مقاله پژوهشی

شناسایی چالش‌های اجرایی نسل نوین اعتباربخشی بیمارستانی در ایران

حبیبه خوش آموز [۱]، مهرداد گودرزوند چگینی [۲*]، حمیدرضا رضایی کلیدبری [۳]

[۱] دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران
[۲] استاد، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران
[۳] استادیار، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران

* **نویسنده مسؤول:** مهرداد گودرزوند چگینی
goodarzvand@iaurasht.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بیمارستان‌ها، از ارکان نظام سلامت محسوب می‌شوند و اصلاح نظام سلامت بدون ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها مقدور نخواهد بود. اعتباربخشی نوعی ارزشیابی منظم از مراکز بیمارستانی است که بر بهبود مداوم کیفیت و ارتقاء ایمنی بیماران تأکید دارد. هدف از این مطالعه، شناسایی چالش‌های نسل نوین اعتباربخشی بیمارستانی با استفاده از الگوی سه‌شاخگی و ارائه راهکارهایی به منظور ارتقای اثربخش آن است.

روش پژوهش: مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های آمیخته اکتشافی بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۲۰ مصاحبه نیمه ساختار یافته با رویکرد تحلیل محتوا انجام گرفت و مدل اولیه طراحی گردید. سپس با استفاده از تکنیک دلفی مدل اولیه توسط خبرگان اصلاح و تائید شد. به‌منظور آزمون مدل، پرسشنامه‌ای محقق ساخته بین ۳۸۴ نفر از کارکنان بیمارستان‌های کشور بر مبنای جدول مورگان و به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای سهمیه‌ای توزیع گردید. داده‌ها با روش تحلیل عاملی تائیدی و با استفاده از نرم‌افزار Smart PlS 3 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: داده‌ها پس از تجزیه و ترکیب بر اساس الگوی سه‌شاخگی در قالب ۳۱ کد اولیه، ۵ مفهوم و ۳ مقوله اصلی دسته‌بندی گردید. کدهای اصلی شامل چالش‌های رفتاری، چالش‌های ساختاری و چالش‌های زمینه‌ای بودند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها بیشترین چالش مربوط به مقوله رفتاری و پس از آن مربوطه به مقوله ساختاری بود که این بدان معناست که کانون توجه فعلی به سمت مسائل درون سازمانی است. بر این اساس می‌توان گفت چالش‌های مقوله زمینه‌ای کمتر مورد توجه واقع شده است.

واژه‌های کلیدی: اعتباربخشی، بیمارستان، چالش‌ها

ارجاع: خوش آموز حبیبه، گودرزوند چگینی مهرداد، رضایی کلیدبری حمیدرضا. شناسایی چالش های اجرایی نسل نوین اعتباربخشی بیمارستانی در ایران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۵(۲): ۲۵-۱۱۱.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۱۷
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۰۵/۱۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۶

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

مقدمه

اعتباربخشی بیمارستانی یکی از سیستم‌های ارزشیابی نظام سلامت است که به‌طور فزاینده‌ای در کانون توجه متولیان و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی قرار گرفته است (۱). امروزه سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی برای ارائه خدمات، با چالش‌های مهمی مواجه هستند. از این رو، نه تنها سیاست‌گذاران و مدیران، بلکه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی، اعتباربخشی را امری اجتناب‌ناپذیر می‌دانند (۲).

اعتباربخشی یک رویکرد مهم در فرآیند تضمین بهبود کیفیت است (۳) که از درجه ارزش و اعتبار بالایی برخوردار بوده (۴) و به عنوان یک استراتژی اساسی در سراسر جهان با هدف دستیابی به سطح بالایی از کیفیت مورد استفاده قرار می‌گیرد (۵). از ویژگی‌های بارز اعتباربخشی در نقاط موفق دنیا می‌توان به داشتن استانداردهای جامع، واقعی، همگن، هم‌راستا و در عین حال شفاف در کنار ابزار مناسب ارزشیابی، بسترسازی مناسب، پیاده‌سازی استانداردها و اجرای ارزشیابی توسط افراد خبره و بی‌طرف اشاره کرد (۶). اعتباربخشی با تمرکز بر بهره‌وری و اثربخشی خدمات بر کاهش هزینه‌های بخش بهداشت و درمان اثرگذار بوده و منجر به حفظ و بهبود کیفیت خدمات (۷) و ایجاد اعتماد عمومی در سطح جامعه می‌شود (۸). اعتباربخشی با تعیین استانداردها و ارتقای کیفیت خدمات (۹) و فراهم آوردن چارچوب منسجم منجر به شفافیت، افزایش پاسخگویی و اجرای بهینه فرآیندها در مراکز بهداشتی و درمانی می شود (۱۰).

از سال‌ها پیش اعتباربخشی در ایران تحت عنوان برنامه‌های ارزشیابی بیمارستان‌ها وجود داشته است که به دنبال انتقاداتی که به ضوابط، نحوه ارزشیابی و اقتباس آن از برنامه‌های جهانی اعتباربخشی وجود داشت، ایده بازنگری در استانداردها و سیستم ارزشیابی آن مطرح گردید (۱۱). تاریخچه اعتباربخشی در ایران به سال ۱۳۷۶ برمی‌گردد که سهم به سزایی هم در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی داشته، اما با توجه به پویایی حوزه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و عدم کارایی استانداردهای آن دوره، نیاز به تغییر و تحول اساسی در آن‌ها ضرورت یافت. با تلاش سیاست‌گذاران این عرصه سیستم ارزشیابی نظام سلامت ایران طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۹ تقویت گردید و تدوین برنامه ملی اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور در سال ۱۳۸۹ به پایان رسید (۱۲). اولین دوره اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور به‌طور رسمی در بازه زمانی ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ با استفاده از ۸۱۰۴ سنجه انجام شد. تعداد زیاد سنجه‌های اعتباربخشی موجب نارضایتی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها گردید. درنتیجه، در سال ۱۳۹۳ تعداد استانداردهای اعتباربخشی به ۲۱۵۷ سنجه کاهش یافت (۱۳) و دور دوم اعتباربخشی بیمارستان‌ها پس از یکسری تغییرات و اصلاحات در بازه زمانی ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ انجام گرفت (۱۱). اما از آنجائیکه این استانداردها، بیشتر از نوع ساختاری و فرآیندی بودند و تعداد استانداردهای پیامدی آن بسیار محدود بود با انتقادات زیادی همراه شد و بازنگری اساسی در استانداردهای اعتباربخشی، در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت و نسل سوم استانداردهای اعتباربخشی ملی با ۹۰۳ سنجه تدوین گردید. علی رغم اینکه این نسل از اعتباربخشی مورد بازنگری اساسی قرار گرفته بود اما باز هم با چالش‌های زیادی پس از اجرا مواجه شد که از جمله ضعف‌ها و چالش‌های این نسل، علاوه بر تعداد زیاد سنجه‌ها و عدم شفافیت و قابل فهم نبودن بعضی از آن‌ها، روش امتیازدهی این نسل بود که نیاز به اصلاحاتی داشت (۱۴). پس از دور سوم اعتباربخشی و از آنجائی‌که ارائه خدمات باکیفیت و ایمن در بیمارستان‌ها یکی از اساسی‌ترین وظایف و دغدغه‌های وزارت بهداشت و درمان به حساب می‌آید، ویرایش نسل چهارم اعتباربخشی ملی ایران با ۵۱۴ سنجه و در نظر گرفتن رویکردهای اجتناب از مستندسازی‌های غیر ضرور، کاهش منطقی حجم استانداردها، تمرکز بر بیمار محوری و تأکید بر کار گروهی برای بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار به‌روزرسانی، بازنگری و تدوین گردید. لازم به ذکر است نسل سوم و چهارم اعتباربخشی در ایران به عنوان نسل نوین اعتباربخشی معرفی گردیده است و بیمارستان‌های کشور در آستانه پیاده‌سازی و اجرای نسل چهارم از استانداردهای ملی اعتباربخشی می‌باشند. اما نکته قابل تأمل این است که با گذشت چند دوره از اعتباربخشی در ایران هنوز هم انتقاداتی به نحوه اجرای اعتباربخشی بیمارستانی وجود دارد و در عمل بیمارستان‌های کشور با چالش‌هایی عدیده‌ای روبرو هستند که با توجه به صرف هزینه‌هایی برای اجرای اعتباربخشی، هنوز هم

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

شواهدی مبنی بر تائید اثربخشی برنامه‌های اعتباربخشی در ایران مشاهده نشده است (۱۳). بنابراین با توجه به تاریخچه اعتباربخشی و اشاره به ضرورت بازنگری در تدوین استانداردهای اعتباربخشی، نکته مهمی که باید مورد توجه واقع شود این است که بیمارستان‌ها برای اجرای صحیح اعتباربخشی نیازمند یکسری الزامات و پیش نیازهایی هستند که در صورت فراهم نبودن آن‌ها، اعتباربخشی به درستی اجرا نمی‌شود. آموزش مدیران و کارکنان، تأمین منابع مورد نیاز، اختصاص زمان کافی و در نظر گرفتن مکانیزم‌های انگیزشی از جمله پیش‌نیازهای اساسی اجرای اعتباربخشی است که این پیش نیازها در کشور به درستی فراهم نشده و عدم تأمین آن‌ها منجر به بروز مشکلات و چالش‌های بسیار زیادی برای مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها، در زمان اجرای اعتباربخشی شده است (۱۴).

یحیوی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی بین کارکنان بیمارستان‌های تهران، کمبود نیروی انسانی، کمبود تجهیزات مناسب، نبود انگیزه مثبت در مدیران، کمبود مهارت‌ها و دانش کافی را از مهمترین چالش‌های اعتباربخشی دانسته‌اند (۱۵). در مطالعه‌ای دیگر که توسط بهرامی و همکاران (۱۳۹۵) بین کارکنان بیمارستانی سراسر کشور انجام شده است، به این نتیجه دست یافتند که اجرای اعتباربخشی توسط معاونت درمان وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور یک چالش مهم است و باید پیاده‌سازی این نظام به‌صورت داوطلبانه و توسط یک سازمان خصوصی و مستقل صورت پذیرد (۱۶). همچنین صادقی و همکاران (۱۳۹۵) هم در مطالعه‌ای بین کارکنان و مدیران بیمارستان‌های شهر رفسنجان، دریافتند که بسیاری از بیمارستان‌ها در کشورهای مختلف به‌صورت اختیاری با استانداردهای اعتباربخشی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند که این روند اکنون در دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور به‌وسیله ارزیابان داخلی و ارزیابان ارشد کشوری صورت می‌پذیرد (۱۱).

به منظور آسیب شناسی فرایند اعتباربخشی، می‌توان از مدل‌ها و الگوهای مختلفی استفاده نمود و آسیب‌شناسی فرایندی است که در آن مسائل و چالش‌های سازمان مورد مطالعه و تحلیل قرار می‌گیرد (۱۶). در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل و آسیب شناسی از الگوی سه‌شاخگی استفاده شده است. این الگو در پژوهش‌های حوزه‌ی منابع انسانی در سازمان‌های دیگر و همچنین دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد استفاده قرار گرفته است، اما برای اولین بار در این مطالعه در حوزه اعتباربخشی بیمارستانی استفاده شده است. الگوی سه‌شاخگی سازمان‌ها را از سه منظر ساختاری، رفتاری و زمینه‌ای مورد بررسی قرار می‌دهد و علت نام‌گذاری این مدل به سه شاخگی آن است که ارتباط عوامل ساختاری، رفتاری و زمینه‌ای به گونه‌ای است که هیچ رویداد یا پدیده‌ای نمی‌تواند خارج از تعامل این سه شاخه قرار گیرد. به عبارتی رابطه این سه شاخه تنگانگ بوده و در عمل جدایی ناپذیر است (۱۷). در این الگو منظور از عوامل رفتاری تمامی عوامل مرتبط با نیروی انسانی است که محتوای سازمان را تشکیل می‌دهد، منظور از عوامل ساختاری تمامی عناصر، عوامل و شرایط فیزیکی و غیر انسانی سازمان است و منظور از عوامل زمینه‌ای عوامل محیطی و شرایط بیرونی است که سبب ساز عوامل ساختاری و رفتاری خواهند شد (۱۸).

با توجه به اهمیت اجرای صحیح اعتباربخشی و ضرورت آسیب‌شناسی و شناسایی چالش‌های اجرایی آن، این پژوهش در آستانه پیاده‌سازی نسل چهارم اعتباربخشی با هدف آسیب‌شناسی نسل نوین اعتباربخشی، از طریق الگوی سه شاخگی به این مهم پرداخته و سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که، چالش‌های نسل نوین اعتباربخشی کدامند و بیشترین چالش‌ها درکدام یک از مقوله‌های الگوی سه شاخگی قرار دارند؟

روش پژوهش

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای ترکیبی با رویکرد آمیخته اکتشافی است که به صورت کیفی و کمّی در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. فاز کیفی آن در دانشگاه علوم پزشکی گیلان و فاز کمّی آن در بیمارستان‌های سرقطب از قطب‌های ده‌گانه دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور انجام شده است. این مطالعه به‌منظور شناسایی چالش‌های اعتباربخشی بیمارستانی در ۴ گام انجام شد.

گام اول: بررسی متون

در گام اول به مرور متون پرداخته شد که از این مرور جهت استخراج سؤالات مربوط به مصاحبه‌ها، شناسایی چالش‌های اعتباربخشی و تطابق یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها با مبانی نظری موجود، به عنوان پشتوانه‌ای مستحکم جهت تائید یافته-

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

های حاصل از مصاحبه‌ها استفاده گردید. متون شامل مقالات، پایان‌نامه‌ها، کتب و دستورالعمل‌های اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های کشور ابلاغی وزارت بهداشت بودند که مورد بررسی قرار گرفتند.

گام دوم: مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته

در گام دوم نیاز به کارشناسانی بود که در فرایند اجرای اعتباربخشی صاحب‌نظر باشند. بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با توجه به زمان و مکان مناسب، مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۰ نفر انتخاب شدند که این افراد واجد یک یا چند ویژگی زیر بودند:

- ✓ رؤسا و مدیران اجرایی در سطح بیمارستان‌ها
- ✓ مدیران و مسئولین در سطح معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی
- ✓ پزشکان و اعضاء هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی و صاحب‌نظر در زمینه اعتباربخشی

۲۰ مشارکت کننده انتخاب شده در این پژوهش به تفکیک شامل ۱۲ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان دارای پست اجرایی (۴ پزشک فوق تخصص، ۲ پزشک متخصص، ۶ دکتری تخصصی)، ۳ نفر از مدیران ستادی (۲ دکتری حرفه‌ای، ۱ دکتری تخصصی)، ۲ نفر از رؤسای بیمارستانی (۲ پزشک متخصص) و ۳ نفر از مدیران بیمارستانی (۲ کارشناس ارشد مدیریت، ۱ کارشناس ارشد پرستاری) بودند. مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته در دفتر کار افراد با تعیین وقت قبلی به مدت ۳۰ الی ۶۰ دقیقه انجام گرفت. قبل از شروع مصاحبه، اهداف تحقیق برای مشارکت‌کنندگان توضیح و به آن‌ها این اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها فقط در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می‌گیرد و مشخصات آنان به‌صورت کاملاً محرمانه حفظ می‌شود. مصاحبه‌هایی که شرکت‌کنندگان موافق ضبط صدا بودند ضبط شدند و از مابقی مصاحبه‌ها یادداشت‌برداری صورت گرفت.

محتوای مصاحبه‌های ضبط شده پیاده‌سازی شدند و ۲ پژوهشگر به‌طور مستقل مصاحبه‌ها را مرور کرده و محتوای آن-ها را با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوا و بر اساس الگوی سه-شاخگی به واحدهای معنایی تقسیم کردند. پس از تقسیم بندی واحدهای معنایی، آن‌هایی که در یک راستا بودند زیر یک کد عنوان قرار داده شدند و معنای به‌دست آمده از آن دسته به‌عنوان درون‌مایه اصلی انتخاب شد و مواردی که ابهام داشت از طریق بحث بین پژوهشگران مرتفع گردید. مصاحبه‌ها تا جایی که پژوهش به اشباع نظری برسد تداوم یافت. اشباع نظری به این صورت است که محقق با ظهور اکتشافات اولیه سعی می‌کند که اطلاعات بیشتری را در ادامه گردآوری کند تا ارتباط مقوله‌های اصلی با مقوله‌های دیگر وضوح و معنای بیشتری پیدا کند. بنابراین با انجام ۲۰ مصاحبه، تشخیص محققان این بوده که اطلاعات گردآوری‌شده به نقطه اشباع رسیده است. در انتخاب این تعداد نمونه، مسائلی چون زمان و میزان علاقه‌مندی افراد برای همکاری نیز مورد توجه قرارگرفته است.

به منظور پایایی باز آزمون از میان مصاحبه‌های انجام‌گرفته چند مصاحبه به‌عنوان نمونه انتخاب شد و هرکدام از آن‌ها در ۱ فاصله زمانی کوتاه و مشخص ۲ بار کدگذاری شدند. سپس کدهای مشخص‌شده در ۲ فاصله زمانی برای هرکدام از مصاحبه‌ها با هم مقایسه شدند. در هرکدام از مصاحبه‌ها، کدهایی که در ۲ فاصله زمانی با هم مشابه بودند با عنوان توافق و کدهای غیرمشابه با عنوان عدم توافق مشخص گردیدند. در این مطالعه برای محاسبه پایایی باز آزمون از بین مصاحبه‌های انجام‌گرفته، تعداد ۳ مصاحبه انتخاب‌شده و هرکدام ۲ بار در یک‌فاصله زمانی ۱۰ روزه کدگذاری شده‌اند. در هرکدام از مصاحبه‌ها، کدهایی که در ۲ فاصله زمانی با هم مشابه بودند با عنوان توافق و کدهای غیرمشابه با عنوان عدم توافق مشخص گردیدند. یافته‌های مربوط به پایایی باز آزمون برابر ۷۹ درصد بوده است. همچنین از روش دیگری با عنوان توافق درون موضوعی ۲ کدگذار به‌منظور محاسبه پایایی مصاحبه‌ها استفاده گردید که در این روش از یکی از کارشناسان حوزه سلامت آشنا به تحلیل مصاحبه‌ها درخواست شد تا در کدگذاری ۳ مصاحبه به‌عنوان کدگذار ثانویه در پژوهش شرکت نماید. پس از آن کدگذاری و درصد توافق درون موضوعی که به‌عنوان شاخص پایایی تحلیل به کار می‌رود محاسبه گردیده است که نتیجه برابر ۷۲ درصد شد و ازآنجاییکه پایایی بالای ۶۰ درصد قابل‌قبول است می‌توان نتیجه گرفت که کدگذاری‌های انجام‌گرفته از پایایی مناسبی برخوردار است.

از مطالب مطرح شده در مصاحبه‌ها و چالش‌های استخراج شده امکان به تصویر کشیدن چالش‌های اجرایی اعتباربخشی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

بیمارستانی در قالب مدل مفهومی شکل ۱ میسر شد. از این‌رو اقدام به تدوین مدل پیشنهادی گردید.

گام سوم: تکنیک دلفی

برای تعیین مؤلفه‌های اصلی و ضروری در طراحی مدل، تمامی شاخص‌های استخراج شده از مرور متون و یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها، بر اساس نوع و ماهیت شاخص‌ها، طبقه-بندی شده و بر این اساس مدل اولیه چالش‌های اجرایی اعتباربخشی بیمارستانی طراحی شد. به‌منظور تائید این مدل از تکنیک دلفی استفاده شد و پرسشنامه‌ای جهت این کار طراحی و پس از بررسی روایی و پایایی آن در ۲ مرحله بین خبرگان توزیع گردید. در هر ۲ دور دلفی، خبرگان به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. در دور اول دلفی ملاک انتخاب پانل خبرگان استفاده از خبرگان اجرایی و خبرگان فلسفی بود، که شامل ۸ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان دارای پست اجرایی (۲ پزشک فوق تخصص، ۴ پزشک متخصص، ۲ دکتری تخصصی)، ۳ نفر از مدیران ستادی (۲ دکتری حرفه ای، ۱ دکتری تخصصی) و ۴ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشگاهی (۳دکتری تخصصی مدیریت دولتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و ۱ دکتری تخصصی مدیریت دولتی دانشگاه پیام نور رشت) بودند.

در این دور، پرسشنامه‌ای با ۳۱ شاخص و مدل پیشنهادی به‌صورت حضوری به خبرگان ارائه گردید تا در مورد چالش‌های اعتباربخشی در ۳ بعد چالش‌های رفتاری، ساختاری و زمینه‌ای در قالب طیف ۹ گزینه‌ای لیکرت اظهار نظر نمایند. همچنین از آن‌ها خواسته شد که نظرات خود را در قالب پیشنهاد یا اصلاح به مجموعه اضافه کنند. در این مرحله پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها میانگین وزنی آن‌ها محاسبه و شاخص‌ها بر اساس میانگین وزنی رتبه‌بندی شدند و آن‌هایی که نمره میانگین ۵ و زیر ۵ داشتند حذف و در برخی موارد هم اصلاح گردیدند که در نهایت تعداد ۲۱ شاخص باقی ماند. بنا به نظر و توصیه خبرگان دانشگاهی پرسشنامه دور دوم دلفی تنها در اختیار خبرگان اجرایی شامل ۸ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان دارای پست اجرایی (۲ پزشک فوق تخصص، ۴ پزشک متخصص، ۲ دکتری تخصصی)، ۳ نفر از مدیران ستادی (۲ دکتری حرفه ای، ۱ دکتری تخصصی) و ۴ مدیر بیمارستانی (۲ کارشناس ارشد مدیریت، ۱ کارشناس ارشد پرستاری، ۱ پزشک عمومی) دانشگاه علوم پزشکی گیلان قرار گرفت و از ۲۱ شاخص تنها ۱۸ شاخص باقی ماند و مابقی حذف گردید. با توجه به اینکه ریزش شاخص‌ها در دور دوم دلفی کم بود، از دور سوم دلفی صرف‌نظر گردید و به‌منظور اطمینان بیشتر از ضریب نسبی روایی محتوا استفاده شد که از ۱۸ شاخص باقی مانده، شاخص‌هایی که ضریب نسبی روایی محتوا برای آن‌ها کمتر از مقدار حداقل ۰/۵۹ بود حذف و ۱۴ شاخص باقی ماند. در این مرحله خبرگان به اجماع نظر رسیدند و مدل نهایی به تصویب رسید.

گام چهارم: آزمون مدل

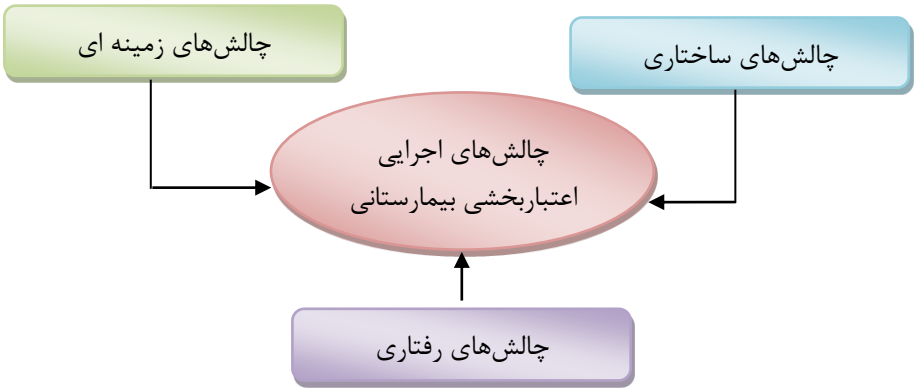
به‌منظور آزمون مدل تائید شده، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۱۴ سؤال مبتنی بر طیف ۹ گزینه‌ای لیکرت طراحی گردید که ۶ سؤال مربوط به بعد چالش‌های رفتاری، ۵ سؤال مربوط به بعد چالش‌های ساختاری و ۳ سؤال مربوط به بعد چالش‌های زمینه‌ای بود و در این پرسشنامه تمامی مولفه‌هایی که میانگین بالای حد متوسط (۵) داشته باشند مورد قبول خواهند بود. روایی پرسشنامه مذکور از طریق محاسبه روایی همگرا برای تمامی ابعاد چالش‌های اجرایی اعتباربخشی بالای ۰/۵ بوده و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ برای ابعاد چالش‌های شناسایی شده بالای ۰/۷ تائید گردید.

جامعه آماری مطالعه در بخش کمّی کارکنان بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور بود. با توجه به اینکه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به ۱۰ قطب تقسیم شده است، از هر قطب، یک دانشگاه به عنوان سرقطب انتخاب گردید و از بین سرقطب‌های انتخاب شده کارکنان بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی مرکز هر استان، به عنوان جامعه آماری این مطالعه انتخاب شدند. سپس به تناسب سهم هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی به سهم کل جامعه آماری، حجم نمونه مشخص گردید. تعداد کارکنان بیمارستانی سر قطب‌های هر یک از قطب‌های ۱۰ گانه دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ۵۹۱۸۵ نفر است که با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای سهمیه‌ای، ۳۸۴ نفر بر اساس حد نهایت جدول مورگان انتخاب و تعداد ۴۰۰ پرسشنامه به صورت نمونه در دسترس و با توجه به سهم هر سرقطب از کل جامعه آماری توزیع گردید. پرسشنامه‌ها به صورت الکترونیکی طراحی شده و از طریق لینک مستقیم قابلیت دسترسی داشتند. هر فرد پاسخگو پس از

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

تکمیل پرسشنامه با تائید مرحله نهایی قادر به ارسال الکترونیکی پرسشنامه بود. پرسشنامه‌های ارسال شده، به طور مستقیم در کارتابل بررسی پرسشنامه بارگزاری شده و برای محققین قابلیت گزارش گیری داشته است. پس از اتمام فرآیند تکمیل و توزیع پرسشنامه‌ها، لینک الکترونیکی آن غیرفعال گردیده و کارتابل مربوطه توسط پژوهشگران مورد بازبینی قرار گرفت. بر اساس گزارش حاصل از خروجی کارتابل تعداد ۳۸۴ پرسشنامه که به طور کامل تکمیل شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون مدل با روش‌های تحلیل عاملی تائیدی مدل پژوهش با استفاده از نرم‌افزار Smart PlS 3 صورت پذیرفت. بارهای عاملی مدل در حالت تخمین استاندارد میزان تأثیر هرکدام از شاخص‌ها را در توضیح و تبیین واریانس نمرات متغیر اصلی نشان می‌دهد. همچنین در صورتیکه تمامی بارهای عاملی برای هریک از شاخص‌های ابعاد مدل مطالعه بزرگ‌تر از ۰/۵ باشد قابل قبول بوده و نشان‌دهنده معنی‌داری تمامی ضرایب به‌دست‌آمده می‌باشد. در این مطالعه موضوعات اخلاقی همچون رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان و غیره مورد رعایت قرارگرفته و این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1398.033 به تائید رسیده است.



شکل ۱: مدل مفهومی مطالعه

یافته‌ها

یافته‌های فاز کیفی

پس از تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها و استخراج کدها، ۳۱ کد اولیه، ۵ مفهوم و ۳ مقوله اصلی دسته‌بندی شد. کدهای اصلی شامل چالش‌های رفتاری، چالش‌های ساختاری و چالش‌های زمینه‌ای بودند. جدول۱ تمامی‌کدها و مقولات اصلی را نشان می‌دهد.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

جدول ۱: کدها، مفاهیم و مقولات اصلی استخراج شده از مصاحبه‌ها

بعد	مؤلفه	شاخص	گزیده‌ای از متن مصاحبه‌ها
چالش‌های رفتاری	**ضعف‌های مدیریتی**	عدم مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی مسئولین سطوح مختلف بیمارستانی مدیریت ناکارآمد منابع موجود در بیمارستان (مالی/ انسانی/ فیزیکی و غیره) و هزینه بر بودن اعتباربخشی سوء مدیریت و تصمیمات لحظه‌ای و نادرست مدیریتی عدم تعهد و حمایت مدیران از برنامه اعتباربخشی و اهداف آن عدم آگاهی و اعتقاد مدیران به برنامه اعتباربخشی و بیگانگی آنان با مفاهیم استراتژیکی عدم شایسته‌سالاری مدیران در انتصاب و نگذراندن دوره‌های مدیریتی توسط آنان	در بیمارستان‌ها مشکلات زیادی وجود دارد از حوزه پرسنلی گرفته تا حیطه مدیریتی، مدیران دانش مدیریتی کافی ندارند. باور و یقین به اعتباربخشی در آنان وجود ندارد. نگاه آن‌ها و تفکرشان سیستمی نیست. اعتباربخشی و اهداف آن از سوی مدیران حمایت نمی‌شود، ما در سطح سازمان خلاء فرهنگی داریم یعنی فرهنگ‌سازمانی نمی‌تواند جوابگو باشد. در بیمارستان‌ها مدیریت هزینه‌ها به‌درستی انجام نمی‌شود. از طرفی ما شاهد آن هستیم که اصل شایسته‌سالاری در بیمارستان‌ها وجود ندارد و بیشتر انتخاب‌ها توسط سفارش و رابطه بازی انجام می‌شود. (مصاحبه شونده ۱۹) در بیمارستان‌ها بخشی از ضعف‌های موجود سیستمی و برخی دیگر نرم‌افزاری هستند. مثلاً عدم تعهد مدیران ارشد و نهادینه نشدن تفکر تعهد در بین آنان می‌تواند یکی از موانع اجرایی شدن اعتباربخشی باشد (مصاحبه شونده ۱). افراد بر اساس شایسته‌سالاری باید انتخاب شوند و نه بر اساس روابط و سفارش‌ها. انتصاب مدیران هم همین‌طور، بایستی مسیر رشد و ارتقاء افراد شایسته در سازمان مشخص باشد (مصاحبه شونده ۲). در بحث اعتباربخشی خواستن مهم است. مدیران درصورتیکه بخواهند، تمایل و اعتقاد به اجرایی شدن بحث کیفیت و استانداردسازی خدمات از طریق اعتباربخشی را داشته باشند، می‌توانند اجرایی کنند. تصمیم‌گیری در مورد اجرایی شدن استانداردها گاهاً به پایین‌ترین فرد یک مجموعه سپرده می‌شود و به‌درستی تصمیم‌گیری صورت نمی‌گیرد مدیران تصمیمات لحظه‌ای و نادرست اتخاذ می کنند (مصاحبه شونده ۳). در سیستم شایسته سالاری وجود ندارد. انتصابات مبتنی بر روابط است، لذا کیفیت بالاتر از این حد انتظار نمی‌رود (مصاحبه شونده ۱۷).
	ضعف‌های پرسنلی	عدم مشارکت، تعامل و همکاری کارکنان با یکدیگر عدم همسویی اهداف فردی با اهداف اعتباربخشی عدم مشارکت پزشکان در اجرای اعتباربخشی عدم برابری ادراک‌شده و عدم رضایت شغلی در کارکنان وجود استرس و نگرش منفی در کارکنان نسبت به اعتباربخشی عدم دریافت به‌موقع کارانه‌های نقدی کارکنان حجم زیاد کار، کمبود نیروی انسانی ماهر و تغییرات مستمر در انتظارات کارکنان فقدان دانش و آگاهی کافی نسبت به اعتباربخشی مقاومت کارکنان در مقابل تغییر و پذیرش ماهیت و مزایای اعتباربخشی تداخل کار و خانواده و بی‌توجهی به کیفیت زندگی کاری کارکنان	کارکنان منافع خود را بر منافع سازمانشان ترجیح می‌دهند. تعهد سازمانی در کارکنان به چشم نمی‌خورد. مشکل نگرشی وجود دارد نگرش به اعتباربخشی در کارکنان منفی است، پرداختی‌های کارکنان به‌موقع نیست، رضایت شغلی وجود ندارد یا اگر هست بسیار کم است. ما در بیمارستان‌ها کمبود شدید نیروی بالینی متخصص و متبحر داریم (مصاحبه شونده ۱۱). تعداد نیروی درمانی ما از سطح استاندارد هم پایین‌تر است. ضمن اینکه پاداش و مزایا، کارانه‌های آنان هم به‌موقع پرداخت نمی‌شود (مصاحبه شونده ۷). کیفیت زندگی کاری کارکنان در تأمین و تضمین کیفیت خدمات بیمارستانی نقش مهمی دارد. عدم برابری ادراک‌شده که ناشی از کارانه‌هایی است که به‌موقع پرداخت نمی‌شود یک عامل مخرب است. هدف نظام سلامت ۳ چیز است: حفظ سلامتی، احترام و تأمین جنبه‌های مالی آن (مصاحبه شونده ۱۷). بحث انعطاف‌پذیری در ساعات کاری پرستاران نیز می‌تواند مدنظر باشد تا کیفیت لازم لحاظ شود. مدیران و مسئولین بیمارستانی با ایجاد انگیزه در زیرمجموعه خود می‌توانند به اهداف اعتباربخشی دست یابند. کارکنان باید توانمند باشند. تجربه داشته باشند و با مسئولیت‌ها و مفاهیم اعتباربخشی بیگانه نباشند (مصاحبه شونده ۱). در مسیر اجرای اعتباربخشی ما نقش پزشکان را بسیار کمرنگ می بینیم، عمده کار اعتباربخشی بر عهده پرستاران و کادر درمانی است. حال آنکه در حیطه کارکنان پرستاری هم با کمبود نیرو مواجه هستیم. بسیاری از سنجه‌ها و استانداردها مربوط به پزشکان و عملکرد آنان و در حیطه کاری آنان است. این آگاهی در پزشکان ما وجود ندارد و رغبتی از جانب آن‌ها مشاهده نمی‌شود (مصاحبه شونده شماره ۱۱). برای رفع معضل ناآگاهی کارکنان باید یک فرد آموزش دیده در حوزه اعتباربخشی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

بعد	مؤلفه	شاخص	گزیده‌ای از متن مصاحبه‌ها
			مشخص شود و داخل هر بخش از بیمارستان به آموزش بپردازد، افراد را در زیرمجموعه خودش به سمت اعتلای سنجه‌های اعتباربخشی سوق دهد (مصاحبه شونده ۷). به علت کمبود نیروی انسانی و مغفول ماندن پرسنل از مفاهیم اعتباربخشی، همواره با معضلات جدی در اجرایی شدن اعتباربخشی مواجه هستیم و این‌یک چالش محسوب می‌شود (مصاحبه شونده ۱۵). از عوامل بازدارنده در اجرای صحیح اعتباربخشی می‌توانیم به تراکم کاری بالا، کمبود پرسنل و زمان ناکافی اشاره کنیم (مصاحبه شونده شماره ۵). در بحث مدیریت کیفیت مدیریت دانش و بالابردین سطح دانش کارکنان نسبت به اعتباربخشی بسیار کمک کننده است. در افزایش و بهبود استانداردها کمک کننده است. منجر به استفاده از تجربیات همگانی می‌شود. اما متاسفانه دانش و آگاهی کارکنان به اعتباربخشی پایین است (مصاحبه شونده ۸).
چالش‌های ساختاری	**ضعف‌های سیستمی**	فقدان سیستم انگیزشی مناسب جهت ایجاد میل و رغبت در کارکنان عدم رعایت تناسب بین شغل و شاغل در به‌کارگیری منابع انسانی فقدان دوره‌های آموزشی اثربخش و عدم توانمندسازی کارکنان کاغذبازی و مستندسازی بیش از حد و جدا شدن کادر درمان از بالین بیمار وجود سامانه‌های متعدد گزارش دهی و موازی کاری‌ها کمبود زمان جهت اجرای استانداردهای اعتباربخشی نبود بستر مناسب جهت انجام فعالیت-های پژوهشی در حوزه اعتباربخشی	ما در اعتباربخشی به دنبال کاغذبازی و مستندسازی هستیم با این کمبود نیروی درمانی نباید انتظار داشته باشیم آن‌ها از بالین جدا شده و کارهای مربوط به مستندسازی را انجام دهند. تعداد نیروی درمانی ما از سطح استاندارد هم پایین‌تر است. ضمن اینکه پاداش و مزایا، کارانه‌های آنان هم به‌موقع پرداخت نمی‌شود. عدم هماهنگی، نبود نظم و ترتیب در انجام امور، کمبود زمان، عدم وجود سیستم انگیزشی، از عمده‌ترین چالش‌ها محسوب می‌شوند اگر همه این‌ها رعایت شوند اعتباربخشی خود به خود پیاده‌سازی می‌شود و دیگر نیازی به برگزاری جلسات پی‌درپی و کاغذبازی نیست (مصاحبه شونده ۷). برای کیفی عمل نمودن پرسنل باید در جذبشان دقت شود. برای آن‌ها مسیر شغلی تعریف شود. مسیر شغلی خوب، تأمین نیازهای مادی و معنوی باهم لحاظ شود. ارتقا بر اساس کیفیت عملکرد می‌تواند انگیزه بخش باشد. تناسب فرد با سازمان بسیار مهم است که این چالش‌ها در سطح سازمان ما وجود دارد (مصاحبه شونده ۵). سبک شیوه‌های رهبری مهم است و به‌صورت دستوری و اقتدارگرایانه نباید باشد بلکه سبک‌های مشارکتی به‌منظور درگیر نمودن تمامی کارکنان ارجحیت دارد. برای توانمندی کارکنان باید پاداش‌ها و مشوق‌های انگیزشی وجود داشته باشد (مصاحبه شونده ۳). بحث انگیزش در میان پرستاران و کارکنان بیمارستانی بسیار مهم است و منجر به برقراری ارتباط بهتر با بیماران می‌شود. اما سیستم انگیزشی در بیمارستان‌ها کمرنگ عمل می‌کند. رهبران این سازمان با ایجاد انگیزه در زیرمجموعه خود می توانند به اهداف اعتباربخشی برسند (مصاحبه شونده شماره ۸). تعدد کمیته‌های بیمارستانی علاوه بر موازی کاری، وقت و انرژی زیادی را تلف می‌کند. بهتر است بیمارستان‌ها به همان کمیته‌های اصلی اشاره شده در استانداردهای اعتباربخشی بسنده کنند و کمیته‌های غیر ضرور حذف شود یا با کمیته‌های مرتبط ادغام گردد (مصاحبه شونده ۱۰). سامانه‌های متعددی جهت بارگذاری آمارهای بیمارستانی وجود دارد که بعضی از آن‌ها موازی با یکدیگر می‌باشند. ما گاهاً مجبوریم روزانه آمارهای مختلف و متعددی را تهیه و ارسال نماییم (مصاحبه شونده ۴). عدم تناسب بین شغل و شاغل در کل سیستم وجود دارد. بحث آموزش و ایجاد انگیزش در کارکنان بسیار مهم است. اگر خواسته فرد تأمین شود وی در جهت هدف شما حرکت خواهد نمود (مصاحبه شونده ۱۸). زیرساخت‌های حیطه آموزشی بسیار مهم هستند. مقوله آموزش کارکنان به‌ویژه آموزش عملی و ضمن خدمت در ادراک کارکنان از اهداف اعتباربخشی و افزایش مهارت‌های آنان تأثیرگذار خواهد بود (مصاحبه شونده ۱۹). آموزش‌ها به ویژه آموزش ضمن خدمت کیفیت لازم را ندارد، باید استانداردهای اعتبار

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

بعد	مؤلفه	شاخص	گزیده‌ای از متن مصاحبه‌ها
			بخشی در دوره آکادمیک وجود داشته باشد (مصاحبه شونده ۱۸). دوره‌های آموزشی در سازمان وجود دارد ولی این دوره‌ها توانمند کننده نیست. ازجمله چالش‌ها می‌توان به این مورد اشاره نمود که آموزش‌های سازمانی کارا و اثربخش نیستند (مصاحبه شونده ۱). یک موضوع مهم دیگری هم که وجود دارد فقدان فعالیت‌های علمی و پژوهشی در حوزه اعتباربخشی است (مصاحبه شونده ۱۶).
	ضعف‌های ساختاری	فرسودگی فضای بیمارستان‌ها و استاندارد نبودن ساختار فیزیکی کمبود امکانات، تسهیلات و تجهیزات جهت ارائه خدمات درمانی و تشخیصی کمبود منابع مالی جهت اجرای استانداردهای اعتباربخشی تمرکز تصمیم‌گیری‌ها در رأس سازمان و وجود ساختار بروکراسی و سلسله مراتب سازمان	در حال حاضر بیمارستان‌های ما دچار مشکلات عدیده ساختاری و فیزیکی هستند. بنای ساختمانی بعضی از بیمارستان‌ها فرسوده و غیر استاندارد است، به ویژه به علت کمبود منابع مالی، جهت رفع مشکلات ساختاری و تجهیزاتی ما دچار ضعف هستیم. زیرساخت‌ها و بستر فضای فیزیکی و تکنولوژیکی ما آماده نیست (مصاحبه شونده ۴). بیمارستان‌ها برای اجرایی نمودن استانداردهای اعتباربخشی نیازمند منابع مالی هستند. بنابراین ارائه امکانات بودجه‌ای به‌کل بیمارستان‌ها مهم است و این در حالی است که مراکز بیمارستانی به‌شدت با کمبود منابع مالی مواجه‌اند (مصاحبه شونده ۶). کمبود بودجه جاری در همه سازمان‌ها ازجمله علوم پزشکی، یک تهدید محسوب می‌شود. بنابراین برای ما کمبود منابع مالی همواره جزء موانع اجرایی اعتباربخشی محسوب می‌شود (مصاحبه شونده ۱۵).
چالش‌های زمینه‌ای	**ضعف‌های ارزیابی**	ماهیت سلیقه‌ای و قضاوتی ارزیابی‌ها و نبود سازمانی مستقل جهت ارزیابی محدود بودن و نامشخص بودن طیف امتیازات در ارزیابی‌ها تعداد زیاد استانداردهای اعتباربخشی و عدم شفافیت و ابهام در آن‌ها عدم هماهنگی استانداردها با امکانات و شرایط برخی بیمارستان‌ها و مناطق محروم کشور	استانداردسازی‌ها و امتیازات واقعی نیستند. هیچ رویه ثابت و مشخصی برای ارزیابی وجود ندارد و ارزیابان سلیقه‌ای عمل می‌کنند. استاندارد نویسی‌ها باید درست و صحیح انجام شود و از افراد درگیر در صف هم برای تدوین استانداردها استفاده شود. عمده مشکل این استانداردها این است که به تنوع بیمارستان‌ها توجهی نکرده یک بیمارستان در یک شهر بزرگ با تمام امکانات با یک بیمارستان کوچک در یک شهر محروم و دور افتاده به‌صورت یکسان مورد ارزیابی قرار می‌گیرد که این مقایسه‌ها ناعادلانه است (مصاحبه شونده ۲). استانداردها فقط تدوین شده‌اند و عملاً اجرا نمی‌شوند. بسیاری از استانداردها بر اساس فضا و تجهیزات قابل‌اجرا نیست همچنین باید تطابق بین نمره دهی به اعتباربخشی و امکانات و فضای فیزیکی وجود داشته باشد. در حقیقت ارزیابان از آموزش و مهارت لازم برخوردار نیستند. اعتباربخشی نیازمند دانستن زبان و فهم خاص خود است. مشاهده شده که برخی از ارزیابان به فرآیند اعتباربخشی نگاه سلیقه‌ای دارند و فقط بر اساس علایق و تخصص خود به بخش خاصی توجه می‌کنند که این موضوع استرس زیادی به پرسنل وارد می‌کند زیرا نتایج، قابل پیش‌بینی نخواهد بود (مصاحبه شونده ۲۰).

یافته‌های فاز کمّی

توصیف ویژگی‌های پاسخ‌دهندگان

بر اساس یافته‌های بخش کمّی پژوهش ۶۹ درصد از پاسخگویان مرد و ۳۱ درصد زن بودند. ۵۴ درصد دارای تحصیلات کارشناسی، ۲۷ درصد کارشناسی ارشد و ۱۹ درصد دکتری تخصصی، بودند. میزان سوابق کاری آنان به ترتیب ۴۵ درصد کمتر از ۱۰ سال، ۲۷ درصد بین ۱۰ تا ۲۰ سال و ۳۲ درصد بین ۲۱ تا ۳۰ سال بوده است. همچنین براساس دسته بندی نوع استخدام، ۳۰ درصد رسمی، ۲۵ درصد پیمانی، ۲۳ درصد قراردادی و ۲۲ درصد طرحی بودند.

توصیف مؤلفه‌های چالش‌های اجرایی اعتباربخشی

نتایج حاصل از پرسشنامه فاز دوم تحقیق و تحلیل پاسخ‌ها، وضعیت ابعاد و مؤلفه‌های مربوط به چالش‌های اجرایی اعتباربخشی به شرح جدول ۲ است که در این جدول نتایج حاصل از اهمیت سنجی چالش‌ها بر اساس نظر شرکت‌کنندگان نشان داده شده است و بیشترین چالش‌های نسل نوین اعتباربخشی، در مقوله رفتاری قرار دارد و پس از آن در مقوله ساختاری، همچنین کمترین چالش‌ها مربوط به مقوله زمینه‌ای است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

جدول ۲: یافته‌های حاصل از داده‌های کمّی برای مؤلفه‌های مربوط به میزان اهمیت چالش‌های اعتباربخشی

ابعاد	مؤلفه‌ها	تعداد	حداقل	حداکثر	انحراف معیار ± میانگین	واریانس
چالش‌های رفتاری	ضعف‌های مدیریتی	۳۸۴	۱	۹	۶/۲۱۳ ± ۰/۸۸۸	۰/۷۸۸
	ضعف‌های پرسنلی				۶/۶۱۳ ± ۰/۸۷۲	۰/۷۶۰
چالش‌های ساختاری	ضعف‌های سیستمی				۵/۸۸۸ ± ۰/۸۳۸	۰/۷۰۲
	ضعف‌های ساختاری				۶/۱۴۳ ± ۰/۸۱۹	۰/۶۷۱
چالش‌های زمینه‌ای	ضعف‌های ارزیابی				۵/۹۰۵ ± ۰/۸۴۵	۰/۷۱۴

تحلیل عاملی تأییدی

تحلیل عاملی تأییدی مدل پژوهش با استفاده از نرم‌افزار PLS اجرا شده است. بارهای عاملی مدل در حالت تخمین استاندارد میزان تأثیر هرکدام از شاخص‌ها یا گویه‌ها را در توضیح و تبیین واریانس نمرات متغیر یا عامل اصلی نشان می‌دهد. با توجه به جدول ۳ می‌توان بارهای عاملی هر یک از شاخص‌ها را برای هر یک از ابعاد مدل تحقیق و با توجه به جدول ۴ میزان تاثیر هر یک از ابعاد مدل تحقیق بر مقوله اصلی مشاهده نمود.

جدول ۳: بارهای عاملی چالش‌های مربوط به اعتباربخشی با استفاده از **PLS**

شاخص	بار عاملی	تأیید یا رد روابط
ضعف‌های مدیریتی	۰/۷۹۹	تأیید
	۰/۷۲۷	تأیید
	۰/۷۰۶	تأیید
ضعف‌های پرسنلی	۰/۷۲۷	تأیید
	۰/۷۰۱	تأیید
	۰/۷۵۷	تأیید
ضعف‌های سیستمی	۰/۷۵۵	تأیید
	۰/۷۳۱	تأیید
	۰/۷۱۲	تأیید
ضعف‌های ساختاری	۰/۷۲۷	تأیید
	۰/۷۱۳	تأیید
ضعف‌های ارزیابی	۰/۷۴۹	تأیید
	۰/۸۰۳	تأیید
	۰/۸۱۶	تأیید

در خصوص یافته‌ها در بخش تحلیل عاملی با توجه به آنکه شاخص‌های شرکت داده شده در این تحلیل، از نوع انعکاسی هستند و در حالت انعکاسی بودن شاخص‌ها ملاک قبول یا رد شاخص بار عاملی است، بنابراین با توجه به جدول ۳ مقادیر تمامی بارهای عاملی بالای ۰/۷ به دست آمده است که نشان دهنده تائید تمامی شاخص‌ها می‌باشد.

جدول۴: بررسی تأثیر چالش‌های رفتاری، ساختاری و زمینه‌ای بر چالش‌های اجرایی اعتباربخشی

روابط علّی	میزان تأثیر (تخمین استاندارد)	تأیید یا رد روابط
تأثیر چالش‌های رفتاری بر چالش‌های اجرایی اعتباربخشی	۸/۷۱۹	تأیید
تأثیر چالش‌های ساختاری بر چالش‌های اجرایی اعتباربخشی	۷/۹۷۷	تأیید
تأثیر چالش‌های زمینه‌ای بر چالش‌های اجرایی اعتباربخشی	۶/۷۹۳	تأیید

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

با توجه به جدول ۴ ضرایب معنی‌داری و پارامترهای به‌دست‌آمده برای هر یک از ابعاد مدل نشان می‌دهد که در سطح خطای ۰/۰۵ مقادیر بحرانی در بازه ۱/۹۶ و ۱/۹۶- قرار دارند و تمامی ضرایب به‌دست‌آمده معنی‌دار هستند. بنابراین وجود ارتباط معنی‌داری تأیید می‌شود و بر این اساس بیشترین تأثیر را چالش‌های رفتاری بر اجرای اعتباربخشی خواهند داشت.

بحث

این پژوهش با هدف آسیب‌شناسی و شناسایی چالش‌های اجرا و پیاده‌سازی اعتباربخشی به‌صورت کیفی و کمّی انجام گرفت. از تحلیل محتوای مصاحبه‌های انجام‌شده ۳۱ کد اولیه، ۵ مفهوم و ۳ مقوله اصلی دسته‌بندی گردید. کدهای اصلی شامل چالش‌های رفتاری، چالش‌های ساختاری و چالش‌های زمینه‌ای بود که بر اساس یافته‌های حاصل از بخش کمّی، چالش‌های رفتاری بیشترین میزان اهمیت و بیشترین تأثیر را بر اجرای اعتباربخشی داشته است. چالش‌های رفتاری خود شامل ضعف‌های پرسنلی و ضعف‌های مدیریتی است که چالش‌های مربوط به مؤلفه ضعف‌های پرسنلی از دید شرکت-کنندگان در این پژوهش بیشترین میزان اهمیت را داشته است. عمده چالش‌های رفتاری در حیطه ضعف‌های پرسنلی شامل کمبود نیروی انسانی متخصص، حجم زیاد کار، مقاومت کارکنان در برابر تغییر، وجود استرس در کارکنان و عدم آگاهی و دانش کافی آنان نسبت به اعتباربخشی بود. مصدق راد و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی در بیمارستان‌های تهران، چالش‌های اجرای اعتباربخشی را افزایش بار کاری، ایجاد استرس در کارکنان، مقاومت کارکنان به ویژه پزشکان شناسایی نمودند (۱۹). جعفری پویان (۲۰۱۴) هم در مطالعه‌ای بین مدیران بیمارستان، مدیران پرستاری، مسئولین بهبود کیفیت بیمارستان‌های ایران، چالش‌های اجرای برنامه اعتباربخشی را ایجاد ناامیدی و استرس در کارکنان مطرح نمودند (۲۰). همچنین فتوحی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با تیم مدیریت اجرایی بیمارستان‌های قم به بررسی مشکلات مطرح شده از سوی بازخوردهای دریافتی از بیمارستان‌ها پرداختند، که این بازخوردها نشان دهنده عدم آگاهی کارکنان از روند و دلایل انجام پروسه اعتباربخشی بیمارستانی بوده است (۲۱). یافته‌های مطالعه مروی روایتی صالحی و پیروی (۱۳۹۶) در خصوص اعتباربخشی بیمارستانی و چالش‌های آن، فشارهای روانی، درگیری‌های ذهنی، استرس در میان کارکنان و کمبود نیروی انسانی متبحر را از چالش‌های اعتباربخشی نشان داده است (۲۲). کمالاسنان و همکاران (۲۰۲۰) کمبود منابع انسانی و آموزش ناکافی را به عنوان عمده چالش‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌های هند عنوان نمودند (۲۳). همچنین در این راستا جعفری و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود بین کارکنان و مدیران مرکز آموزشی درمانی مرودشت، آموزش‌های ناکافی کارکنان قبل از شروع ارزیابی و کمبود نیروی انسانی را از جمله چالش‌های اعتباربخشی دانستند (۲۴). یافته‌های تمامی پژوهش‌های فوق با چالش‌های رفتاری و مؤلفه ضعف‌های پرسنلی در این مطالعه همخوانی دارند.

همچنین ضعف‌های مدیریتی از دیگر چالش‌های رفتاری این مطالعه بود که در اولویت بعدی قرار دارد و به نقش و جایگاه مدیران، عدم اعتقاد و باور آنان به اجرای اعتباربخشی و تصمیم گیری‌های نادرست آنان اشاره دارد. در پژوهش جعفری و همکاران (۲۰۱۸) عدم ثبات مدیریتی و تصمیم گیری‌های مدیران از جمله چالش‌های اعتباربخشی شناسایی شده است که این یافته‌ها با چالش‌های رفتاری و مؤلفه ضعف‌های مدیریتی در این مطالعه همخوانی دارند (۲۴).

از دیگر چالش‌های استخراج شده در این مطالعه می‌توان به چالش‌های زمینه‌ای اشاره نمود که با توجه به اینکه این چالش می‌تواند در فرایند اعتباربخشی بسیار تأثیرگذار باشد، نباید از ابعاد و اثرات آن غافل شد. از عمده چالش‌های زمینه‌ای در حیطه ضعف‌های ارزیابی می‌توان به ماهیت سلیقه‌ای و قضاوتی بودن ارزیابی‌ها، نبود سازمانی مستقل جهت ارزیابی، محدود و نامشخص بودن طیف امتیازات، تعداد زیاد سنجه‌ها و استانداردهای اعتباربخشی، عدم شفافیت و ابهام در برخی از سنجه‌ها، عدم هماهنگی استانداردها با امکانات و شرایط برخی بیمارستان‌ها و مناطق محروم کشور اشاره نمود. قدمی و همکاران (۱۳۹۷)، در مطالعه‌ای که بین ارزیابان و سرارزیابان اعتباربخشی در ایران انجام داده‌اند، عمده چالش‌های اعتباربخشی را عدم کاربرد برخی استانداردها برای تمام بیمارستان‌ها، عدم اطمینان از امتیازات واقعی بیمارستان‌ها و نبود سازمان مستقل جهت ارزیابی عنوان نمودند (۱۳). فتوحی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه خود تعداد زیاد استانداردها و سنجه‌ها، فقدان یک

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

استراتژی شفاف و دقیق و ذی‌نفع بودن دستگاه را از جمله چالش‌های نظام فعلی اعتباربخشی دانستند (۲۱). صالحی و پیروی (۱۳۹۶) هم در مطالعه خود سلیقه‌ای عمل نمودن ارزیابان، برخورد نامناسب و مچ‌گیری از سوی آن‌ها را به عنوان چالش‌های اعتباربخشی دانستند (۲۲). تشیعی و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود بین مدیران بیمارستان‌های تهران نامناسب بودن رویکرد ارزیابان و ذی‌نفع بودن ارزیابان (۲۵) و جعفری و همکاران (۲۰۱۸) تعداد زیاد استانداردها و ضعف در ارزیابی را از جمله چالش‌های اعتباربخشی مطرح نمودند (۲۴). یافته‌های حاصل از این مطالعات با چالش‌های زمینه‌ای و مؤلفه ضعف‌های ارزیابی در پژوهش حاضر همراستا است.

چالش‌های ساختاری در ۲ حیطه ضعف‌های سیستمی و ضعف‌های ساختاری از دیگر یافته‌های این مطالعه بود که به فقدان سیستم انگیزشی مناسب جهت ایجاد میل و رغبت در کارکنان، کمبود زمان اجرای استانداردهای اعتباربخشی، کمبود منابع مالی و سایر منابع، امکانات و تجهیزات اشاره دارد. کمالاسنان و همکاران (۲۰۲۰) محدویت‌های مالی را از چالش‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌های هند عنوان نمودند (۲۳). در این راستا جعفری و همکاران (۲۰۱۸) نیز کمبود بودجه و منابع مالی، کمبود زمان جهت اجرای اعتباربخشی و فقدان سیستم انگیزشی را از جمله چالش‌های اعتباربخشی دانستند (۲۴) همچنین منصور و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای فرا تحلیل بر روی ۵۱۰ مقاله در حیطه اعتبار بخشی بیمارستانی کمبود منابع را یکی از مهمترین چالش-های اعتباربخشی معرفی نموده‌اند (۲۶) که با چالش‌های ساختاری و مؤلفه‌های ضعف‌های سیستمی و ضعف‌های ساختاری حاصل از این مطالعه همخوانی دارد.

از نقاط قوت این مطالعه در مقایسه با سایر مطالعات می‌توان به روش انجام آن که به صورت کمّی و کیفی است، اشاره نمود. مطالعاتی که تاکنون در این زمینه در کشور انجام شده عمدتاً از روش‌های مبتنی بر پیمایش استفاده کرده‌اند و کمتر مطالعه‌ای در حوزه اعتباربخشی بیمارستانی از شیوه ترکیبی آمیخته استفاده نموده است. از دیگر نقاط قوت این مطالعه بررسی پایایی مصاحبه‌ها بود که معمولاً در پژوهش‌های کیفی یا آمیخته نادیده گرفته می‌شود. در این پژوهش از پایایی بازآزمون و روش توافق درون موضوعی برای محاسبه پایایی مصاحبه‌ها استفاده شد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر نیز می‌توان به فاز کیفی پژوهش اشاره نمود که انجام مصاحبه‌های آن تنها با خبرگان دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شده است.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که چالش‌های رفتاری دارای اهمیت زیادی است و عمده توجه مسئولین ذیربط باید به رفع چالش‌های این حوزه باشد. همچنین با توجه به ساختار وزارت بهداشت و ماهیت سلامت‌محور بودن فعالیت‌های آن نباید از توجه به چالش‌های بعد ساختاری و زمینه‌ای غافل شد. از آنجائیکه بحث کیفیت در بیمارستان‌ها در کنار ارتقاء ایمنی بیماران از اصلی‌ترین اهداف اعتباربخشی است بنابراین پیشنهاد می‌شود مدیران این عرصه به مقوله کیفیت نگاه مستمر داشته باشند و علاوه بر اعتقاد به اجرا و پیاده‌سازی فرایند اعتباربخشی، با استفاده از سبک‌های مدیریتی مناسب و استفاده از اهرم‌های انگیزشی کارکنان خود را با فرآیند اعتباربخشی درگیر نمایند. همچنین تحقق اهداف اعتباربخشی نیازمند بسترسازی مناسب و مجموعه‌ای از زیرساخت‌ها است که در این راستا پیشنهاد می‌شود زیرساخت فرهنگی مناسب، مورد توجه تمامی مدیران و مسئولین بیمارستانی قرار گیرد و فرهنگ کیفی نمودن فرآیندها و فعالیت‌های حوزه بهداشت و درمان مهمترین راهکار بلندمدت در این مسیر است. بنابراین ۳ تحول عمده شامل ارتقاء دانش و آگاهی مدیران و کارکنان بیمارستانی نسبت به مفاهیم و مزایای اعتباربخشی، تغییر نگرش‌ها نسبت به اجرای صحیح استانداردهای اعتباربخشی، افزایش توانایی و مهارت‌های کارکنان در انجام وظایف محوله در حیطه خدمت‌رسانی با تاکید ویژه بر ارزش‌ها باید صورت پذیرد که از میان موارد فوق اولین گام در مسیر فرهنگ‌سازی و ارائه خدمات باکیفیت، تبیین ارزش‌های بنیادین سازمان و اهداف اعتباربخشی است.

در خصوص تدوین استانداردهای اعتباربخشی نیز ضروری است که سیاست گذاران این حوزه به‌منظور سهولت اجرا، استانداردها را کاملاً بومی‌سازی نموده و به مفاهیم قابل درک تبدیل نمایند. استانداردها باید از نظر معنایی با ساختار فرهنگی و بستر زیرساختی موجود در کشور همخوانی داشته باشند و تدوین کنندگان این استانداردها به نوع، اندازه، شرایط ساختاری و فیزیکی، منابع تجهیزاتی بیمارستان‌ها توجه ویژه

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

مبذول دارند. از آنجائیکه اعتباربخشی هنوز هم در ایران بسیار نوپاست و مسیر کوتاهی را در این راه طی نموده اما امید است بتوان با بررسی چالش‌ها و نقاط ضعف مراحل اجرا و پیاده‌سازی آن، مسیر بهبود آن را از طریق بازنگری و شناسایی راهکارهای اصلاحی و اقدامات مربوطه توسعه داد.

سپاسگزاری

نویسندگان بدین‌وسیله بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. گ چ

جمع آوری داده‌ها: ح. خ

تحلیل داده‌ها: ح. ر ک، ح. خ

نگارش و اصلاح مقاله: ح. خ، م. گ چ، ح. ر ک

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری تخصصی رشته مدیریت دولتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است که از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Teymurzadeh E, Babaei M. Hospital accreditation program and its effectiveness in evaluation of military hospitals. J Mil Med 2018; 20(3): 242-3. [Persian]
2) Teymourzadeh E, Ramezani M, Arab M, Rahimi Foroushani A, Akbari Sari A. Surveyor management of hospital acreditation program: a thematic analysis conducted in Iran. Iranian Red Crescent Med Journal 2016; 18(5): 303-9. doi: 10.5812/ircmj.30309.
3) Correa JE, Turrioni JB, de Paiva AP, Paes VC, Balestrassi PP, Papandrea PJ, et al. The influence of accreditation on the sustainability of organizations with the brazilian accreditation methodology. Journal of Healthcare Engineering 2018; 2018. doi: 10.1155/ 2018/ 1393585.
4) Leite CD, Pereira TC, Freitas MP, Tinoco NLW, Pereira FG, Menezes RVLV. Effect of hospital accreditation process in outcomes of patients with acute coronary syndrome. Int J Cardiovasc Sci 2019; 32(6): 607-14. doi: 10.5935/2359-4802. 20190034.
5) Lam MB, Figueroa JF, Feyman Y, Reimold KE, Orav EJ, Jha AK. Association between patient outcomes and accreditation in us hospitals: observational study. BMJ 2018; 363. doi: 10.1136/ bmj.k4011.
6) Saremi A. Importance of hospitals accreditation system and its executive standards. SJRM 2018; 2(4): 139-139. doi: 10.29252/sjrm.2.4.139. [Persian]
7) Ministry of health of the republic of lebanon. accreditation standards for hospitals in lebanon. Available from URL: https://www.moph.gov.lb. Last Access: mar 3, 2019.
8) Guerra Bretana RM, Marin Álvarez YA. Accreditation and certification of hospital quality: different or similar. Revista Ingenieria Biomedica 2017; 11(21): 35-41. doi: https://doi.org/10.24050/ 19099762.n21.2017.1170.
9) Ghareeb A, Said H, El Zoghbi M. Examining the impact of accreditation on a primary healthcare organization in Qatar. BMC Medical Education 2018; 18(1): 1-8. doi: 10.1186/s12909-018-1321-0.
10) Ramjee S, Hauck KD, Burger R, Stewart J. Narrowing the gap: hospital accreditation and inequality in south Africa. International Journal for Quality in Health Care 2016; 28(1): 34-5. doi: 10.1093/intqhc/mzw104.53.
11) Sadeghi T, Gholamhosseini N, Khoshab H, Seyed Bagheri SH, Karami M, Nouhi E. Assessment managers and hospital staff knowledge and attitude to accreditation. Quarterly Journal of Nursing Management 2016; 5(2): 9-17. [Persian]
12) Mossadeghrad AM. Comments on “Iran Hospital Accreditation System”. Iranian Journal of Public Health 2016; 45(6): 837-9.
13) Ghadami L, Masoudi Asl I, Hesam S, Modiri M. The survey of effective factors on hospital accreditation scoring method in Iran. Journal of Healthcare Management 2018; 9(1): 45-59. [Persian]
14) Mossadeghrad AM, Shakibaei E. Hospital Accreditation Implementation Prerequisites. Journal of Hospital 2017; 16(3): 43-56. [Persian]
15) Yahyavy F, Nasiripour AA, Keikavoosi Arani L. Challenges of implementation of Iranian national hospital accreditation standards for Tehran’s Islamic Azad University Hospitals. Medical Sciences 2018; 28(3): 252-7. doi: 10.29252/ iau.28.3.252. [Persian]
16) Bahrami MA, Akbari M, Emami M, Falahzadeh H. Designing an administrative Structure for Iranian hospitals “accreditation based on the stakeholders viewpoints”. The Journal of Toloo-e-Behdasht 2016; 15(1): 208-23. [Persian]
17) Esfandiari A, Kavosi Z, Ravanbod MR, Mohabbati F, Esfandiari F, Slari H. Organizational pathology in staff department of shiraz university of medical sciences based on three branch model. The Sadra Medical Sciences Journal 2017; 5(4): 227-38. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

18) Najafi Zadeh MM, Zahedi SM. Pathology of employees performance management system at qazvin university of medical sciences by using three-dimensional. Journal of Development Evolution Management 2016; 25: 59-69. [Persian]
19) Mossadeghrad AM, Shahebrahimi S, Ghazanfari M. Exploring the relationship between accreditation and hospital performance: using data mining approach. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2018; 16(1): 33-50. [Persian]
20) Jaafaripooyan E. Potential pros and cons of external healthcare performance evaluation systems: real-life perspectives on iranian hospital evaluation and accreditation program. Int J Health Policy Manag 2014; 3(4): 191-8. doi: 10.15171/ijhpm.2014.84.
21) Fotuhi MA, Khoshgoftar A, Bakhshande H, Karami G, Rasti Broujeni M. Evaluation of viewpoint of executive management team of hospitals of qom province in terms of the third generation of hospital accreditation standards**.** Qom University of Medical Sciences Journal 2018; 12(5): 62-70. doi: 10.29252/ qums.12.5.62. [Persian]
22) Salehi Z, Payravi H. Challenges in the implementation accreditation process in the Hospitals: a narrative review. IJN 2017; 30(106): 23-34. doi: 10.29252/ijn.30.106.23. [Persian]
23) Kamalasanan A, Sathiyamoorthi G, Subbarayalu AV. Leadership challenges to attaining hospital accreditation: an indian perspective on managing healthcare quality. International Journal of Scientific & Technology Research 2020; 9(2): 435-40.
24) Jafari H, Yazdanpanah A, Akbari A. The way of implementing the new accreditation standards at shahid motahhari educational center in Marvdasht: a qualitative study. Evidence Based Health Policy, Management & Economic 2018; 2(4): 258-67. doi: 10.18502/jebhpme.v2i4.277.
25) Tashayoei N, Raeissi P, Nasiripour AA. Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: an exploratory factor analysis. Journal of the Egyptian Public Health Association 2020; 95(1): 1-10. doi: 10.1186/s42506-019-0033-6.
26) Mansour W, Boyd A, Walshe K. The development of hospital accreditation in low and middle income countries: a literature review. Health Policy and Planning 2020; 35(6): 684-700. doi: 10.1093/ heapol/czaa011.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]

Research Article

Identifying the Executive Challenges of the New Generation of Hospital Accreditation in Iran

Habibeh khoshamooz [1], Mehrdad Goudarzand Chegini[2]*, Hamidreza Rezaei Kelidbari [3]

[1] Ph.D. student of Public Administration, School of Management and Accounting, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran
[2] Professor, Department of Public Administration, School of Management and Accounting, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Public Administration, School of Management and Accounting, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran

* **Corresponding Author:** Mehrdad Goudarzand Chegini
goodarzvand@iaurasht.ac.ir

Citation: khoshamooz H, Goudarzvand Chegini M, Rezaee Kelidbari H. Identifying the Executive Challenges of the New Generation of Hospital Accreditation in Iran. Manage Strat Health Syst 2020; 5(2): 111-25.

Received: April 05, 2020
Revised: August 03, 2020
Accepted: September 06, 2020

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Given that hospitals are one of the pillars of the health system, reforming the health system is not possible without improving the performance of hospitals. Accreditation is a regular assessment of hospitals that emphasizes on continuous quality improvement and patient safety. This study aimed to identify the challenges of the new generation of hospital accreditation using the Three-Branch Model and proposing solutions to improve its effectiveness.

Method: This mixed exploratory research was conducted using a targeted sampling method of 20 semi-structured interviews along with a content analysis approach. As a result, an initial model was designed. Later, the initial model was modified using the Delphi technique, which was also approved by experts. In order to test the model, a researcher-made questionnaire was distributed among 384 hospital staff based on Morgan's table using stratified quota sampling method. Data were analyzed by confirmatory factor analysis using Smart PlS $_3$ software.

Results: After analyzing and combining, the data were categorized under 31 basic codes, 5 concepts, and 3 main categories by Three-branch Model. The main codes included behavioral challenges, structural challenges, and contextual challenges.

Conclusion: According to the findings, the main challenge was related to the behavioral category followed by the structural category, which indiates that the current focus is on intra-organizational issues. Therefore, it can be said that the contextual challenges have received less attention.

Key word: Accreditation, Hospital, Challenges

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.2.6.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i2.4249]