

تأثیر اعتباربخشی بر عملکرد اورژانس بیمارستان‌ها

ابوالقاسم پوررضا^۱، علی محمد مصدق راد^۲، پارسا زلیکانی^{۳*}

• دریافت مقاله: ۹۶/۳/۲۷

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۶/۷/۲۹

• پذیرش مقاله: ۹۶/۷/۳۰



چکیده

مقدمه: اعتباربخشی بیمارستانی به عنوان یکی از روش‌های ارزشیابی رسمی و سیستمی خارجی بیمارستان‌ها نقش بسزایی در بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌ها دارد. هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر رعایت استانداردهای اعتباربخشی بر شاخص‌های عملکردی اورژانس بیمارستان‌های شهر ساری بود.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی در بخش اورژانس ۸ بیمارستان شهر ساری انجام شد. اطلاعات مرتبط با امتیاز اعتباربخشی و پنج شاخص عملکردی میانگین مدت زمان تریاژ، درصد احیای قلبی ریوی ناموفق، درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت، درصد بیماران بستری موقت خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت و درصد ترک بیماران از اورژانس با مسئولیت شخصی در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌ها در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ به ترتیب ۷۶ و ۶۲/۲ درصد بود. تفاوت میانگین امتیازات شاخص‌های عملکردی اورژانس بیمارستان‌ها در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ از نظر آماری معنادار نبود. رابطه آماری معناداری بین رعایت استانداردهای اعتباربخشی اورژانس و پنج شاخص عملکردی این بخش در بیمارستان‌ها به دست نیامد.

بحث و نتیجه‌گیری: رعایت استانداردهای اعتباربخشی منجر به بهبود شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان‌های شهر ساری نشد؛ بنابراین ارتقای سیستم اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌ها شامل استانداردها، روش و ارزیابان اعتباربخشی و تعهد مدیران بیمارستان‌ها برای استفاده از سیستم‌های مدیریت کیفیت به منظور بهبود شاخص‌های عملکردی ضروری است.

واژگان کلیدی: استاندارد، اعتباربخشی، بخش اورژانس، شاخص‌های عملکردی، بیمارستان

ارجاع: پوررضا ابوالقاسم، مصدق راد علی محمد، زلیکانی پارسا. تأثیر اعتباربخشی بر عملکرد اورژانس بیمارستان‌ها. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۶؛ ۳(۳): ۲۹۵-۲۷۷.

۱. استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۲. دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۳. کارشناس ارشد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- * نویسنده مسئول: تهران، میدان انقلاب، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت

Email: parsazoleikani@yahoo.com

تلفن: ۰۲۱-۴۲۹۳۳۰۰۶

مقدمه

بیمارستان‌ها با هدف ارتقای سلامتی جامعه از طریق ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی تأسیس شدند (۱). بیماران از بیمارستان‌ها انتظار دریافت خدمات ایمن، با کیفیت و اثربخش را دارند (۲). با توجه به ماهیت تخصصی خدمات بیمارستانی و دانش پایین بیماران در این زمینه، دولت باید مکانیزمی برای ارتقای خدمات بیمارستانی به کار گیرد. نظارت، ارزشیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها از جمله وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت است تا با ارائه بازخوردهای لازم در مورد عملکرد بیمارستان‌ها، زمینه بهبود کیفیت، ایمنی و بهره‌وری بیمارستان‌ها فراهم شود (۳).

اعتباربخشی بیمارستانی «فرایند ارزشیابی سیستماتیک و تعیین اعتبار بیمارستان توسط یک سازمان خارجی با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرایندی و پیامدی است» (۴). استانداردهای مطلوب سیستم اعتباربخشی نسبت به استانداردهای حداقلی سیستم ارزشیابی، بهتر بیانگر کیفیت خدمات بیمارستانی هستند. ارزیابان اعتباربخشی از طریق مشاهده، مصاحبه و بررسی دقیق تأسیسات، تسهیلات، تجهیزات، مستندات و فرایندهای کاری میزان انطباق فعالیت‌های بیمارستان را با استانداردهای مطلوب اعتباربخشی ارزشیابی می‌کنند. در نهایت، بر اساس نتایج حاصل از ارزشیابی اعتباربخشی نسبت به اعطاء یا عدم اعطای گواهی اعتبار به بیمارستان تصمیم گرفته می‌شود (۳).

هدف برنامه‌های اعتباربخشی، ارزشیابی ساختارها، فرایندها و نتایج بیمارستان‌ها و شناسایی مشکلات برای به کارگیری اقدامات اصلاحی به منظور بهبود مستمر کیفیت خدمات و ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها است. هدف از اعتباربخشی بیمارستان‌ها اطمینان دادن

به جامعه در زمینه کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستان‌های دارای گواهی اعتباربخشی است. رویکرد ارزشیابی بیمارستان‌ها در اعتباربخشی بیشتر از منظر بیمار است. بنابراین، متخصصان مجرب متعددی به ارزشیابی بیمارستان به صورت حرفه‌ای می‌پردازند تا در نهایت با تأیید بیمارستان، به بیماران اطمینان دهند که بیمارستان مذکور استانداردهای کیفیتی را رعایت می‌کند. بیماران با مشاهده درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها از میزان کیفیت خدمات آن اطلاع حاصل کرده و در زمینه دریافت خدمات بیمارستانی می‌توانند تصمیم آگاهانه بگیرند. بنابراین، بسیاری از بیمارستان‌ها به ویژه در کشورهای دارای برنامه اعتباربخشی اختیاری، برای متمایزسازی خود نسبت به سایر بیمارستان‌ها، سراغ اعتباربخشی می‌روند. اعتباربخشی ابزار بازاریابی خوبی برای آن‌ها تلقی می‌شود. همچنین، شرکت‌های بیمه‌ای در این کشورها ترجیح می‌دهند تا با بیمارستان‌های دارای گواهی اعتباربخشی قرارداد همکاری داشته باشند (۵). برنامه‌های اعتباربخشی همواره با اشتیاق و تردید همراه بوده است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که اعتباربخشی منجر به تقویت ظرفیت بیمارستان‌ها (۶)، توسعه مدیریت، رهبری و فرهنگ سازمانی (۷)، تسهیل ارتباطات درون و برون سازمانی (۸)، توسعه یادگیری فردی و سازمانی (۹)، افزایش رضایت ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (۱۰)، تدوین و اجرای خط‌مشی‌ها و پروتکل‌های مبتنی بر شواهد بالینی (۱۱)، بهبود فرایندهای مراقبتی (۱۲)، بهبود کیفیت خدمات سلامت (۱۵-۱۳)، کاهش خطاهای پزشکی (۷)، افزایش ایمنی بیماران (۱۶، ۱۷)، ارائه خدمات مناسب و اثربخش به بیماران (۱۸، ۱۹)، رضایت

بیماران (۲۰) و بهبود عملکرد بیمارستان (۲۱،۲۲) می‌شود.

با این وجود، اجرای استانداردهای اعتباربخشی با چالش‌های زیادی مواجه است. برخی از این موانع و چالش‌ها عبارت‌اند از افزایش بار کاری کارکنان (۲۳)، مقاومت کارکنان به‌ویژه پزشکان در برابر تغییر (۲۴)، ایجاد استرس در کارکنان به دلیل سختی کار (۱۲)، هزینه بالای اجرای اعتباربخشی (۲۵،۲۶)، ترویج بوروکراسی اداری (۲۶،۲۷)، زمان‌بر بودن اجرای استانداردها (۲۵، ۲۸) و عدم اندازه‌گیری نتایج عملکردی (۲۷). در نتیجه، مطالعاتی هم‌رابطه‌ای بین اعتباربخشی و بهبود کیفیت خدمات و رضایت بیماران نشان ندادند (۲۹-۳۱).

سابقه اعتباربخشی به سال ۱۹۱۳ میلادی برمی‌گردد که Ernest Amory Codman، یک جراح آمریکایی، استانداردهایی برای ارزشیابی خدمات جراحی بیمارستان‌ها منتشر کرد. در سال ۱۹۱۷ میلادی انجمن جراحان آمریکا برای اولین بار با استفاده از استانداردها به ارزشیابی ۶۹۲ بیمارستان پرداخت که تنها ۸۹ بیمارستان استانداردهای مربوطه را رعایت کرده بودند. کمیسیون مشترک اعتباربخشی بیمارستان‌ها در آمریکا در سال ۱۹۵۱ میلادی تأسیس شد. این مؤسسه، قدیمی‌ترین سازمان اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی محسوب می‌شود. سپس، مؤسسات اعتباربخشی کانادا و استرالیا در سال‌های ۱۹۵۸ و ۱۹۷۳ میلادی تأسیس شدند (۳۲).

اگرچه سابقه ارزشیابی بیمارستان‌ها در ایران به سال ۱۳۴۱ شمسی برمی‌گردد (۲۴) ولیکن، برنامه اعتباربخشی بیمارستان‌ها در کشور از سال ۱۳۸۹ توسط وزارت بهداشت به بیمارستان‌های کشور ابلاغ

شد. اولین دوره اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور در بازه زمانی ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ با استفاده از ۸۱۰۴ سنجه مرتبط با ۳۷ بخش بیمارستان انجام شد. تعداد زیاد سنجه‌های اعتباربخشی موجب نارضایتی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها شد (۳، ۳۳). در نتیجه، در سال ۱۳۹۳ تعداد استانداردهای اعتباربخشی به ۳۶ بخش و ۲۱۵۷ سنجه کاهش یافت. دور دوم اعتباربخشی بیمارستان‌ها در بازه زمانی ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ انجام شد (۳۳).

توسعه علم و تکنولوژی همان‌طور که زندگی انسان‌ها را آسان‌تر کرده است، آن‌ها را در معرض مخاطرات زیادی هم قرار داده است. بنابراین، بخش اورژانس بیمارستان‌ها، نقش مهمی در نجات جان انسان‌ها در موقع بروز حوادث و سوانح بر عهده دارد. بخش اورژانس وظیفه درمان سریع بیماران اورژانسی و مصدومین حوادث و سوانح را بر عهده دارد. بنابراین، بیمارستان باید دارای یک بخش اورژانس و سوانح با کادر نیروی انسانی، تسهیلات و تجهیزات لازم برای ارائه خدمات شبانه‌روزی به بیماران باشد. بیشترین احتمال مرگ‌ومیر بیماران در بخش اورژانس بیمارستان وجود دارد (۳۴). بنابراین، این بخش همواره مورد توجه مدیران و سیاست‌گذاران بخش سلامت و مردم است.

با توجه به اهمیت بخش اورژانس بیمارستان‌ها، ارزشیابی و اعتباربخشی این بخش هم از اهمیت بالایی برخوردار است. تعداد سنجه‌های اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌ها در دور اول و دوم اعتباربخشی ۳۰۹ و ۶۶ سنجه بود. سنجه‌ها حوزه‌های مدیریت و سازماندهی، آموزش و توانمندسازی کارکنان، خط‌مشی‌ها و روش‌های کاری، پذیرش و

ارزیابی بیمار، مراقبت مستمر از بیمار، دستورات دارویی، آموزش بیمار و همراهان، پرونده پزشکی بیمار، خدمات پشتیبانی بخش‌های پاراکلینیک، فضای فیزیکی و امکانات بخش، ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها را پوشش می‌داد (۳۵).

برنامه اعتباربخشی می‌تواند با ارزشیابی ساختارها، فرایندها و نتایج بخش اورژانس بیمارستان‌ها و شناسایی مشکلات، اطلاعات مفیدی را در اختیار مدیران و کارکنان این بخش قرار دهد تا با به کارگیری اصلاحات لازم، عملکرد این بخش را ارتقاء دهند. البته، برای این منظور، سیستم اعتباربخشی باید از اثربخشی و سودمندی لازم برخوردار باشد. به‌طور کلی، برای ارزشیابی اثربخشی سیستم اعتباربخشی از دو روش نظرسنجی از کارکنان بیمارستان‌ها یا بررسی شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها استفاده می‌شود (۳۳). در بیشتر مطالعات انجام شده از نظرات کارکنان بیمارستان‌ها برای ارزشیابی اثربخشی سیستم اعتباربخشی در بهبود عملکرد بیمارستان‌ها استفاده شد (۳۸-۳۶، ۱۷) که به دلیل ذهنی بودن نظرات افراد از اعتبار کمتری نسبت به روش دوم برخوردار است. تاکنون، پژوهشی در کشور به بررسی اثربخشی استانداردهای اعتباربخشی اورژانس بیمارستان‌ها و ارتباط آن با شاخص‌های عملکردی این بخش نپرداخته است. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر رعایت استانداردهای اعتباربخشی بر شاخص‌های عملکردی اورژانس بیمارستان‌های شهر ساری انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش توصیفی-تحلیلی به‌صورت مقطعی در نیمه اول سال ۱۳۹۴ در بخش اورژانس کلیه

بیمارستان‌های شهر ساری شامل چهار بیمارستان دولتی، سه بیمارستان خصوصی و یک بیمارستان تأمین اجتماعی انجام شد. امتیاز اعتباربخشی و اطلاعات مرتبط با شاخص‌های عملکردی اورژانس بیمارستان‌ها در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مازندران و خود بیمارستان‌ها دریافت شد. شاخص‌های عملکردی اورژانس شامل پنج شاخص میانگین مدت زمان تریاژ در ۵ سطح از نظر شدت بیماری یا آسیب، درصد احیای قلبی ریوی ناموفق، درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت، درصد بیماران بستری موقت خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت و درصد ترک بیماران از اورژانس با مسئولیت شخصی بود.

شاخص میانگین مدت زمان تریاژ بیمار بیانگر میانگین مدت زمان بین تریاژ اولیه بیمار توسط پرستار و ویزیت اولیه پزشک بر اساس سطح تریاژ بیمار است. سطح یک تریاژ نشان دهنده وضعیت اورژانسی بیمار است. با رفتن به سطح ۵ تریاژ، وخامت حال بیمار کاهش یافته و بیمار دارای وضعیت مناسب‌تری نسبت به سطوح قبل می‌باشد. شاخص درصد احیای قلبی ریوی ناموفق، نسبت احیای قلبی ریوی ناموفق در اورژانس به کل احیای قلبی ریوی‌های انجام شده در یک دوره زمانی است. شاخص درصد بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت، نسبت بیماران بستری موقت بخش اورژانس که ظرف مدت ۶ ساعت تعیین تکلیف شدند را به کل بیماران بستری موقت بخش اورژانس در یک دوره معین نشان می‌دهد. بیمار بستری موقت، بیماری است که پس از ویزیت اولیه توسط پزشک، برای انجام اقدامات تشخیصی و درمانی نیاز به اقامت در اورژانس دارد. شاخص درصد بیماران

خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت، نسبت بیماران بستری موقت اورژانس که ظرف مدت ۱۲ ساعت از بدو ورود، علاوه بر تعیین تکلیف از سوی پزشک اورژانس، از بخش اورژانس به صورت فیزیکی خارج شدند را به کل بیماران بستری موقت اورژانس در یک دوره زمانی معین اندازه می‌گیرد. شاخص ترک بیماران از اورژانس با مسئولیت شخصی، نسبت تعداد بیماران بستری موقت که با مسئولیت شخصی و علی‌رغم توصیه پزشک، بخش اورژانس را ترک کردند، را به کل بیماران بستری موقت اورژانس نشان می‌دهد (۳۴). اطلاعات موردنظر با استفاده از پرونده بیماران و دفاتری که در بخش اورژانس به این منظور وجود دارند، قابل استخراج بود. این شاخص‌ها هر ماهه محاسبه و به معاونت درمان دانشگاه گزارش می‌شوند. امتیاز اعتباربخشی هم یک عدد بین صفر و ۱۰۰ می‌باشد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. برای آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و برای آمار تحلیلی از آزمون‌های همبستگی پیرسون، اسپیرمن، تی زوج، ANOVA و رگرسیون استفاده شد. کلیه ملاحظات

اخلاقی در این پژوهش رعایت شد. حفظ محرمانگی اطلاعات و بی‌طرفی پژوهشگران در تمامی مراحل مطالعه از جمع‌آوری تا تحلیل داده‌ها رعایت شد.

یافته‌ها

در سال ۱۳۹۲ حدود ۷۴ درصد بیماران اورژانسی بیمارستان‌های شهر ساری تریاژ شده بودند (حداقل ۲۷/۲ و حداکثر ۹۹/۹ درصد). میانگین مدت زمان تریاژ بیماران اورژانسی در سطوح یک تا پنج تریاژ اورژانس به ترتیب برابر با ۰/۲، ۲/۸، ۵/۱، ۱۱/۱ و ۱۴/۳ دقیقه بود. شاخص درصد احیای قلبی ریوی ناموفق حدود ۵۶ درصد بود (حداقل ۴۲ و حداکثر ۸۵ درصد). حدود ۹۶/۶ درصد بیماران اورژانسی در کمتر از شش ساعت تعیین تکلیف شدند (حداقل ۷۷ و حداکثر ۱۰۰ درصد). حدود ۹۰ درصد بیماران از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت خارج شدند (حداقل ۷۴ و حداکثر ۱۰۰ درصد). حدود پنج درصد بیماران، بخش اورژانس را با مسئولیت شخصی ترک کردند (حداقل ۲/۳ و حداکثر ۱۳/۹ درصد). میانگین امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌ها ۷۶ درصد (حداقل ۵۶ و حداکثر ۸۶ درصد) بود (جدول ۱).

جدول ۱: شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان‌های شهرستان ساری در سال ۱۳۹۲

بیمارستان	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	کل
بیماران تریاژ شده (درصد)	۸۹/۲	۹۵/۷	۷۸	۲۷/۲	۸۳/۴	۵۰/۷	۹۹/۹	۶۷/۴	۷۳/۹
زمان تریاژ در سطح ۱ (دقیقه)	۰/۹	۰	۰	۰/۲	۰	۰/۳	۰	۰/۵	۰/۲
زمان تریاژ در سطح ۲ (دقیقه)	۱/۹	۲/۱	۴/۵	۰/۲	۸	۲/۴	۱/۴	۲/۲	۲/۸
زمان تریاژ در سطح ۳ (دقیقه)	۲/۹	۵/۲	۱۰	۰/۹	۱۱	۳/۷	۳/۵	۲/۹	۵/۱
زمان تریاژ در سطح ۴ (دقیقه)	۴/۴	۱۱/۸	۲۹/۸	۱	۱۷	۴/۴	۳/۹	۱۵/۹	۱۱/۱
زمان تریاژ در سطح ۵ (دقیقه)	۵/۷	۱۵/۷	۳۹/۲	۱/۱	۱۸/۵	۴/۳	۴/۳	۲۶/۱	۱۴/۳
احیای قلبی ریوی ناموفق (درصد)	۵۲	۴۹	۴۳	۵۰	۸۵	۶۰	۷۰	۴۲	۵۶/۴
بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت (درصد)	۷۷	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۶	۹۶/۶
بیماران خارج شده از اورژانس ظرف ۱۲ ساعت (درصد)	۷۴	۷۵	۸۴	۹۶	۱۰۰	۹۷	۹۳	۱۰۰	۸۹/۹
ترک بخش اورژانس با مسئولیت شخصی (درصد)	۳/۷	۲/۳	۷/۸	۳/۸	۲/۵	۲/۹	۲/۷	۱۳/۹	۴/۹
امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس (درصد)	۸۶	۸۵	۸۳	۷۵	۵۶	۸۶	۵۷	۸۰	۷۶

درصد). حدود ۹۰/۲ درصد بیماران از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت خارج شدند (حداقل ۷۲ و حداکثر ۱۰۰ درصد). حدود ۵/۶ درصد بیماران با مسئولیت شخصی خود اورژانس بیمارستان‌ها را ترک کردند (حداقل ۱/۹ و حداکثر ۱۸/۸ درصد). در نهایت، میانگین امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌ها ۶۲/۲ درصد (حداقل ۴۳ و حداکثر ۷۷ درصد) بود (جدول ۲).

در سال ۱۳۹۳ حدود ۷۰ درصد بیماران اورژانسی تریاژ شدند (حداقل ۱۷/۱ و حداکثر ۱۰۰ درصد). میانگین مدت زمان تریاژ در سطوح یک تا پنج تریاژ اورژانس به ترتیب برابر با ۰/۲، ۲/۱، ۴/۱، ۶/۸ و ۸/۹ دقیقه بود. شاخص درصد احیای قلبی ریوی ناموفق برابر با ۶۷/۱ درصد بود (حداقل ۵۲ و حداکثر ۱۰۰ درصد). حدود ۹۸/۳ درصد بیماران اورژانسی در کمتر از شش ساعت تعیین تکلیف شدند (حداقل ۹۷/۴ و حداکثر ۱۰۰

جدول ۲: شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان‌های شهرستان ساری در سال ۱۳۹۳

بیمارستان	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	کل
بیماران تریاژ شده (درصد)	۹۶/۴	۹۵/۲	۷۵/۸	۱۷/۱	۱۰۰	۵۵/۴	۴۹/۳	۷۰/۶	۶۹/۹
زمان تریاژ در سطح ۱ (دقیقه)	۰/۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰/۲
زمان تریاژ در سطح ۲ (دقیقه)	۱/۷	۱/۵	۴/۳	۰/۱	۲/۸	۲/۴	۰/۸۶	۲/۶	۲/۱
زمان تریاژ در سطح ۳ (دقیقه)	۳/۱	۳/۸	۹/۳	۱	۵/۲	۳/۲	۳/۳۶	۳/۷	۴/۱
زمان تریاژ در سطح ۴ (دقیقه)	۴/۷	۱۰/۴	۱۷/۳	۱	۶/۹	۳/۶	۳/۸۹	۶/۷	۶/۸
زمان تریاژ در سطح ۵ (دقیقه)	۷/۱	۱۳/۵	۲۳	۱	۸/۱	۳/۶	۳/۶۹	۱۱/۵	۸/۹
احیای قلبی ریوی ناموفق (درصد)	۵۲	۶۴	۵۷	۱۰۰	۶۷	۷۷	۶۶	۵۴	۶۷/۱
بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت (درصد)	۸۹/۴	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۷/۴	۹۸/۳
بیماران خارج شده از اورژانس ظرف ۱۲ ساعت (درصد)	۸۸	۷۶	۷۲	۹۴	۹۷	۱۰۰	۹۵	۱۰۰	۹۰/۲
ترک بخش اورژانس با مسئولیت شخصی (درصد)	۶/۳	۱/۹	۳/۷	۴/۴	۲/۹	۲/۱۷	۴/۳	۱۸/۸	۵/۶
امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس (درصد)	۷۱	۴۳	۶۵	۵۳	۷۷	۶۸	۵۰	۷۱	۶۲/۲

۸۲، ۹۷ و ۱۰۰ درصد بود. این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/112$ و $df=2$ و $F=3/508$). شاخص ترک بخش اورژانس با مسئولیت شخصی بیمار در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی به ترتیب برابر با ۴، ۳ و ۱۴ درصد بود. این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($P=0/009$ و $df=2$ و $F=13/973$). میانگین امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی به ترتیب حدود ۸۲ و ۶۶ و ۸۰ درصد بود. این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/269$ و $df=2$ و $F=1/726$).

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، در سال ۱۳۹۲ شاخص درصد احیای قلبی ریوی ناموفق در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی به ترتیب حدود ۴۸، ۷۲ و ۴۲ درصد بود. این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($P=0/028$ و $df=2$ و $F=7/992$). شاخص تعیین تکلیف زیر ۶ ساعت بیمار در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی به ترتیب حدود ۹۴، ۱۰۰ و ۹۶ درصد بود. این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/714$ و $df=2$ و $F=0/360$). شاخص درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی به ترتیب حدود

جدول ۳: شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان‌های ساری در سال ۱۳۹۲ به تفکیک نوع مالکیت بیمارستان‌ها

شاخص‌های عملکردی	بیمارستان‌های دولتی	بیمارستان‌های خصوصی	بیمارستان تأمین اجتماعی	کل بیمارستان‌ها
انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
بیماران تریاژ شده (درصد)	۷۲/۵ $\pm$ ۳۱/۱	۷۷/۹ $\pm$ ۲۵/۱	۶۷/۴	۷۳/۹ $\pm$ ۲۴/۶
زمان تریاژ در سطح ۱ (دقیقه)	۰/۳ $\pm$ ۰/۴	۰/۱ $\pm$ ۰/۱	۰/۵	۰/۲ $\pm$ ۰/۳
زمان تریاژ در سطح ۲ (دقیقه)	۲/۲ $\pm$ ۱/۸	۳/۹ $\pm$ ۳/۵	۲/۲	۲/۸ $\pm$ ۲/۴
زمان تریاژ در سطح ۳ (دقیقه)	۴/۷ $\pm$ ۳/۹	۶/۱ $\pm$ ۴/۳	۲/۹	۵/۱ $\pm$ ۳/۶
زمان تریاژ در سطح ۴ (دقیقه)	۱۱/۸ $\pm$ ۱۲/۸	۸/۵ $\pm$ ۷/۴	۱۵/۹	۱۱/۱ $\pm$ ۹/۷
زمان تریاژ در سطح ۵ (دقیقه)	۱۵/۴ $\pm$ ۱۶/۹	۹/۱ $\pm$ ۸/۲	۲۶	۱۴/۳ $\pm$ ۱۳/۲
احیای قلبی ریوی ناموفق (درصد)	۴۸/۵ $\pm$ ۳/۹	۷۱/۷ $\pm$ ۱۲/۵	۴۲	۵۶/۴ $\pm$ ۱۴/۷
بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت (درصد)	۹۴/۲ $\pm$ ۱۱/۵	۱۰۰ $\pm$ ۰	۹۶	۹۶/۶ $\pm$ ۸/۱
بیماران خارج شده از اورژانس ظرف ۱۲ ساعت (درصد)	۸۲/۲ $\pm$ ۱۰/۲	۹۶/۷ $\pm$ ۳/۵	۱۰۰	۸۹/۹ $\pm$ ۱۰/۷
ترک بخش اورژانس با مسئولیت شخصی (درصد)	۴/۴ $\pm$ ۲/۴	۲/۷ $\pm$ ۰/۲	۱۳/۸	۴/۹ $\pm$ ۴/۱
امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس (درصد)	۸۲/۲ $\pm$ ۴/۹	۶۶/۳ $\pm$ ۱۷/۱	۸۰	۷۶ $\pm$ ۱۲/۶

بیمار در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی به ترتیب ۹۷، ۱۰۰ و ۹۷ درصد بود. این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/697$ و $df=2$ و $F=0/388$). شاخص درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی به

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، در سال ۱۳۹۳ شاخص درصد احیای قلبی ریوی ناموفق در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی به ترتیب حدود ۶۸، ۷۰ و ۵۴ درصد بود. این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/728$ و $df=2$ و $F=0/339$). شاخص تعیین تکلیف زیر ۶ ساعت

معنادار بود ($P = 0/001$ و $df=2$ و $F=60/261$). میانگین امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی به ترتیب حدود ۵۸ و ۶۵ و ۷۱ درصد بود. این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($P = 0/630$ و $df=2$ و $F=0/507$).

ترتیب حدود ۸۲، ۹۷ و ۱۰۰ درصد بود (نمودار ۱). این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($P = 0/103$ و $df=2$ و $F=3/707$). شاخص ترک بیمار از بخش اورژانس با مسئولیت شخصی در بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و تأمین اجتماعی به ترتیب برابر با ۳، ۴ و ۱۹ درصد بود. این اختلاف از نظر آماری

جدول ۴: شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان‌های ساری در سال ۱۳۹۳ به تفکیک نوع مالکیت بیمارستان‌ها

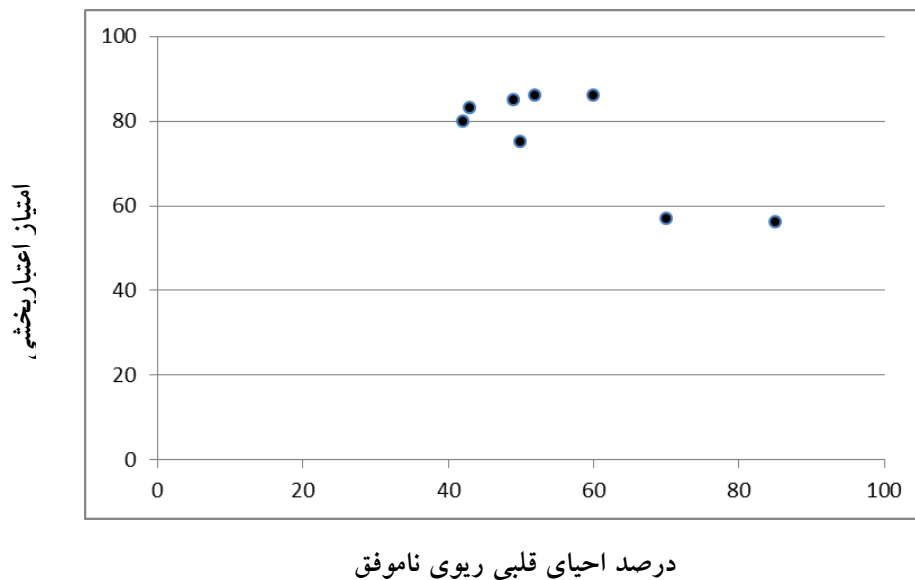
شاخص‌های عملکردی	بیمارستان‌های دولتی	بیمارستان‌های خصوصی	بیمارستان تأمین اجتماعی	کل بیمارستان‌ها
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
بیماران تریاژ شده (درصد)	۷۱/۱ $\pm$ ۳۷/۲	۶۸/۲ $\pm$ ۲۷/۶	۷۰/۵	۶۹/۹ $\pm$ ۲۸/۵
زمان تریاژ در سطح ۱ (دقیقه)	۰/۱ $\pm$ ۰/۲	۰	۱	۰/۲ $\pm$ ۰/۴
زمان تریاژ در سطح ۲ (دقیقه)	۱/۹ $\pm$ ۱/۷	۲/۱ $\pm$ ۱/۱	۲/۶	۲/۱ $\pm$ ۱/۳
زمان تریاژ در سطح ۳ (دقیقه)	۴/۳ $\pm$ ۳/۵	۳/۹ $\pm$ ۱/۱	۳/۶	۴/۱ $\pm$ ۲/۴
زمان تریاژ در سطح ۴ (دقیقه)	۸/۳ $\pm$ ۷/۱	۴/۸ $\pm$ ۱/۸	۶/۷	۶/۸ $\pm$ ۵/۱
زمان تریاژ در سطح ۵ (دقیقه)	۱۱/۱ $\pm$ ۹/۴	۵/۱ $\pm$ ۲/۶	۱۱/۵	۸/۹ $\pm$ ۷/۱
احیای قلبی ریوی ناموفق (درصد)	۶۸/۲ $\pm$ ۲۱/۷	۷۰ $\pm$ ۶/۱	۵۴	۶۷/۱ $\pm$ ۱۵/۵
بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت (درصد)	۹۷/۳ $\pm$ ۵/۳	۱۰۰ $\pm$ ۰	۹۷/۴	۹۸/۳ $\pm$ ۳/۷
بیماران خارج شده از اورژانس ظرف ۱۲ ساعت (درصد)	۸۲/۵ $\pm$ ۱۰/۲	۹۷/۳ $\pm$ ۲/۵	۱۰۰	۹۰/۲ $\pm$ ۱۰/۷
ترک بخش اورژانس با مسئولیت شخصی (درصد)	۴/۱ $\pm$ ۱/۸	۳/۱ $\pm$ ۱/۱	۱۸/۸	۵/۶ $\pm$ ۵/۵
امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس (درصد)	۵۸ $\pm$ ۱۲/۵	۶۵ $\pm$ ۱۳/۷	۷۱	۶۲/۲ $\pm$ ۱۲/۱

۱۳۹۲ توضیح می‌دهد. با این وجود، بین درصد بیماران تریاژ شده و میزان احیای قلبی ریوی ناموفق ارتباط آماری معکوس معناداری مشاهده شد ($P = 0/024$ و $r = 0/775$). همچنین، بین شاخص‌های زمان تریاژ سطح ۱ و ترک بخش با مسئولیت شخصی ارتباط آماری معناداری مشاهده شد ($P = 0/001$ و $r = 0/950$).

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد هیچ‌گونه ارتباط آماری معناداری بین امتیاز اعتباربخشی اورژانس با شاخص‌های عملکردی اورژانس به غیر از شاخص احیای قلبی ریوی ناموفق (در سال ۱۳۹۲) مشاهده نشد. تحلیل رگرسیون نشان داد که شاخص احیای قلبی ریوی ناموفق حدود ۵۹ درصد تفاوت امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌ها را در سال

جدول ۵: ماتریس همبستگی بین امتیاز اعتباربخشی و شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان‌ها

شاخص‌ها	امتیاز اعتباربخشی سال ۱۳۹۲	امتیاز اعتباربخشی سال ۱۳۹۳
زمان تریاژ در سطح ۱ (دقیقه)	$r = ۰/۴۹۴$ و $P = ۰/۲۱۴$	$r = ۰/۴۱۵$ و $P = ۰/۳۰۶$
زمان تریاژ در سطح ۲ (دقیقه)	$r = ۰/۴۰۲$ و $P = ۰/۳۲۴$	$r = ۰/۵۸۹$ و $P = ۰/۱۲۴$
زمان تریاژ در سطح ۳ (دقیقه)	$r = ۰/۲۹۲$ و $P = ۰/۴۸۴$	$r = ۰/۲۷۹$ و $P = ۰/۵۰۴$
زمان تریاژ در سطح ۴ (دقیقه)	$r = ۰/۰۶۰$ و $P = ۰/۸۸۸$	$r = ۰/۰۳۳$ و $P = ۰/۹۳۸$
زمان تریاژ در سطح ۵ (دقیقه)	$r = ۰/۱۴۳$ و $P = ۰/۷۳۶$	$r = ۰/۰۸۷$ و $p = ۰/۸۳۷$
احیای قلبی ریوی ناموفق (درصد)	$r = -۰/۸۱۰$ و $P = ۰/۰۱۵$	$r = ۰/۳۴۳$ و $P = ۰/۴۰۵$
بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت (درصد)	$r = ۰/۳۴۷$ و $P = ۰/۴۰۰$	$r = ۰/۳۶۷$ و $P = ۰/۳۷۱$
بیماران خارج شده از اورژانس ظرف ۱۲ ساعت (درصد)	$r = ۰/۵۱۷$ و $P = ۰/۱۹۰$	$r = ۰/۳۸۷$ و $P = ۰/۳۴۳$
ترک بخش اورژانس با مسئولیت شخصی (درصد)	$r = ۰/۲۵۵$ و $P = ۰/۵۴۲$	$r = ۰/۳۶۷$ و $P = ۰/۳۳۴$



نمودار ۱: ارتباط بین امتیاز اعتباربخشی و احیای قلبی ریوی ناموفق در سال ۱۳۹۲

همان طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، تفاوت میانگین امتیازات شاخص‌های عملکردی اورژانس بیمارستان‌ها در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ از نظر آماری معنادار نبود.

جدول ۶: آزمون آماری تفاوت میانگین شاخص‌های عملکردی اورژانس بیمارستان‌ها در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳

شاخص‌ها	آزمون آماری تی زوج
زمان تریاژ در سطح ۱ (دقیقه)	$t = ۰/۴۵۰$ و $df = ۷$ و $P = ۰/۶۶۶$
زمان تریاژ در سطح ۲ (دقیقه)	$t = ۱/۲۳۲$ و $df = ۷$ و $P = ۰/۲۵۸$
زمان تریاژ در سطح ۳ (دقیقه)	$t = ۱/۲۵۷$ و $df = ۷$ و $P = ۰/۲۴۹$
زمان تریاژ در سطح ۴ (دقیقه)	$t = ۲/۲۱۴$ و $df = ۷$ و $P = ۰/۰۶۲$
زمان تریاژ در سطح ۵ (دقیقه)	$t = ۲/۲۱۵$ و $df = ۷$ و $P = ۰/۰۶۸$
احیای قلبی ریوی ناموفق (درصد)	$t = -۱/۵۲۹$ و $df = ۷$ و $P = ۰/۱۷۰$
بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت (درصد)	$t = -۱/۱۲۴$ و $df = ۷$ و $P = ۰/۲۹۸$
بیماران خارج شده از اورژانس ظرف ۱۲ ساعت (درصد)	$t = -۰/۱۴۷$ و $df = ۷$ و $P = ۰/۸۸۷$
ترک بخش اورژانس با مسئولیت شخصی (درصد)	$t = -۰/۶۷۸$ و $df = ۷$ و $P = ۰/۵۲۰$
امتیاز اعتباربخشی	$t = ۲/۲۰۴$ و $df = ۷$ و $P = ۰/۰۶۳$

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر رعایت استانداردهای اعتباربخشی بر شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان‌های شهر ساری انجام شد. میانگین امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌ها در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ به ترتیب ۷۶ و ۶۲/۲ درصد بود (کاهش ۱۸/۲ درصدی). میانگین امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌های کشور در دور اول و دوم اعتباربخشی برابر با ۶۴/۲ و ۶۱ درصد بود (کاهش ۵ درصدی). در نتیجه، می‌توان گفت که نسبت به میانگین کشوری، امتیاز اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌های شهرستان ساری در دور دوم اعتباربخشی کاهش چشمگیری نسبت به دور اول آن داشته است.

شاخص درصد بیماران اورژانسی تریاژ شده در بیمارستان‌های شهر ساری در سال ۱۳۹۳ حدود ۵ درصد نسبت به سال قبل کاهش یافت. همچنین، اختلاف میانگین مدت زمان تریاژ بیماران اورژانسی در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ تفاوت معناداری نداشت. شاخص درصد احیای قلبی ریوی ناموفق در سال

۱۳۹۳ نسبت به سال ۱۳۹۲ افزایش ۱۸/۹ درصدی داشت. شاخص‌های درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت و درصد بیماران بستری موقت خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت به ترتیب ۱/۸ و ۰/۳ درصد افزایش یافت. در نهایت، شاخص درصد ترک بیماران از اورژانس با مسئولیت شخصی به میزان ۱۴/۳ درصد افزایش یافت. بنابراین، می‌توان گفت که شاخص‌های عملکردی اورژانس بیمارستان‌های شهر ساری از وضعیت مناسبی برخوردار نیستند و حتی نسبت به سال ۱۳۹۲ در برخی از موارد افت هم کرده است. به همین دلیل بیماران بیشتری در سال ۱۳۹۳ با مسئولیت شخصی بخش اورژانس بیمارستان‌ها را ترک کردند.

بخش اورژانس بیمارستان تأمین اجتماعی شهر ساری در برخی از شاخص‌ها نظیر درصد احیای قلبی ریوی ناموفق و درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت وضعیت بهتر و در شاخص ترک بیماران از بخش اورژانس با مسئولیت شخصی بیمار وضعیت بدتری نسبت به بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر ساری داشت و نیازمند اقدام اصلاحی

جدی فوری است. مدیران بیمارستان‌های شهر ساری با استفاده از تکنیک الگوبرداری می‌توانند از تجارب یکدیگر برای ارتقای شاخص‌های عملکردی اورژانس استفاده کنند.

این پژوهش، بین درصد بیماران تریاژ شده و میزان احیای قلبی ریوی ناموفق ارتباط آماری معکوس معناداری نشان داد. تریاژ صحیح و به موقع مصدومین و بیماران اورژانسی نقش کلیدی در ارائه خدمات سریع به بیماران اورژانسی واقعی و کاهش مرگ‌ومیر آن‌ها دارد. زمان، عامل حیاتی در خدمات اورژانسی محسوب می‌شود و باید مورد توجه جدی مدیران بخش اورژانس قرار گیرد. همچنین، در این پژوهش بین شاخص‌های زمان تریاژ سطح ۱ و ترک بخش با مسئولیت شخصی ارتباط آماری معناداری مشاهده شد. نحوه برخورد مناسب و محترمانه با بیماران بخش اورژانس و تریاژ صحیح آن‌ها نقش قابل ملاحظه‌ای در رضایت آن‌ها دارد. بنابراین، مدیریت صحیح تریاژ بیماران اورژانسی بیمارستان‌های شهر ساری باید به صورت مناسب صورت گیرد.

به طور کلی، نتایج این پژوهش ارتباطی بین رعایت استانداردهای اعتباربخشی و شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان‌های شهر ساری نشان نداد. مطالعات متعددی تأثیر مثبت اعتباربخشی بر بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی و ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها را ثابت کردند (۲۲-۶). به عنوان مثال، پژوهشی بر روی ۳۸۹۱ بیمارستان در آمریکا نشان داد که بیمارستان‌های دارای گواهی اعتباربخشی، خدمات بالینی با کیفیت بالاتری نسبت به بیمارستان‌های فاقد گواهی اعتباربخشی ارائه می‌دادند (۲۲). مطالعه‌ای هم در ۱۱۰ بیمارستان در لبنان نشان

داد که اعتباربخشی منجر به بهبود کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستانی می‌شود (۱۷).

با این وجود، برخی از مطالعات اثربخشی اعتباربخشی را در بهبود کیفیت خدمات (۳۹) و رضایت بیماران (۲۹-۳۱) مورد تردید قرار دادند. به عنوان مثال، مطالعه‌ای بر روی ۳۶۷۷۷ بیمار در ۷۳ بیمارستان آلمان نشان داد که اعتباربخشی منجر به رضایت بیماران نشده است (۳۹). پژوهشی هم در سال ۱۹۹۲ میلادی در آمریکا نشان داد که اعتباربخشی تأثیری بر ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامتی نداشته است (۴۰). این مطالعه موجب شد که کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی آمریکا، سیستم و روش اعتباربخشی خود را اصلاح کند.

در ایران هم پژوهشی در پنج بیمارستان استان اصفهان نشان داد که اعتباربخشی از نظر کارکنان، تأثیر متوسطی بر کیفیت خدمات بیمارستان‌ها داشت. اعتباربخشی، بیشترین تأثیر را بر فرایندهای کاری و رضایت بیماران و کمترین تأثیر را بر کار گروهی، تعهد کارکنان و بهره‌وری بیمارستان‌ها داشته است (۳۶). مطالعه‌ای هم در هفت بیمارستان استان همدان رابطه آماری معکوس معناداری بین امتیاز اعتباربخشی بیمارستان‌ها و رضایت بیماران به دست آورد. به عبارتی، با افزایش امتیاز اعتباربخشی بیمارستان‌ها، رضایت بیماران آن‌ها کاهش یافت (۴۱). پژوهش‌های قبلی، مهم‌ترین چالش‌های اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌های ایران را شامل فرهنگ سازمانی نامناسب، عدم تعهد مدیران و پزشکان، منابع مالی ناکافی، دانش محدود کارکنان، آموزش ناکافی، افزایش حجم کاری کارکنان و کمبود نیروی انسانی بیمارستان‌ها، نبود انگیزه، فقدان کار گروهی، عدم

مشارکت پزشکان، کمبود زمان، سیستم‌های اطلاعاتی ضعیف و مستندسازی نامناسب بیان کردند (۳، ۲۳، ۲۴، ۳۳، ۴۲). بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها با برنامه‌ریزی مناسب و تأمین منابع لازم و کافی باید زمینه اجرای صحیح استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های خود را فراهم کنند.

مدیران باید توجه داشته باشند که اعتباربخشی یکی از استراتژی‌های بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی است و نباید محدود به یک دوره زمانی کوتاه قبل از زمان ارزشیابی اعتباربخشی شود تا فشار کاری زیادی به کارکنان وارد سازد و اثرات محدود و حتی معکوسی به بار آورد.

علاوه بر این، استفاده از استانداردهای نامناسب، کپی‌برداری از استانداردهای اعتباربخشی سایر کشورها، عدم بازنگری محتوای استانداردها، روش نامناسب ارزشیابی بیمارستان‌ها، ذهنیت بازرسی ارزیابان و روش امتیازدهی نامناسب سنجه‌ها، نیز از چالش‌های سیستم اعتباربخشی گزارش شدند (۳، ۴۳، ۳). بنابراین، در سطح وزارت بهداشت اقداماتی باید برای بهبود سیستم اعتباربخشی به کار گرفته شود. سیستم اعتباربخشی شامل سه جزء استاندارد اعتباربخشی، روش اعتباربخشی و ارزیابان اعتباربخشی است (۳۳). کاستی‌های هر کدام از اجزای سیستم اعتباربخشی منجر به عدم دستیابی به اهداف اعتباربخشی می‌شود. بنابراین، باید تغییراتی در استانداردها، روش و ارزیابان اعتباربخشی ایجاد شود تا اعتباربخشی بتواند اثرات مثبت بیشتری بر عملکرد بیمارستان داشته باشد. البته باید به این نکته توجه داشت که سیستم اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها در ایران از سال ۱۳۹۱ اجرا شد و دوران کودکی خود را

سپری می‌کند. از این سیستم اعتباربخشی نمی‌توان انتظارات مشابه سیستم‌های اعتباربخشی کشورهای امریکا، کانادا و استرالیا داشت که به ترتیب ۶۷، ۶۰ و ۴۵ سال سابقه دارند. در همان کشورهای توسعه یافته فرایند توسعه استانداردها و روش ارزشیابی اعتباربخشی دستخوش چندین بار تغییر بوده است تا بتواند اثرات مثبتی بر بیمارستان‌ها داشته باشد.

استانداردهای اعتباربخشی بخش اورژانس تأکید زیادی بر ساختارها و فرایندهای کاری دارد و تعداد سنجه‌های پیامدی و نتیجه‌ای آن بسیار محدود است. در نتیجه، تلاش‌های مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها بیشتر متمرکز بر مستندسازی فرایندهای کاری شده است. پژوهشی هم که به ارزشیابی استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور با استفاده از نظرات ۵۴۷ مدیر بیمارستان پرداخت، نشان داد که میزان رضایت مدیران بیمارستان‌ها از محتوای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور در حد متوسط است. بیشترین نارضایتی مربوط به تعداد زیاد استانداردها و سنجه‌ها، عدم شفافیت استانداردها و سنجه‌ها و وزن یکسان سنجه‌های اعتباربخشی بود (۳۳). مطالعات دیگر هم مشکلات مشابهی را برای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران بیان کردند (۲۴، ۳۶). استفاده از یک مدل سیستمی ارزشیابی عملکرد شامل ساختارها، فرایندها و پیامدها در ابعاد فردی، بخشی و سازمانی برای تدوین محورها و زیرمحورهای سیستم اعتباربخشی به منظور متوازن کردن استانداردها، توجه به اصول اثربخشی، کارایی، ایمنی، تداوم، عدالت، بیمارمحوری و کارمندمداری در تدوین سنجه‌ها به منظور افزایش جامعیت سنجه‌های اعتباربخشی، به کارگیری رویکرد کارکردی در تدوین

استانداردها برای کاهش تعداد استانداردها و سنجه‌ها، شفاف‌تر کردن سنجه‌ها، وزن‌دهی سنجه‌ها متناسب با اهمیت آن‌ها، تغییر مقیاس امتیازدهی سنجه‌ها و توجه به تنوع بیمارستان‌ها در تدوین سنجه‌ها می‌تواند به بهبود محتوای استانداردهای اعتباربخشی کمک کند. استانداردها و سنجه‌های اعتباربخشی باید به طور متوازن ساختارها، فرایندها و نتایج بیمارستان‌ها را پوشش دهد. شاخص‌های عملکردی نظیر میانگین مدت زمان تریاژ، درصد احیای قلبی ریوی ناموفق، درصد بیماران اورژانسی تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت، درصد بیماران خارج شده از اورژانس در مدت ۱۲ ساعت، درصد عفونت‌های بیمارستانی، درصد مرگ و میر بیماران، رضایت بیماران و ترک اورژانس با مسئولیت شخصی نیز باید به سنجه‌های اعتباربخشی اورژانس بیمارستان‌ها اضافه شود.

روش اعتباربخشی شامل خودارزیابی، ارزشیابی در فیلد، ارزیابی‌های سرزده، نظرسنجی از بیماران، بررسی شاخص‌های عملکردی کلیدی و ارائه یک گزارش تفصیلی به بیمارستان است (۳). برنامه اعتباربخشی ایران تنها متکی بر ارزشیابی در فیلد است. در نتیجه، تلاش مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی می‌تواند محدود به یک ماه مانده به زمان اعتباربخشی شود. اصلاح ساختار حاکمیت و مدیریت اداره اعتباربخشی وزارت بهداشت به منظور افزایش استقلال عملکردی آن و استفاده از روش‌های مکمل ارزشیابی نظیر خودارزیابی، ارزیابی سرزده، ارزشیابی شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها و نظرسنجی ملی از بیماران بستری به بهبود روش ارزشیابی اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور کمک می‌کند.

ارزیابان اعتباربخشی باید از شایستگی‌های لازم برخوردار باشند. مطالعات قبلی نیز ضعف در انتخاب، آموزش و ارزیابی عملکرد ارزیابان اعتباربخشی را از مهم‌ترین چالش‌های روش اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران بیان کردند (۳، ۲۴، ۴۴). تعداد ۲۰ تا ۲۵ نفر از ارزیابان معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کشور در فرایند اعتباربخشی بیمارستان‌ها مشارکت داشتند. مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها از عدم وجود وحدت رویه بین ارزیابان و تجربه و مهارت پایین آن‌ها ناراضی بودند (۳). تدوین و رعایت شرح وظایف و شرایط احراز برای ارزیابان اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور شامل مدارک تحصیلی، تجارب کاری، دانش و مهارت حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی، انگیزه کافی و حسن شهرت، محدود کردن تعداد ارزیابان اعتباربخشی به ۳ تا ۵ نفر و آموزش حرفه‌ای آن‌ها به منظور یکسان‌سازی دیدگاه و نگرش آن‌ها به ارتقای عملکرد ارزیابان اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور کمک می‌کند.

برنامه اعتباربخشی هزینه زیادی برای بیمارستان‌های کشور ایجاد می‌کند. اجرای استانداردهای اعتباربخشی، زمان‌بر و هزینه‌زا است. بنابراین، منافع حاصله باید ارزش این هزینه را برای بیمارستان‌ها داشته باشد. مدیران بیمارستان‌ها با توجه به افزایش تصاعدی هزینه‌های بیمارستانی باید در قبال هزینه اجرای آن، منافع ملموسی را احساس کنند تا منابع لازم را برای اجرای آن در اختیار کارکنان قرار دهند. بنابراین، از یک طرف، سیستم اعتباربخشی یعنی استانداردها، روش و ارزیابان اعتباربخشی باید توسعه یابند تا اجرای درست استانداردها منجر به ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌ها شود. از طرف دیگر، مدیران

بیمارستان‌ها با تدوین یک برنامه هدفمند باید فرایند اعتباربخشی را در بیمارستان خود مدیریت کنند.

انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان، وظیفه اعتباربخشی مؤسسات اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی و درمانی را در سه حوزه مؤسسه اعتباربخشی، استانداردهای اعتباربخشی و برنامه آموزشی ارزیابان اعتباربخشی بر عهده دارد. بیش از ۱۰۰ مؤسسه اعتباربخشی در حدود ۸۰ کشور جهان، وظیفه اعتباربخشی مؤسسات پزشکی را بر عهده دارند. تعداد معدودی از این مؤسسات توانستند استانداردهای اعتباربخشی خود را به تأیید انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان برسانند. این انجمن در سال ۲۰۱۷ میلادی تعداد ۳۲ مؤسسه اعتباربخشی، ۶۰ استاندارد و ۱۸ برنامه آموزشی ارزیابان اعتباربخشی را تأیید کرده بود (۴۵). بنابراین، پیشنهاد می‌شود که دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت ضمن ارتقای سیستم اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور، اقدامات لازم را برای اخذ تأییدیه انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان انجام دهد.

اعتباربخشی ابزاری برای بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی است و نباید به عنوان هدفی برای مدیران تلقی شود. مدیران برای استفاده بهینه از سیستم‌های ارزشیابی خارجی مثل اعتباربخشی، باید سیستم‌های مدیریت کیفیت را در بیمارستان‌ها به کار گیرند. به عنوان مثال، توسعه یک مدل مدیریت کیفیت برای سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران (۴۶) و اجرای آن منجر به افزایش تعهد سازمانی و رضایت شغلی کارکنان (۴۷، ۴۸)، افزایش کارایی و کاهش هزینه‌های غیر ضروری (۴۹، ۵۰)، ارتقای شاخص‌های عملکردی

(۴۹، ۵۱)، بهبود کیفیت خدمات (۵۱)، افزایش رضایت بیماران (۵۲) و افزایش درآمد بیمارستان‌ها (۵۳، ۵۴) شده است. اعتباربخشی باید به عنوان تسهیل‌گر فعالیت‌های بهبود کیفیت در بیمارستان‌ها تلقی شود. در نتیجه، مدیران بیمارستان‌ها با اجرای استراتژی مدیریت کیفیت، ضمن ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی، گواهی اعتباربخشی را نیز کسب خواهند کرد.

اجرای استراتژی‌های مدیریت کیفیت نظیر حاکمیت بالینی و اعتباربخشی به تعهد مدیریت و رهبری سازمان، تدوین برنامه هدفمند، توسعه و تقویت ساختار و فرهنگ سازمانی، آموزش و توانمندسازی کارکنان، تأمین منابع لازم، درک نیازها و انتظارات منطقی مشتریان و بهبود مستمر فرایندهای کاری نیاز دارد (۵۵، ۵۶). مشارکت کادر تخصصی بالینی در اجرای استانداردهای اعتباربخشی برای دستیابی به نتایج مطلوب الزامی است. متخصصان بیمارستانی نظیر پزشکان و پرستاران با توجه به مزایای بالقوه اعتباربخشی حتی در کشورهای توسعه یافته دارای سیستم اعتباربخشی دولتی و اجباری نظیر فرانسه در ابتدا با اشتیاق در برنامه‌های آموزشی آن شرکت کرده ولیکن به مرور زمان، با توجه به انتظارات زیاد اعتباربخشی، آن را بیشتر یک برنامه بوروکراتیک مدیران قلمداد کرده که آن‌ها را از فعالیت‌های اصلی بالینی خود دور می‌کند. در نتیجه، مشارکت آن‌ها در خودارزیابی‌ها به مرور زمان محدودتر شد (۱۲). تعارض قدرت بین مدیران بیمارستان‌ها و پزشکان، دلیل اصلی این امر است. متخصصان پزشکی و پرستاری به دلیل ماهیت تخصصی بیمارستان از قدرت تخصصی بیشتری نسبت به مدیران برخوردار هستند.

بنابراین، ارتقای سیستم اعتباربخشی بخش اورژانس بیمارستان‌ها شامل استانداردها، روش و ارزیابان اعتباربخشی و تعهد مدیران بیمارستان‌ها برای استفاده از سیستم‌های مدیریت کیفیت برای بهبود شاخص‌های عملکردی ضروری است.

سپاسگزاری

این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان «بررسی تأثیر استانداردهای ساختاری و فرایندی بخش اورژانس بیمارستان‌های شهر ساری بر عملکرد آن‌ها» بود که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران انجام شد. بدین وسیله از همکاری صمیمانه کارکنان معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مازندران به ویژه اداره نظارت و ارزشیابی بیمارستان‌ها در انجام این پژوهش قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر می‌کنند.

تعارض منافع

دکتر علی محمد مصدق راد در سال ۱۳۹۴ سرپرست اداره ارزشیابی مؤسسات پزشکی بود. سایر نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی را در این مطالعه گزارش نکردند.

اختلاف سطح دانش بین مدیران بیمارستان‌ها و متخصصان علوم پزشکی مانعی مهم در اجرای تغییرات سازمانی است. بنابراین، کارکنان به ویژه کادر تخصصی بالینی باید ضمن دریافت آموزش‌های لازم در زمینه اجرای استانداردهای اعتباربخشی، منافع ملموس آن نظیر تسهیل انجام کارها، ارتقای فرایندهای کاری و رضایت بیماران را ببینند، تا مشارکت مستمری در اجرای استانداردهای اعتباربخشی داشته باشند.

این پژوهش برای اولین بار در کشور با استفاده از شاخص‌های عملکردی به ارزشیابی سیستم اعتباربخشی اورژانس بیمارستان‌ها در دور اول و دوم اعتباربخشی پرداخت و اطلاعات مفیدی را در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت در سطح کلان و مدیران بیمارستان‌ها در سطح خرد برای ارتقای سیستم اعتباربخشی بیمارستان‌ها و اجرای درست استانداردهای اعتباربخشی قرار داد. با این وجود، این مطالعه در ۸ بیمارستان شهر ساری انجام شد و نتایج قابل تعمیم به سایر بیمارستان‌های کشور نیست. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابهی در کشور انجام شود تا تصویر کامل‌تری از اثربخشی سیستم اعتباربخشی بیمارستانی کشور به دست آید.

پیشنهادها

این مطالعه نشان داد که رعایت استانداردهای اعتباربخشی منجر به بهبود شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان‌های شهر ساری نشد.

References

1. Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *Int J Health Policy Manag*. 2014;3(2):77-89.
2. Mosadeghrad AM. Factors affecting medical service quality. *Iran J Public Health* 2014; 43(2): 210-20.
3. Mosadeghrad AM, Akbari Sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. *Tehran University Medical Journal* 2017;75(4): 288-98. Persian
4. Mosadeghrad AM. Comments on Iran Hospital Accreditation System. *Iran J Public Health* 2016; 45(6): 837-9.
5. Bohigas L, Smith D, Brooks T, Donahue T, Heidemann E, Donaldson B, Shaw H. Accreditation programs for hospitals: funding and operation. *International Journal for Quality in Health Care* 1996; 8(6): 583-9.
6. Greenfield D, Pawsey M, Hinchcliff R, Moldovan M, Braithwaite J. The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC Health Services Research* 2012;12(1):329.
7. Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Westbrook M, Gibberd R, et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. *Qual Saf Health Care* 2010;19(1):14-21.
8. Pomey MP, Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos AP. Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian health care organizations. *Global Health* 2014;10:68.
9. Mate KS, Rooney AL, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. *Global Health* 2014;10:68.
10. Baskind R, Kordowicz M, Chaplin R. How does an accreditation programme drive improvement on acute inpatient mental health wards? An exploration of members' views. *J Ment Health* 2010;19(5):405-11.
11. Touati N, Pomey MP. Accreditation at a crossroads: are we on the right track? *Health Policy* 2009;90(2-3):156-65.
12. Pomey MP, Contandriopoulos AP, Francois P, Bertrand D. Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2004;17(2-3):113-24.
13. Alkhenizan A, Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Ann Saudi Med* 2011;31(4):407-16.
14. Huang C-I, Wung C, Yang C-M. Developing 21st century accreditation standards for teaching hospitals: the Taiwan experience. *BMC Health Services Research* 2009;9(1):232.
15. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *Int J Qual Health Care* 2008;20(5):363-71.
16. Thornlow DK, Merwin E. Managing to improve quality: the relationship between accreditation standards, safety practices, and patient outcomes. *Health Care Manage Rev* 2009;34(3):262-72.
17. Saleh SS, Sleiman JB, Dagher D, Sbeit H. and Natafgi N. Accreditation of hospitals in Lebanon: is it a worthy investment? *International Journal for Quality in Health Care* 2013; 25 (3): 284-90.
18. Verstraete A, van Boeckel E, Thys M, Engelen F. Attitude of laboratory personnel towards accreditation. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1998;11(1):27-30.
19. Telem DA, Talamini M, Altieri M, Yang J, Zhang Q, Pryor AD. The effect of national hospital accreditation in bariatric surgery on perioperative outcomes and long-term mortality. *Surg Obes Relat Dis* 2015;11(4):749-57.
20. Yildiz A, Kaya S. Perceptions of nurses on the impact of accreditation on quality of care: A survey in a hospital in Turkey. *Clinical Governance: An International Journal* 2014;19(2): 69 – 82.
21. Lutfiyya MN, Sikka A, Mehta S, Lipsky MS. Comparison of US accredited and non-accredited rural critical access hospitals. *Int J Qual Health Care* 2009;21(2):112-8.
22. Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, Loeb JM, Wachter RM. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. *J Hosp Med* 2011;6(8):454-61.
23. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Arab M, Ramezani M, Akbari-sari A. An Analysis of Hospital accreditation policy in Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2017; 46(10):1347-58.
24. Mosadeghrad AM, Shakibaei E. Hospital Accreditation Implementation Prerequisites. *Hospital* 2017;16(3):43-56. Persian
25. Gough LA, Reynolds TM. Is clinical pathology accreditation worth it? A survey of CPA-accredited laboratories. *Clin Perform Qual Health Care* 2000;8(4):195-201.
26. Nandraj S, Khot A, Menon S, Brugha R. A stakeholder approach towards hospital accreditation in India. *Health Policy Plan* 2001;16 Suppl 2:70-9.
27. Ng GK, Leung GK, Johnston JM, Cowling BJ. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. *Hong Kong Med J* 2013;19(5):434-46.

28. Alkhenizan A, Shaw C. The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. *J Family Community Med* 2012;19(2):74-80.
29. Sack C, Scherag A, Lutkes P, Gunther W, Jockel KH, Holtmann G. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37,000 patients treated by 73 hospitals. *Int J Qual Health Care* 2011;23(3):278-83.
30. Heuer AJ. Hospital accreditation and patient satisfaction: testing the relationship. *J Healthc Qual* 2004;26(1):46-51.
31. Haj-Ali W, Bou Karroum L, Natafqi N, Kassak K. Exploring the relationship between accreditation and patient satisfaction - the case of selected Lebanese hospitals. *Int J Health Policy Manag* 2014;3(6):341-6.
32. Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Serv Res* 2015;15:280.
33. Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. *Razi Journal of Medical Sciences* 2017;23(153):43-54. Persian
34. Mosadeghrad AM. Handbook of Hospital Professional Organization and Management (1), Tehran: Dibagran; 2004. Persian
35. Jafari GH, Khalifegari S, Danaei KH, Dolatshahi P, Ramezani M, Roohparvar R, et al. Hospital accreditation standards in Iran. Tehran: Seda publishing company; 2010. Persian
36. Moradi R, Nemati A, Bahmanziari N, Shokri A, Mohammadi M. Effect of accreditation on the health services delivering in University hospitals of Isfahan. *Health care Management Journal* 2015; 6 (3): 67-76. Persian
37. Al Awa B, Jacquery A, Almazrooa A, Habib H, Al-Noury K, El Deek B, et al. Comparison of patient safety and quality of care indicators between pre and post accreditation periods in King Abdulaziz University Hospital. *Research Journal of Medical Science* 2011;5(1):61-6.
38. Al Tehewy M, Salem B, Habil I, El Okda S. Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes. *Int J Qual Health Care* 2009;21(3):183-9.
39. Sack C, Lutkes P, Gunther W, Erbel R, Jockel KH, Holtmann GJ. Challenging the holy grail of hospital accreditation: a cross sectional study of inpatient satisfaction in the field of cardiology. *BMC Health Serv Res* 2010;10:120.
40. Keeler EB, Rubenstein LV, Kahn KL, Draper D, Harrison ER, McGinty MJ, et al. Hospital characteristics and quality of care. *JAMA* 1992;268(13):1709-14.
41. Mohebbifar R, Rafieei S, Asl AM, Ranjbar M, Khodayvandi M. Association between hospital accreditation and patient satisfaction: a survey in the Western province of Iran. *Bangladesh Journal of Medical Science* 2017; 16(1): 77-84.
42. Saadati M, Yarifard K, Azami-Agdash S, Tabrizi JS. Challenges and potential drivers of accreditation in the Iranian hospitals. *International Journal of Hospital Research* 2015;4(1):37-42.
43. Salehi Z, Payravi H. Challenges in the implementation accreditation process in the hospitals: a narrative review. *Iran Journal of Nursing* 2017;30(106):23-34. Persian
44. Teymourzadeh E, Ramezani M, Arab M, Rahimi Froushani A, Akbari Sari A. Surveyor management of hospital accreditation program: a thematic analysis conducted in Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2016; 18(5): e30309.
45. ISQua. IAP Awards. [cited 2017 Apr 23] Available from: <http://www.isqua.org/accreditation-iap/Accredited-by-ISQua>
46. Mosadeghrad AM. Towards a theory of quality management: an integration of strategic management, quality management and project management. *International Journal of Modelling in Operations Management* 2012; 2(1): 89-118.
47. Mosadeghrad AM, Afshari M. The impact of quality management on job satisfaction of operating theatre department employees of valiasr hospital in Tehran: a participatory action research. *Health-Based Research* 2016;2(2):147-58. Persian
48. Mosadeghrad AM. Strategic collaborative quality management and employee job satisfaction. *Int J Health Policy Manag* 2014;2(4):167-74.
49. Mosadeghrad AM, Ashrafi E. The effect of quality management on the efficiency of the respiratory intensive care unit in a hospital. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2018;15(4):303-14. Persian
50. Mosadeghrad AM, Khalaj F. The impact of quality management in reducing surgical site infection: an action research. *Journal of Medical Council of Iran* 2015; 33(2): 110-18. Persian
51. Mosadeghrad AM. Implementing strategic collaborative quality management in health care sector. *International Journal of Strategic Change Management* 2012; 4(3/4): 203-28.
52. Mosadeghrad AM, Ashrafi E. The impact of quality management on patient satisfaction in a hospital: brief report. *Tehran Univ Med J* 2017;75(3):228-34. Persian
53. Afshari M, Mosadeghrad A, Arab M. The impact of quality management on reducing bill deductions at operating theatre department of

valiasr hospital a participatory action research. Hospital 2017;16(1):93-101. Persian

54. Mosadeghrad AM, Afshari M. The impact of quality management on income of operating theatre in a hospital: brief report. Tehran Univ Med J 2018;75(10):768-72. Persian

55. Mosadeghrad AM. Essentials of total quality management: a meta-analysis. Int J Health Care Qual Assur 2014;27(6):544-58.

56. Mosadeghrad AM. Why TQM does not work in Iranian healthcare organisations. Int J Health Care Qual Assur 2014;27(4):320-35.

The Impact of Accreditation on the Performance of Hospital Emergency Departments

Pourreza Abolghasem¹, Mosadeghrad Ali Mohammad², Zoleikani Parsa^{3*}

• Received: 17. 06. 2017

• Revised: 21. 10. 2017

• Accepted: 22. 10. 2017



Abstract

Background & Objectives: Accreditation, as a formal external evaluation system, has a critical role in improving quality, safety and effectiveness of hospital services. The aim of this study was to evaluate the effects of accreditation standards on the performance of Accident and Emergency (A&E) departments of hospitals in Sari, Iran.

Methods: This cross-sectional descriptive - analytic study was carried out in eight hospitals in Sari, Iran. Information related to the accreditation scores and five performance indicators of A&E departments (i.e., average triage time, percentage of cardiopulmonary resuscitation failure, percentage of patients who were decided upon within 6 hours, percentage of patients sent out of the A&E department within 12 hours and percentage of patients left A&E department against the medical advice) in (March 2013 and March 2014) and (March 2014 and March 2015) were gathered from hospitals and accreditation office of Mazandaran University of Medical Sciences. Data were analyzed through SPSS (V.22) software and using descriptive and inferential statistics.

Results: The mean scores of accreditation of A&E departments in 2013 and 2014 were 76% and 62.2% respectively. The differences between performance indicators of A&E departments in 2013 and 2014 were not statistically meaningful. There was no significant relationship between accreditation and the performance of A&E departments of hospitals.

Conclusion: Accreditation did not improve A& E performance in Sari hospitals. Hence, there is a pressing need for improving hospital accreditation system including standards, methods and surveyors. Besides, hospital managers should use internal quality management systems to complement and strengthen the impact of external accreditation system in improving key performance indicators of hospitals.

Keywords: Standard, Accreditation, Accident and emergency department, Key performance indicators, Hospital

•**Citation:** Pourreza A, Mosadeghrad AM, Zoleikani P. The Impact of Accreditation on the Performance of Hospital Emergency Departments. *Journal of Health Based Research* 2017; 3(3): 277-295.

1. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. MSc, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Correspondence:** School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Enghelab Square, Tehran, Iran

Tel: 00982142933006

Email: parsa_zoleikani@yahoo.com