت رعایت استانداردها 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.برآورده ساختن خواسته ها و رسیدگی به شکایات بیماران	خود ارزیابی که ارزیابی خارجی را به دنبال داشته باشد.	۱.تقدیر از بیمارستانهایی که درجه مورد نظر راکسب نموده اند. ۲.تقدیر از پرسنلی کهبخش آنها امتیاز موردنظر را کسب نموده اند. ۳.حمایت مالی برای بیمارستانهایی که درجه مورد نظر را کسب نموده اند. ۴.برنامه کمکی و آموزشیبرای بیمارستان های ضعیف.	۱.در سال های اولیهپیاده سازی اعتباربخشی، به صورتسالانه و پس از آن هر چند سال یکبار ۲. بر حسب موارد ارزیابی ومقتضیات خاص باید به صورتپویا بازنگری شود و نباید زمان مشخص نمود.	خیر	بله	خیر
- اضافه نمودن نمایندگان جامعه و گروه های مصرف کننده به تیم ارزیابی با انحراف معیار پایین، اختلاف اندکی با میانگین کل دارد. - مورد ۲ و۳از از انحراف معیار بالایی برخورداراست	مورد ۳از انحراف معیار بالایی برخورداراست.	مورد ۱، ۳و۴ از انحراف معیار بالایی برخوردار است.	ارزیابی براساس یک نظام مشخص با اختلاف اندکی ازمیانگینی بالاتری برخوردارمی باشد اما به علت انحراف معیار بالا گزینه مذبور انتخاب گردید.	تعیین تعرفه بیمه با انحراف معیار پایین، اختلاف اندکی با میانگین کل دارد. مورد ۱، ۲ و ۴ از انحراف معیار بالاییرخورداراست.				

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

دوره زمانی	بازخورد و اعلام نتایج	موارد مورد ارزیابی	سازمان	استاندارد	ارگان	نحوه انجام
۱.بیمارستان ها سالی یکبار اعتباربخشی شوند ۲.بیمارستان های جدیدالاحداث در سالاول اعتباربخشی نشوند. ۳.تمامی بیمارستان ها صرف نظر از درجهو سال تاسیس آن به صورت ادواری اعتباربخشی شوند. ۴.بیمارستان هایی که برای چند دوره درجه مورد نظر و مطلوب را کسب نمایند، در فواصل زمانی طولانی تری ارزیابی شوند. ۵.بیمارستان هایی که درجه مورد نظر ومطلوب را کسب ننمایند، در فواصل زمانیکوتاه تری ارزیابی شوند. ۶. در چند سال اول فقط آموزش و فرهنگ سازی و پس از آناعتباربخشی صورت گیرد.	نتیجه درجه ارزیابی همه بیمارستان ها به عموم اعلام شود.	۱. کمیت و کارکرد تجهزات(امکانات و ملزومات) ۲. رضایتمندی بیماران(مشتری مداری) ۳. رضایتمندی پرسنل ۴. روابط عمومی بیمارستان ۵. نحوه مدیریت و سازماندهی ۶. ویژگی های مسئولان واحدها (تحصیلات و سابقه) ۷. مدیریت و توانمند سازی منابع انسانی ۸. بهبود کیفیت ۹. شاخص های بیمارستانی(کنترل عفونت، مرگ ومیرو...) ۱۰. خطاهای پزشکی ۱۱. فرآیندهای بیمارستان	کمیسیون مشترک بین المللی(JCI)	استانداردهای بین المللی بومی	مستقل غیر دولتی	ابتدا داوطلبانه سپس اجباری
		مورد ۲ از انحراف معیار بالایی برخورداراست.	این مورد از انحراف معیار بالایی برخورداراست.	مورد ۲ و۶ از انحراف معیار کمتری نسبت به سایرین برخوردار بودند.	ترکیبی از سازمان هابا اختلاف اندکی از میانگین بالاتری برخوردارمی باشد اما به علت انحراف معیار بالا JCI انتخاب گردید.	

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

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 (4 October 2012).

3- Anonymous. Joint Commission International Accredititation 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 (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.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

10-.GHale baghi S.Comparativestudyaccreditationhealth servicesinsome selected countriesand Iran. J Hospital 2004; 5(7,8): 29-33.

11- Safdari R, Mehdani Z. Health services Accreditation Standards for Imformation 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. Barriersand potential solutions forim plementing the accreditation of hospitals,medical universities of Tabrizand Ardebil, Iran from the perspective of top managers: A qualitativestudy. Tabtiz University of medical sciences congress; 2012; Iran.

14- GHaribi F, Sadegh tabrizi J, Ramezani M. NationalModel forAccreditationofHospitalSpecialtyClinic. Tabtiz University Of Medical Sciences Congress; 2012; Iran.

15- SHirdel A, Aghdash S.Accreditation isa mechanism toa quality assurancehospitalservices. Tabtiz university of medical sciences congress; 2012; Iran.

16-Tavakoli S, Mirzazadeh A, Rad SH. Nongovernmentaland VoluntaryAccreditation?. Journal of Medical Education 2001; 2(0): 54-4.

17- Aghdash S, Sadegh tabrizi J, Rashidian A.The relation ship between accreditation and qualityimprovementstudies inthe world. Tabtiz University Of Medical Sciences Congress; 2012; Iran.

18- (Source: Nandraj S, Khot A, Menon S, Brugha R. A stakeholder approach towards hospital accreditation inIndia. Health policy plan 2001; 16(2): 70-9.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]

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

Bahrami M (PhD)[1],Akbari M (MSc)[2], Emami M (PhD)[3], Falahzadeh H (PhD)[4]

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 date 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

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-08]