

آمادگی بیمارستان‌های آموزشی برای جذب گردشگران پزشکی بر اساس استانداردهای سازمان محور کمیسیون مشترک بین الملل: یک مطالعه موردی

احسان زارعی^۱، صادق احمدی کشکولی^۲، محمد جواد خزلی^۳، فراست فضلوی اوج حصار^۴، عادلہ عزیزی^۵،

عباس شمس الدینی لری^{۶*}

• پذیرش مقاله: ۹۶/۷/۱۲

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۶/۷/۱۱

• دریافت مقاله: ۹۶/۳/۱۶



چکیده

مقدمه: توانایی جذب گردشگر در بازارهای بین‌المللی سلامت به وجود استانداردهای کیفیت وابسته است. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بر اساس استانداردهای سازمان محور کمیسیون مشترک بین‌الملل انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی در ۴ بیمارستان منتخب آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد سازمان محور کمیسیون مشترک بین‌الملل که دارای ۷۶ سؤال و ۶ حیطه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، پیشگیری و کنترل عفونت، اداره رهبری و هدایت، ایمنی و مدیریت تأسیسات، آموزش و صلاحیت کارکنان، مدیریت اطلاعات و ارتباطات بود، انجام شد. از آمارهای توصیفی میانگین و درصد استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ وارد شدند.

یافته‌ها: میزان رعایت استانداردهای سازمان محور در بیمارستان‌های مورد مطالعه، ۸۱/۲ درصد بود که نشان از آمادگی نسبی مطابق با استانداردهای کمیسیون مشترک بین‌الملل در جذب گردشگران پزشکی داشت. بیشترین میزان رعایت استانداردها مربوط به حیطه ایمنی و مدیریت تسهیلات با ۸۴/۴ درصد انطباق و کمترین میزان مربوط به حیطه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با ۷۵/۲ درصد انطباق به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: بیمارستان‌ها برای نزدیک شدن به استانداردهای بین‌المللی و دریافت گواهی اعتباربخشی بین‌المللی باید به حیطه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار توجه بیشتری داشته و با اقدامات اصلاحی، استانداردهای لازم در این حیطه را ارتقاء دهند.

واژگان کلیدی: گردشگری پزشکی، کمیسیون مشترک بین‌الملل، تضمین کیفیت، استانداردهای سازمان محور، بیمارستان آموزشی

• ارجاع: زارعی احسان، احمدی کشکولی صادق، خزلی محمد جواد، فضلوی اوج حصار فراست، عزیزی عادلہ، شمس الدینی لری عباس. آمادگی بیمارستان‌های آموزشی برای جذب گردشگران پزشکی بر اساس استانداردهای سازمان محور کمیسیون مشترک بین‌الملل: یک مطالعه موردی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۶؛ ۳(۳): ۲۶۵-۲۵۳.

۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. کارشناس ارشد، دانشکده علوم پزشکی گراش، گراش، ایران

۳. کارشناس ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد، دفتر تحقیقات و فناوری دانشجویان، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵. کارشناس ارشد، دانشکده علوم پزشکی لارستان، لارستان، ایران

۶. کارشناس ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

* نویسنده مسئول: شیراز، خیابان قصر دشت، کوچه ۲۹، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

Email: nemazarah@yahoo.com

تلفن: ۰۷۱۳۶۲۰۳۵۹۶

مقدمه

بزرگ‌ترین مانع در مسیر رشد گردشگری پزشکی، متقاعد کردن بیماران از راه دور است. کشورهای گردشگری پذیر باید به مشتریان خود اطمینان دهند که خدمات درمانی ارائه شده در کشورهای میزبان از نظر نتیجه ایمنی و بی‌خطر بودن و حتی از نظر روش‌های کنترل درد با خدمات موجود در کشور خودشان برابری می‌کند یا برتر از آن است (۱۳).

یافته‌های مطالعات پیشین نشان می‌دهد کیفیت و ایمنی ارائه خدمت در کشورهای میزبان از مهم‌ترین دغدغه‌های بیماران است که قصد مسافرت به آن کشور و دریافت خدمات درمانی را دارند و به دنبال خدماتی می‌گردند که کیفیت و ایمن بودن آن از منظر بین‌المللی تضمین شده باشد (۱۴). مطالعه‌ای در ایران بیان می‌کند که کشورمان در زمینه زیرساخت‌های اولیه و درمانی، حمایت‌های کارآمد دولت، داشتن برنامه مدون توسعه گردشگری پزشکی، مشارکت و هماهنگی بین بخشی در سطح کلان و عملیاتی، داشتن مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت با اعتبار بین المللی با چالش در صنعت گردشگری پزشکی روبه‌رو است و تاکنون هیچ یک از بیمارستان‌های ایران موفق به اخذ استانداردهای بین‌المللی کمیسیون مشترک بین‌الملل نشده‌اند (۱۵).

از آنجا که گردشگران به دنبال درمان‌های باکیفیت و قیمت پایین‌تر هستند، کشورهایی در جذب این سرمایه موفق‌اند که علاوه بر پایین بودن قیمت خدمات، دارای پزشکان ماهر و برخوردار از مواهب و جاذبه‌های طبیعی و نیز از کیفیت پذیرفته شده جهانی در ارائه خدمات نیز برخوردار باشند (۱۶). کشور ما برای بهره‌مندی از این توانمندی‌ها با مشکلات اساسی روبه‌رو است که از جمله مهم‌ترین آن، انطباق تسهیلات درمانی کشور با استانداردهای

گردشگری پزشکی اشاره به سفرهای خارج از محل زندگی بیماران برای دستیابی به خدمات مراقبت سلامت می‌باشد که هزینه این سفر بر عهده خود بیماران است (۱). در عصر جهانی شدن، بیماران در حال خرید خدمات مناسب سلامت در سرتاسر جهان هستند که این امر منجر به توسعه پدیده گردشگری سلامت شده است (۲). سازمان جهانی بهداشت، گردشگری پزشکی را انتخاب سفر به خارج از مرزهای بین‌المللی برای دریافت خدمات درمانی تعریف می‌کند (۳). صنعت گردشگری پزشکی در سال‌های اخیر رشد قابل توجهی داشته است. ترکیبی از عوامل مختلف نظیر افزایش زمان انتظار بیماران برای دریافت خدمات در کشورهای توسعه یافته و هزینه پایین خدمات در کشورهای در حال توسعه، هزینه‌های بالای خدمات سلامت در کشورهای صنعتی، افزایش سهولت مسافرت‌های بین‌المللی، پیشرفت‌های سریع فناوری پزشکی و استانداردهای مراقبت منجر به گسترش گردشگری پزشکی شده است (۹-۴).

گردشگری سلامت، سهم بزرگی در اقتصاد کشورها دارد. امروزه گردشگری سلامت سالانه حدود ۶۰ میلیارد دلار درآمد را به خود اختصاص داده است (۱۰). صنعت گردشگری پزشکی در آسیا در حال رشد است (۱۱). تا سال ۲۰۱۲ بیش از ۴,۴ میلیارد دلار از درآمد گردشگری سلامت از آن کشورهای مالزی، تایلند، سنگاپور و هند بوده است (۱۰).

یکی از دلایل عمده گردشگران برای دریافت خدمات در سایر کشورها، کیفیت خدمات می‌باشد که معمولاً در کشور مبدأ وجود ندارد (۱۲). جذب بیماران بین‌المللی با موانعی روبه‌رو است که

بین‌المللی است (۱۷).

مناسب‌ترین شیوه برای رفع این نگرانی، اعتبار بخشی مراکز درمانی توسط آژانس‌های بین‌المللی اعتباربخشی و دریافت گواهی تضمین کیفیت است (۱۶). بیمارستان‌ها باید به دنبال گواهی اعتباربخشی از یک مرجع بین‌المللی برای اندازه‌گیری عملکرد و به ویژه در ارتباط با کیفیت مراقبت و کارایی سیستم‌شان باشند. گواهی اعتباربخشی از آن جهت مهم است که به سازمان اجازه می‌دهد تا به مشتریان بگوید که تحت ارزیابی‌های بیرونی قرار گرفته و از سازمان‌های مشابه و دارای عملکرد بهتر، الگو گرفته و استانداردهای موردنیاز برای تأمین مراقبت‌های با کیفیت و ایمن را برآورده کرده است (۱۸).

علاوه بر این، گواهی اعتباربخشی بین‌المللی برای یک بیمارستان جهت رقابت در بازار بین‌المللی مراقبت‌های سلامت و جذب بیمار خارجی یک امتیاز و مزیت رقابتی محسوب می‌شود و به عنوان یک تمیز اعتبار برای آن بیمارستان است. در واقع بیمارستان‌ها از طریق گواهی اعتباربخشی می‌توانند اعتماد عمومی، رضایت بیمار و رضایت کارکنان را بهبود بخشند و باعث بهبود کیفیت مستمر و در نهایت تضمین رهبری سازمان برای ارائه خدمات عالی، بهبود مستمر و دستیابی به تعالی شوند (۱۸).

صدور گواهی مربوطه از سوی نهادی معتبر، برای آن بیمارستان اعتبار به همراه خواهد داشت و به بیمار اطمینان می‌دهد که مؤسسه، مراقبت‌های با کیفیت و ایمن ارائه می‌کند. کمیسیون مشترک بین‌المللی یکی از معتبرترین نهادهای اعتباربخشی کیفیت مراقبت‌های درمانی است که استانداردهایی را برای مراکز درمانی خارج از آمریکا ارائه می‌دهد. این استانداردها در حال حاضر بالاترین تضمین برای ارائه‌دهندگان خدمات

پزشکی در بازارهای بین‌المللی محسوب می‌شوند (۱۹).

استانداردهای کمیسیون مشترک بین‌المللی بر بیمار تمرکز دارند و مدیریت سازمان را به خوبی توصیف می‌کنند. همچنین سازماندهی آن‌ها بر اساس مسیری است که بیمار در یک سازمان مراقبت بهداشتی طی می‌نماید یعنی از فرآیند پذیرش تا ترخیص، حتی به ملزومات قبل از ورود بیمار و بعد از ترخیص وی نیز توجه دارند (۲۰). اعتباربخشی کمیسیون مشترک بین‌المللی می‌تواند بهبود کیفیت خدمات و ایمنی بیماران را ایجاد کند و در نهایت، افزایش رضایت بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات را نیز به دنبال خواهد داشت و همچنین یک الگوی ملی و بین‌المللی به عنوان مدل ارتقای ایمنی است که تعهد، پاسخگویی و اعتبار یک سازمان برای کیفیت مراقبت‌های سلامت را نشان می‌دهد (۲۲، ۲۱)؛ بنابراین کاملاً مشهود است که توانایی جذب گردشگر در بازارهای بین‌المللی سلامت به رعایت استانداردهای بین‌المللی مراقبت وابسته است (۲۳). نتایج تحقیقی که در زمینه توریسم پزشکی در کشور کانادا انجام شد، نشان داد به دلیل عدم پیاده‌سازی استانداردهای کمیسیون مشترک بین‌المللی در این کشور، افزایش سفر بیماران به خارج از کانادا دیده می‌شود (۲۴). Nagarajan ضمن بیان برتری رقابتی هند در زمینه گردشگری پزشکی، عوامل مهم بازدارنده توسعه این صنعت را کمی ابتکار دولت، فقدان مکانیسم اعتباربخشی، نبود سیاست یکپارچه قیمت و استاندارد در بیمارستان‌های کشور مطرح نمود (۲۵). Carabello بیان می‌کند که گردشگران پزشکی آمریکایی برای انتخاب کشور مقصد عواملی مانند تعداد مراجع بیماران فرامرزی به آن کشور، برنامه‌های اعتباربخشی و وجود

سازمان‌های بین‌المللی استاندارد را در نظر می‌گیرند (۲۶). توانایی جذب گردشگر در بخش سلامت در بازار بین‌المللی، به کیفیت تضمین شده خدمات و دستیابی به استانداردهای بین‌المللی از جمله (JCI: Joint Commission International) وابسته است (۱۶) همچنین مسعودی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ایجاد مکانیسمی برای اعتبار بخشی مراکز درمانی کشور، همچون استانداردهای اعتباربخشی کمیسیون مشترک بین‌المللی موجب افزایش کیفیت خدمات و جذب هر چه بیشتر گردشگران سلامت خواهد شد (۱۴). Connell در کشور استرالیا در مطالعه خود دریافتند که بزرگ‌ترین مانع در مسیر گردشگری پزشکی، متقاعد کردن بازدیدکنندگان احتمالی از راه دور است. این کشورها باید به مشتریان خود اطمینان دهند که خدمات درمانی ارائه شده در کشورهای میزبان، از نظر نتیجه، امنیت و بی‌خطر بودن و حتی از نظر روش‌های کنترل درد با خدمات موجود در وطن بیمار برابری می‌کند (۱۳). انجام پژوهش‌هایی در رابطه با میزان تطابق‌پذیری مراکز درمانی با استانداردهای بین‌المللی می‌تواند به بیمارستان‌ها کمک کند تا قبل از ارزیابی توسط نهادهای رسمی، نقاط قوت و ضعف مرکز خود را شناخته و در جهت رفع کاستی‌ها پردازند. این مطالعه با هدف تعیین میزان رعایت استانداردهای کمیسیون مشترک بین‌المللی در زمینه جذب گردشگران سلامت، در بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی به صورت مقطعی در بازه زمانی

اردیبهشت تا شهریور سال ۱۳۹۵ در ۴ بیمارستان آموزشی منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام گرفت که سه بیمارستان بزرگ و سانتر دارای تخصص عمومی (الف، ج، د) و یک بیمارستان سانتر دیگر (ب) دارای تخصص قلب و ریه انتخاب شدند. نحوه انتخاب نمونه‌ها به این صورت بود که با توجه به شرایط عمومی مندرج در قانون مصوب وزارت بهداشت برای مراکز پذیرای گردشگر سلامت که شامل دارا بودن نشان درجه یک مثبت و یا عالی در اعتباربخشی بیمارستان‌ها عنوان شده و همچنین با توجه به این که این بیمارستان‌ها باید بتوانند خدماتی را ارائه دهند که جزء خدمات موردنظر بیماران خارجی باشد (۲۷)، از بین ۱۲ بیمارستان آموزشی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، ۴ مورد به صورت تصادفی به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو قسمت بود که قسمت اول حاوی سؤالاتی در رابطه با نوع بیمارستان، درجه ارزشیابی بیمارستان و مشخصات کلی بیمارستان و قسمت دوم پرسشنامه استاندارد کمیسیون مشترک بین‌المللی بود. این پرسشنامه‌ها شامل دو دسته استاندارد بود که یک دسته مربوط به استانداردهای بیمار محور و دیگری سازمان محور بود که در این پژوهش استانداردهای سازمان محور مورد بررسی قرار گرفتند. استانداردهای سازمان محور شامل ۶ بعد بهبود کیفیت و ایمنی بیمار (۳۸ سؤال)، پیشگیری و کنترل عفونت (۲۳ سؤال)، اداره، رهبری و هدایت (۲۶ سؤال)، ایمنی و مدیریت تأسیسات (۲۷ سؤال)، آموزش و صلاحیت کارکنان (۲۳ سؤال)، مدیریت اطلاعات و ارتباطات (۲۸ سؤال) بودند.

بعد در ۴ بیمارستان به این صورت شد که نمره بین ۰ تا ۲۵، نشان‌دهنده فقدان آمادگی در گردشگری پزشکی، نمره بین ۲۶ تا ۷۵، بیانگر آمادگی نسبی و امتیاز ۷۵ به بالا حاکی از آمادگی کامل بود.

پژوهشگران با مراجعه به بیمارستان‌های مورد مطالعه و کسب اجازه از رئیس بیمارستان جهت اجرا، نسبت توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها اقدام کردند. نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به این صورت بود که پرسشنامه مرتبط با بهبود کیفیت و ایمنی بیمار پس از مراجعه به واحد بهبود کیفیت و گفتگو با مسئول این واحد تکمیل شد. پرسشنامه مرتبط با پیشگیری و کنترل عفونت پس از مصاحبه با سوپروایزر آموزش و کنترل عفونت تکمیل گردید. پرسشنامه مربوط به اداره، رهبری و هدایت طی مصاحبه با مدیر بیمارستان تکمیل گردید. پرسشنامه ایمنی و مدیریت تأسیسات از طریق مراجعه به ناظر فنی تأسیسات تکمیل گردید. پرسشنامه آموزش و صلاحیت کارکنان از طریق گفتگو با مسئول کارگزینی تکمیل شد و در نهایت پرسشنامه مدیریت اطلاعات و ارتباطات با مراجعه به مسئول (IT: Information Technology) کامل شد. جهت تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از آماره توصیفی درصد استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ وارد شدند.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های مطالعه، میزان تطابق استانداردهای سازمان محور در بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه، ۸۱/۲ درصد بود که نشان‌دهنده آمادگی کامل بیمارستان‌ها بود. بر اساس یافته‌های مطالعه، بیشترین میزان رعایت استانداردها در بیمارستان‌های آموزشی

امتیازدهی به سؤالات با استفاده از مقیاس پنج‌تایی لیکرت بود به این شکل که اگر استاندارد کاملاً رعایت می‌شد (۴ امتیاز)، اگر اغلب رعایت می‌شد (۳ امتیاز)، اگر تا حدودی رعایت می‌شد (۲ امتیاز)، اگر به ندرت رعایت می‌شد (۱ امتیاز) و اگر اصلاً رعایت نمی‌شد (امتیاز صفر) تعلق گرفت (۲۸، ۲۷). با توجه به نظر مشاور آماری، امتیازی‌بندی ابعاد به این صورت شد که اگر میانگین نمره هر بعد بین (۱-۰) وضعیت ضعیف، امتیاز بین (۲-۳) متوسط و امتیاز ۳ به بالا، خوب در نظر گرفته شد که در بعد بهبود کیفیت و ایمنی بیمار امتیاز صفر تا ۳۸ نشانگر شرایط ضعیف، امتیاز بین ۳۹ تا ۱۱۴ نشان‌دهنده شرایط متوسط، امتیاز ۱۱۵ به بالا نشان‌دهنده شرایط خوب بود. در خصوص بعد پیشگیری و کنترل عفونت، امتیاز صفر تا ۲۳ نشان‌دهنده وضعیت ضعیف، امتیاز ۲۴ تا ۶۹ نشان‌دهنده شرایط متوسط و امتیاز ۷۰ به بالا حاکی از وضعیت خوب بود. در بعد اداره، رهبری و هدایت، امتیاز صفر تا ۲۶ نشان‌دهنده وضعیت ضعیف، امتیاز ۲۷ تا ۷۸ نشان‌دهنده وضعیت متوسط و امتیاز ۷۸ به بالا بیانگر شرایط خوب بود. در بعد ایمنی و مدیریت تأسیسات، امتیاز صفر تا ۲۷ نشان‌دهنده شرایط ضعیف، امتیاز بین ۲۸ تا ۸۱ نشان‌دهنده شرایط متوسط و امتیاز ۸۲ به بالا نشان‌دهنده شرایط خوب بود. در بعد آموزش و صلاحیت کارکنان، امتیاز صفر تا ۲۳ حاکی از شرایط ضعیف، امتیاز ۲۴ تا ۶۹ نشانگر شرایط متوسط و امتیاز ۷۰ به بالا نشان‌دهنده شرایط خوب بود. در بعد مدیریت اطلاعات و ارتباطات، امتیاز بین صفر تا ۲۸ نشانگر شرایط ضعیف، امتیاز ۲۸ تا ۸۴ حاکی از وجود شرایط در حد متوسط و امتیاز ۸۵ به بالا نشان‌دهنده شرایط خوب بود. در نهایت امتیاز کل هر

امتیاز کل ۹۵ مربوط به بیمارستان «د» و در حیطه اداره، رهبری و هدایت با امتیاز کل ۸۱ مربوط به بیمارستان «الف» بودند. در محور مدیریت اطلاعات و ارتباطات بیمارستان «ج» و «الف» به ترتیب دارای بیشترین (۱۰۳) و کمترین (۷۶) امتیاز بودند. محور پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان «ج»، بیشترین امتیاز (۸۳) و بیمارستان «ب» دارای کمترین امتیاز (۵۷) بود. محور آموزش و صلاحیت کارکنان در بیمارستان «ب» و بیمارستان «د» به ترتیب دارای بیشترین (۹۲) و کمترین امتیاز (۶۸) بودند. محور ایمنی و مدیریت تسهیلات در بیمارستان «د» بالاترین امتیاز (۹۸) و بیمارستان «ج» دارای کمترین امتیاز (۸۳) بود.

در نهایت بیمارستان «ب» در سه حیطه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، اداره، رهبری و هدایت و آموزش و صلاحیت کارکنان بالاترین امتیاز، بیمارستان «ج» در دو حیطه مدیریت اطلاعات و ارتباطات، پیشگیری و کنترل عفونت و بیمارستان «د» در حیطه ایمنی و مدیریت تسهیلات بالاترین امتیازها را کسب کردند (جدول ۱).

مورد بررسی، مربوط به استانداردهای ایمنی و مدیریت تسهیلات با ۸۴/۴ درصد و آموزش و صلاحیت کارکنان با ۸۴/۲ درصد بود و کمترین میزان رعایت استانداردها در حیطه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با ۷۵/۲ درصد بود.

بالاترین میزان رعایت استانداردهای سازمان محور مربوط به بیمارستان «ب» با ۸۶/۶ درصد و پایینترین میزان رعایت مربوط به بیمارستان «الف» با ۷۵/۷ درصد بود. در بیمارستان «ب» بالاترین امتیاز مربوط به حیطه آموزش و صلاحیت کارکنان بود که انطباق کامل داشت. بالاترین امتیاز مدیریت اطلاعات و ارتباطات متعلق به بیمارستان «ج» با ۹۱/۹ درصد بود. به بیمارستان «د» نیز بالاترین امتیاز ایمنی و مدیریت تسهیلات با ۹۰/۷ درصد تعلق گرفت و در بیمارستان «الف» آموزش و صلاحیت کارکنان، ۸۸ درصد با استانداردها انطباق داشت.

بیمارستان «ب» در دو حیطه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با امتیاز کل ۱۳۷ و اداره، رهبری و هدایت با امتیاز کل ۹۶، بالاترین امتیاز را به دست آورد و کمترین امتیاز در حیطه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با

جدول ۱: میزان رعایت استانداردهای سازمان محور در بیمارستانهای مورد مطالعه

بیمارستانهای مورد بررسی	الف		ب		ج		د	
	امتیاز کل	درصد رعایت استاندارد	امتیاز کل	درصد رعایت استاندارد	امتیاز کل	درصد رعایت استاندارد	امتیاز کل	درصد رعایت استاندارد
بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	۱۰۰	۶۵/۷	۱۳۷	۹۰/۱	۱۲۶	۸۲/۸	۹۵	۶۲/۵
اداره، رهبری و هدایت	۸۱	۷۷/۸	۹۶	۹۲/۳	۸۲	۷۸/۸	۸۳	۷۹/۸
مدیریت اطلاعات و ارتباطات	۷۶	۶۷/۸	۹۷	۸۶/۶	۱۰۳	۹۱/۹	۹۴	۸۳/۹
پیشگیری و کنترل عفونت	۶۸	۷۳/۹	۵۷	۶۱/۹	۸۳	۹۰/۲	۸۲	۸۹/۱
آموزش و صلاحیت کارکنان	۸۱	۸۸	۹۲	۱۰۰	۶۹	۷۵	۶۸	۷۳/۹
ایمنی و مدیریت تسهیلات	۸۸	۸۱/۴	۹۶	۸۸/۸	۸۳	۷۶/۸	۹۸	۹۰/۷
نمره کل	۸۲/۳۳	۷۵/۷	۹۵/۸۳	۸۶/۶	۹۱	۸۲/۵	۸۶/۶۶	۸۰

بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها حکایت از آن داشت که میزان رعایت استانداردهای سازمان محور در بیمارستان‌های آموزشی مورد بررسی، ۸۱/۲ درصد بود. بیمارستان‌های مورد مطالعه از نظر تطابق با استانداردهای کمیسیون مشترک بین‌الملل در جذب گردشگران پزشکی، آمادگی قابل قبول (کامل) داشتند که با نتیجه مطالعه شفقت و همکاران که در دو بیمارستان دولتی و دو بیمارستان خصوصی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد، تقریباً مشابه بود و میزان رعایت استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های خصوصی ۸۳/۲۳ درصد و بیمارستان‌های دولتی ۷۶/۱۲ درصد به دست آمد (۲۹). Woodhead در مطالعه خود حدود ۳۵۰ بیمارستان که مورد تأیید سازمان کمیسیون مشترک اعتباربخشی بین‌الملل بودند را بررسی نمود و میزان رعایت استانداردهای کمیسیون مشترک بین‌الملل را ۹۰ درصد گزارش کرد (۳۰). کلهر و همکاران در مطالعه خود که در ۴ بیمارستان دولتی، ۲ بیمارستان خصوصی و ۱ بیمارستان خیریه در دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام دادند، میزان رعایت استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان خیریه را ۸۷ درصد، خصوصی ۷۷/۲ درصد و دولتی ۵۷/۷ درصد عنوان نمودند (۳۱). Reddy در پژوهشی تحت عنوان «ارزشیابی جنبه‌های توریسم پزشکی منطبق با استانداردهای اعتباربخشی کمیسیون مشترک بین‌الملل در عربستان سعودی در سال ۲۰۱۷» از ۲۱۰ نفر از پرستاران، کارکنان اجرایی بیمارستان و پزشکان در زمینه‌های قابلیت‌های جذب گردشگری در شهرهای مختلف عربستان سعودی سؤال پرسیده شد که ۸۹ درصد از پاسخ‌دهندگان پیاده‌سازی و اجرای

استانداردهای اعتباربخشی را دلیل جذب گردشگران پزشکی قید کردند (۳۲). جعفری و همکاران در مطالعه خود که در سه بیمارستان دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دادند، میزان رعایت استانداردهای سازمان محور را ۷۶/۸ درصد ذکر کردند (۲۸). مطالعه مسعودی اصل و همکاران در ۵ بیمارستان خصوصی، ارتباط بین استانداردهای مدیریت سازمان مراقبت‌های درمانی کمیسیون مشترک بین‌الملل و توریسم درمانی در بیمارستان‌های تهران را بررسی نموده و میزان رعایت استانداردهای سازمان محور را ۷۹ درصد ذکر کردند (۳۳). همچنین در مطالعه جباری و همکاران، میزان رعایت استانداردها، بالای ۷۵ درصد بود (۳۴). نتایج مطالعات انجام شده تا حد زیادی با مطالعه حاضر همخوانی داشت. به نظر می‌رسد که با توجه به اجرایی نمودن استانداردهای اعتباربخشی در بیمارستان‌های آموزشی و همچنین این بیمارستان‌ها که به صورت سالیانه جهت کسب نمره اعتباربخشی پایش و ارزیابی می‌شوند، این امر می‌تواند تأثیر بسزایی در میزان رعایت استانداردهای سازمان محور کمیسیون مشترک بین‌الملل داشته باشد.

میزان رعایت استانداردهای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در بیمارستان‌های مورد بررسی، ۷۵/۲ درصد بود که کمترین نمره را در بین همه استانداردها داشت. میزان رعایت استانداردهای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در نتایج مطالعه شفقت و همکاران ۷۴/۴ درصد (۲۹)، مطالعه جعفری و همکاران ۷۳/۶ درصد (۲۸) و مطالعه خدایاری و همکاران ۷۱ درصد (۲۷) بود که همسو با نتیجه مطالعه حاضر بود و با نتایج مطالعه کلهر و همکاران و خدایاری و همکاران که میزان رعایت این استاندارد را به ترتیب در ۶۶ و

۵۷/۲ درصد گزارش کرده بودند (۲۷،۳۱)، همخوانی نداشت. در حال حاضر از آنجایی که یکی از رویکردهای مهم جهت جلوگیری از اشباع محصول یا مرگ سازمان، مدیریت کیفیت جامع است، لذا این رویکرد از ابزارهای مهم، کارا و مؤثر برای بهره‌وری و رویارویی با تغییرات سریع محیط و رقابت در سطح ملی و جهانی است. هدف از این کار، کمک به بالابردن کیفیت محصول یا خدمات است که با افزایش رضایتمندی مشتری همراه شده و در نهایت هزینه‌ها را نیز کاهش خواهد داد. همچنین مطالعات مختلفی در رابطه با مدیریت کیفیت و ارتقای خدمات گردشگری پزشکی وجود دارد؛ بنابر این یکی از ابزارهای مناسب برای بهبود و ارتقای خدمات پزشکی به شمار می‌رود. به نظر می‌رسد اجرای مدل‌های بهبود کیفیت از جمله مدل مدیریت کیفیت فراگیر و حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های مورد مطالعه، تأثیر بسزایی روی این موضوع داشته باشد. همچنین تعهد مدیریت، یکی از مسئولیت‌های مدیران در استقرار مدیریت کیفیت فراگیر است (۲۷). به همین دلیل مدیران ارشد شخصاً در تدارک پیاده کردن و توسعه مدیریت کیفیت فراگیر درگیر شده و تعهد آشکار خود را با رهبری، طرز تفکر و اداره سازمان بر اساس اصول برخاسته از آن نشان دهند. علاوه بر نشان دادن تعهد شخصی، لازم است مدیران تعهد کل سازمان به ارتقاء کیفیت ترغیب کنند.

دومین استاندارد از لحاظ دارا بودن کمترین نمره در بیمارستان‌های مورد مطالعه، مربوط به پیشگیری و کنترل عفونت با میزان رعایت آن در ۷۸/۷ درصد بیمارستان‌های مورد مطالعه بود که نسبت به سایر استانداردهای باقی‌مانده، نمره پایین‌تری داشت. میزان رعایت این استاندارد در مطالعه شفقت و همکاران،

۸۶ درصد (۲۹)، کلهر و همکاران، ۷۳/۵ درصد (۳۱) و جعفری و همکاران ۷۹/۳ (۲۸) بود که همسو با نتیجه مطالعه حاضر بود و با نتایج مطالعات مسعودی اصل و همکاران، خدایاری و همکاران و زحمتکش و همکاران که میزان رعایت این استاندارد را به ترتیب ۶۳، ۶۸/۵ و ۶۰ درصد اعلام کردند (۳۵، ۳۳، ۲۷)، همسو نبود. همچنین میزان رعایت استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت ۸۵ بیمارستان آموزشی در کره جنوبی ۷۰ درصد بود (۳۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. نتیجه مطالعه Kang و همکاران میزان آگاهی پرستاران از راهنماهای کنترل عفونت با میکروارگانیزم را در حدود ۸۸ درصد نشان داد و میزان پیروی و اطاعت آنان از استانداردها را ضعیف اعلام نمود. ۳۰ درصد پرستاران کمبود وقت و ۹۴/۸ آنان، نداشتن آگاهی در این زمینه را دلیل نشستن دست‌ها ذکر کردند (۳۷). به نظر می‌رسد مهم‌ترین دلیل عدم آگاهی اکثر پرستاران نسبت به چگونگی کنترل عفونت‌های بیمارستانی، پیگیری در اجرای پروتکل‌های پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی و آموزش آن به پرسنل می‌باشد. همچنین از آنجایی که معمولاً واحدهای آموزش و کنترل عفونت با یک کارشناس اداره می‌شوند، احتمال ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی در گردشگران پزشکی، به عنوان یکی از محدودیت‌های بالینی برای مسافرت پزشکی گردشگران به خارج از کشور قلمداد می‌شود. همچنین میزان آگاهی کارکنان پرستاری در خصوص عفونت‌های بیمارستانی به عوامل بسیاری وابسته است که از جمله آن‌ها، ویژگی‌های فردی و تحصیلی، برگزاری دوره‌های آموزشی و عوامل مدیریتی و انگیزشی و در نهایت تدوین سیستم ملی کنترل و

نظارت عفونت‌های بیمارستانی و کمیته کنترل عفونت می‌باشد.

میزان رعایت استانداردهای رهبری و هدایت در بیمارستان مورد بررسی، ۸۲/۱ درصد بود که در سطح مطلوبی قرار داشت. میزان رعایت استاندارد رهبری و هدایت در مطالعه شفقت و همکاران ۸۶/۱ درصد (۲۹)، در مطالعه مسعودی اصل و همکاران این میزان برابر ۸۳ درصد (۳۳)، در مطالعه کلهر و همکاران ۷۰/۵ درصد (۳۱) و در مطالعه Pfeffermann ۷۵ درصد بود (۳۸) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. میزان رعایت این استاندارد در مطالعه جعفری و همکاران، ۶۹/۲ درصد (۲۸) و در مطالعه خدایاری و همکاران ۶۱/۳ درصد بود که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۲۷). به نظر می‌رسد یکی از عوامل مطلوب بودن این بعد، وجود هیئت امناء مستقل در بیمارستان‌های موردنظر و این‌که این بیمارستان‌ها به صورت مستقل و با رهبری هیئت امناء اداره می‌شدند، بود (۲۷).

میزان رعایت استانداردهای مدیریت اطلاعات و ارتباطات، ۸۲/۵ درصد به دست آمد که در سطح مطلوبی قرار داشت. میزان رعایت این استاندارد با نتیجه مطالعه شفقت و همکاران ۸۱ درصد (۲۹)، مطالعه کلهر و همکاران ۷۵/۸ درصد (۳۱)، جعفری و همکاران ۷۹/۱ درصد (۲۸) و مسعودی اصل و همکاران با ۸۰ درصد (۳۳) همخوانی داشت و با نتیجه مطالعه خدایاری و همکاران با میزان ۶۴/۵ درصد همخوانی نداشت (۲۷). افشانی و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که یکی از نقاط ضعف عمده صنعت گردشگری پزشکی کشور فقدان اطلاع‌رسانی مناسب و حرفه‌ای و به خصوص خلأهای موجود در روابط عمومی الکترونیک در

بیمارستان‌های کشور است که به عدم آگاهی یا تمایل گردشگران پزشکی داخلی و خارجی از قابلیت‌های بالفعل خدمات بین‌المللی سلامت و استفاده از آن منجر می‌شود (۳۹). طبیبی و همکاران در مطالعه خود بیان می‌کند که تبلیغات و اطلاع‌رسانی در شبکه‌های بین‌المللی می‌تواند منجر به جذب گردشگر از سراسر جهان شود (۴۰). علیرغم توجه فراوان به مسئله کیفیت و حفاظت داده‌ها و اطلاعات، هنوز موارد زیادی از مسائل و مقررات جهانی برای گردشگری پزشکی تدوین نشده است که این مسئله خلأهایی را از نظر قانونی و اخلاقی ایجاد می‌نماید (۲۴). وجود سیستم اطلاعاتی منسجم و سیستم‌هایی برای معرفی پزشکان برجسته بیمارستان در جذب گردشگران پزشکی مؤثر است؛ بنابراین اطلاع‌رسانی به روز در خصوص خدمات پزشکی در ایران می‌تواند باعث جذب گردشگر شود.

میزان رعایت استانداردهای آموزش و صلاحیت کارکنان، ۸۴/۲ درصد به دست آمد که در سطح مطلوبی قرار داشت. میزان رعایت این استاندارد در مطالعه شفقت و همکاران (۲۹) در دو بیمارستان دولتی و دو بیمارستان خصوصی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۷۷/۲ درصد و مطالعه مسعودی اصل و همکاران (۳۳) در ۵ بیمارستان خصوصی در دانشگاه علوم پزشکی تهران ۷۵/۷ درصد و مطالعه جعفری و همکاران در سه بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران ۷۴/۶ درصد بود که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داشت و با نتایج مطالعه خدایاری و همکاران (۲۷، ۲۸) در ۴ بیمارستان دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران ۶۳/۹ درصد و مطالعه کلهر و همکاران (۳۱) در ۷ بیمارستان در دانشگاه علوم پزشکی قزوین ۶۰/۹ درصد همخوانی

مذکور نسبتاً مناسب بود. این امر به معنی عدم نیاز به ارتقای وضعیت رعایت این استانداردها نیست، لیکن در موارد بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و پیشگیری و کنترل عفونت، بیمارستان‌ها نیازمند برنامه‌ریزی و اجرای طرح‌هایی در جهت بهبود وضعیت خود بودند و بایستی بتوانند با ارائه برنامه‌ای جامع در رفع نقایص مذکور کوشیده و راه را برای کسب اعتباربخشی که پیش نیاز اساسی برای ورود و فعالیت کارا در بازار بین‌المللی گردشگری پزشکی است، هموارتر نمایند.

پیشنهادها

با توجه به مشخص شدن نقاط قوت و نقاط قابل اصلاح، این مراکز می‌توانند با سرمایه‌گذاری هر چه بیشتر بر روی نقاط قوت و معرفی آن‌ها به عنوان توانمندی‌های منحصر به فرد خود در ارائه خدمات، نقش خویش را در این بازار پررنگ‌تر نمایند. در زمینه نقاط قابل اصلاح نیز می‌توان بر حسب مورد از طریق تدوین برنامه‌های جامع، آموزش کارکنان و اصلاح برخی از فرایندها، نتیجه موردنظر را حاصل نمود. همچنین با استفاده از ماتریس سوات (نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها) به نقاط قوت و ضعف خود پی برده و در جهت تقویت هرچه بیشتر نقاط قوت خود و رفع نقاط ضعف، گام مؤثری در جذب گردشگران پزشکی بردارند. همچنین پیشنهاد می‌گردد واحدی تحت عنوان توریسم پزشکی و کمیته گردشگری پزشکی در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها ایجاد گردد. تورهای رسمی برای جذب گردشگر پزشکی و همچنین سیستم جامعی جهت در اختیار گذاشتن اطلاعات بیمارستان‌های منطبق با استانداردهای کمیسیون

نداشت. به نظر می‌رسد آموزش مناسب کارکنان و کسب صلاحیت‌های موردنظر می‌تواند پشتیبان مراکز درمانی در ارائه مناسب خدمات گردشگری پزشکی باشد؛ بنابراین بیمارستان‌هایی که خواهان ورود به بازار بین‌المللی مراقبت‌های سلامت هستند باید برای آموزش کارکنان خود به خصوص در زمینه یادگیری زبان‌های بین‌المللی سرمایه‌گذاری کنند.

در مطالعه حاضر میزان رعایت استانداردهای ایمنی و مدیریت تسهیلات، ۸۴/۴ درصد به دست آمد که در سطح بسیار مطلوبی قرار داشت. مسعودی اصل و همکاران در مطالعه خود میزان رعایت ایمنی و مدیریت تسهیلات را در سطح بیمارستان‌های آموزشی - درمانی تهران، ۱/۳ از ۵ ذکر کرد که در حد متوسط به بالایی قرار داشت (۳۳). همچنین جعفری و همکاران در سه بیمارستان دولتی میزان رعایت این استاندارد را ۴/۸۱ درصد ذکر کردند (۲۸). شفقت و همکاران در دو بیمارستان دولتی و دو بیمارستان خصوصی میزان رعایت این استاندارد را همچنین ۸۱ درصد عنوان کردند (۲۹) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت و نشان‌دهنده وضعیت مطلوب در این زمینه بود. مطالعه زحمتکش و همکاران نیز مطلوب بودن این استاندارد را نشان داد که با مطالعه حاضر همسو است (۳۵). به نظر می‌رسد نوسازی ساختمان و تجهیزات بیمارستانی دلیل مطلوب بودن این استاندارد باشد.

به نظر می‌رسد که بیمارستان‌های آموزشی مورد بررسی، آمادگی نسبی در جذب گردشگران پزشکی داشتند که البته این توانمندی‌ها در برخی از استانداردها مناسب و در برخی دیگر ناکافی بود. وضعیت استانداردهایی مانند ایمنی و مدیریت تسهیلات و آموزش و صلاحیت کارکنان آمادگی

دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران به خاطر حمایت مالی این طرح و پرسنل زحمتکش بیمارستان‌های تحت مطالعه به خاطر همکاری در مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌نمایند، که هیچ گونه تعارض منافع با یکدیگر و سازمانی نداشتند.

مشترک بین‌الملل به توریست‌های خارجی و سایت‌های اطلاع‌رسانی به زبان‌های عربی و انگلیسی که به معرفی مراکز درمانی و نوع خدمت آن می‌پردازند، راه‌اندازی گردد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۵ با کد ۱۳/۰۲/۱۳۹۵-۷۶۷۰ بود. نویسندگان مقاله از کمیته تحقیقات

References

1. Turner L. Canadian medical tourism companies that have exited the marketplace: Content analysis of websites used to market transnational medical travel. *Global Health* 2011;7(1):8-40.
2. Ramanna M. Medical tourism and the demand for hospital accreditation overseas; 2006. [cited 2016 May 8] Available from: [https://www.law.uh.edu/healthlaw/perspectives/2006%5C\(MR\)MedicalTourismFinal.pdf](https://www.law.uh.edu/healthlaw/perspectives/2006%5C(MR)MedicalTourismFinal.pdf)
3. Kelley E. Medical Tourism. WHO Patient Safety Programme. World Health Organization; 2013 [cited 2016 Sep 27]. Available from: http://www.who.int/global_health_histories/seminars/kelley_presentation_medical_tourism.pdf.
4. Al Khaja KA, Sequeira RP, Damanhori AH. Polypharmacy associated with medical tourism: a critique on drug therapy. *Int J Clin Pharm* 2011;33(1):61-5.
5. Hopkins L, Labonte R, Runnels V, Packer C. Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *J Public Health Policy* 2010;31(2):185-98.
6. Bauer JC. Medical tourism: wave of the future in a world of hurt? *Healthc Financ Manage* 2009;63(8):36-8.
7. Ghanbari S, Hajinejad A, Rahmani P. Formulating strategic plan of medical tourism development. *International Journal of Travel Medicine and Global Health* 2014;2(4):149-54.
8. Martin DS, Ramamonjiarivelo Z, Martin WS. MEDTOUR: a scale for measuring medical tourism intentions. *Tourism Review* 2011;66(1/2):45-56.
9. Sadr Momtaz N, Agharahimi Z. Medical tourism industry in Iran: Strategies for development. *Health Information Management* 2011;7(Special Issue):516-24. Persian
10. York D. Medical tourism: the trend toward outsourcing medical procedures to foreign countries. *J Contin Educ Health Prof* 2008;28(2):99-102.
11. Smart T, Watch A. Travel and Hospitality Industry set to tap into Asia's US\$4 Billion Medical Tourism Market; 2006 [cited 2016 May 16]. Available from: <https://www.hospitalitynet.org/news/4026986.html>
12. Ghaseminejad S, Mahmoudi G, Abedi G. Evaluation of patient-oriented standards of joint commission international in Gilan and Mazandaran teaching hospitals. *Biotechnology and Health Sciences* 2016;3(4):10-8.
13. Connell J. Medical tourism: Sea, sun, sand and ...surgery. *Tourism Management* 2006;27(6):1093-100.
14. Masoudi Asl I, Nasiri T, Dopeykar N, Shams L. Observance of the patient-oriented standards of joint commission international and its relation to attracting of health tourists in selected hospitals In Tehran, Iran. *Payavard Salamat* 2015;9(2):192-202. Persian
15. Delgosaie B, Jabbari A, Farzin M, Sherbafchizadeh N, Tabibi S. Medical tourism in Iran: a case study. *Payesh* 2012; 11(2): 17-9. Persian
16. Lagiewski R, Myers W. Medical Tourism: perspectives and applications for destination development; 2008. [cited 2016 May 20]. Available

from: <https://ritdml.rit.edu/handle/1850/7334/>

17. Ayoubian A, Tourani S, Hashemi Dehaghi Z. Medical tourism attraction of Tehran hospitals. *International Journal of Travel Medicine and Global Health* 2013;1(1):95-8.

18. Mortensen J. International trade in health services-assessing the trade and the trade-offs. DIIS working paper; 2008. [cited 2016 Nov 23]. Available from: <https://www.files.ethz.ch/isn/93131/2008-11.pdf>

19. Tabrizi J, Gharibi F. Systematic survey of accreditation models for designing a national model. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2011;16(3):95-109. Persian

20. Gray HH, Poland SC. Medical tourism: crossing borders to access health care. *Kennedy Inst Ethics J*. 2008;18(2):193-201.

21. World Health Organization (WHO). Quality and accreditation in health care services; 2003 [cited 2016 Jul 16]. Available from: http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accr_education.pdf

22. Tabrizi JS, Gharibi F, Wilson AJ. Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Mod-els. *Health Promot Perspect* 2011; 1(1): 1-31.

23. Shalbfafian A. Health tourism development strategies (A medical tourism perspective): [dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabai University; 2006.

24. Chinai R, Goswami R. Are we ready for medical tourism? *Tourism Management* 2005; 27(6): 1093-100.

25. Nagarajan GS. Medical tourism in India: strategy for its development crisil young thought leader series, 2004 [dissertation]. India: Indian Institute of Management Bangalore; 2004.

26. Carabello L. A medical tourism primer for U.S. physicians. *The Journal of Medical Practice Management* 2008; 23(5):291-4.

27. Khodayari Zarnaq R, Tourani S, Qaderi A, Salehi M, Jafari H. Readiness of teaching hospitals in attracting medical tourists based on joint commission international standards. *J Qazvin Univ Med Sci* 2013;17(1):48-54. Persian

28. Jafari M, Sadeghifar J, Raadabadi M, Mosavi SM, Khodayari Zarnaq R, Bahadori M. The inquiry of international standards for medical tourism: a case study into hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *International Journal of Travel Medicine and Global Health* 2014;2(2):45-50.

29. Shafaghat T, Jabbari A, Kavooosi Z, Ayoubian A, Rahimi Zarchi MK. The capabilities of Iranian hospitals in attracting Medical tourists; based on joint commission International: a case study of Shiraz hospitals. *International Journal of Travel Medicine and Global Health* 2014;2(1):5-9.

30. Woodhead A. Scoping medical tourism and

international hospital accreditation growth. *Int J Health Care Qual Assur* 2013;26(8):688-702.

31. Kalhor R, Moosavi S, Ramezanzpour M, Molapour A, Keshavarz A, Bahrami E, et al. Evaluation of the quality of services delivered in Qazvin's hospitals to attract medical tourists: joint commission international approach. *Journal of Biology and Today's World* 2016;5(12):224-9.

32. Reddy LK. Evaluating medical tourism prospects of joint commission international accredited hospitals in the Kingdom of Saudi Arabia. *Health Science Journal* 2017;11(2):1-8.

33. Masoudi Asl I, Nasiri T, Shams L, Hashemidehaghi Z. Relationship between health care organization management standards of the joint commission international and health tourism in selected hospitals in Tehran. *International Journal of Travel Medicine and Global Health* 2014;2(1):19-22.

34. Jabbari A, Rahimi Zarchi MK, Kavosi Z, Shafaghat T, Keshtkaran A. The marketing mix and development of medical tourism in Shiraz. *Mater Sociomed* 2013;25(1):32-6.

35. Zahmatkesh H, Khodayari-Zarnagh R, Khorasani M, Safari H, Ayoobian A. The capabilities of four Iranian teaching hospitals in attracting medical tourists according to the accreditation standards. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences* 2011; 1(7): 142-70.

36. Oh HS, Chung HW, Kim JS, Cho SI. National survey of the status of infection surveillance and control programs in acute care hospitals with more than 300 beds in the Republic of Korea. *Am J Infect Control* 2006;34(4):223-33.

37. Kang J, Cho J, Kim Y, Kim DH, Lee J, Park HK, et al. Hospital nurses' knowledge and compliance on multidrug-resistant organism infection control guideline. *J Korean Acad Nurs* 2009;39(2):186-97. Korean

38. Pfeffermann G. Leadership and management quality: key factors in effective health systems. *World Hosp Health Serv* 2012;48(3):18-20.

39. Afshani A, Khodadadi R, Ghafarzadeh N. Role of public relations in development of Medical tourism market. The 3rd Regional Congress on International Health Services of Iran; 2009 Nov 4-5; Urmia, Iran: Urmia University of Medical Sciences: 2009. p. 107-8.

40. Tabibi SJ, Nasiripour AA, Ayubian A, Bagherian Mahmoodabadi H. The Relation between Information Mechanisms and Medical Tourist Attraction in Hospitals of Tehran, Iran. *Health Information Management* 2012; 9(3): 423-8.

Readiness of Teaching Hospitals to Attract Medical Tourists Based On Organization-Oriented Standards of Joint Commission International (JCI): a case study

Zarei Ehsan¹, Ahmadi Kashkoli Sadegh^{2*}, Khezeli Mohammad Javad³, Fazli Ouchhesar Farasat⁴, Azizi Audeleh⁵, Shamsadini Lori Abbas⁶

• Received: 06. 06. 2017

• Revised: 03. 10. 2017

• Accepted: 04. 10. 2017



Abstract

Background & Objectives: The ability to attract tourists in international health markets depends on the quality standards. The aim of this study was to determine the state of educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences based on organization-oriented standards of joint commission international.

Methods: This Descriptive study was performed in four selected teaching hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran. Data collection was carried out using the questionnaires of the organization-oriented standards of joint commission international including 76 questions in 6 areas of improving quality and patient safety, infection prevention and control, leadership and guidance, safety and facility management, training and staff competence and information and communication management. Descriptive statistics were used as mean and percentage. Data were entered into SPSS20 software.

Results: The compliance rate of organization-oriented standards in the hospitals was 81.2% that indicated the relative readiness with regard to the standards of joint commission international in attracting medical tourists. The highest compliance rate of standards was related to safety and facility management (84.4%) and the lowest compliance rate was related to quality improvement and patient safety (75.2 %).

Conclusion: Hospitals should pay more attention to the quality improvement and patient safety in order to meet international standards and obtain an international accreditation certificate, and they are supposed to improve standards in this area through corrective actions.

Keywords: Medical Tourism, Joint Commission International, Quality Assurance, Organization-Oriented Standards, Teaching Hospital

Citation: Zarei E, Ahmadi Kashkoli S, Khezeli MJ, Fazli Ouchhesar F, Azizi A, Shamsadini Lori A. Readiness of Teaching Hospitals to Attract Medical Tourists Based On Organization-Oriented Standards of Joint Commission International (JCI): a case study. Journal of Health Based Research 2017; 3(3): 253-265.

1. Assistant Professor, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. MSc, Gerash University of Medical Sciences, Gerash, Iran.

3. MSc, School of Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

4. MSc Student, Student Research Committee, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5. MSc, Larestan University of Medical Science, Larestan, Iran

6. MSc, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

***Correspondence:** Department of Health Care Management, School of Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, at 29.Qasr Dasht St.

Tel: 00987136203596

Email: nemazarah@yahoo.com