

طراحی مدل اعتباربخشی بیمارستان های دولتی مبتنی بر فاکتورهای رهبری

مرضیه خدائی^۱، حمدالله منظری توکلی^{۲*}، نوید فاتحی راد^۳، زهرا شکوه^۴

^۱دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان

^۲استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان

^۳استادیار گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان

^۴استادیار گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۵

چکیده

یکی از اصلی ترین ارکان اجرای موفق اعتباربخشی، تعهد مدیریت و رهبری سازمان است. پژوهش حاضر با هدف بررسی جایگاه رهبری و مدیریت در اعتباربخشی بیمارستانهای دولتی با در نظر گرفتن ویژگی های استانداردهای اعتباربخشی جهت طراحی مدل مطلوب انجام گرفت. این پژوهش توصیفی است که در سال ۱۴۰۰ در بیمارستان های دولتی استان کرمان با حجم نمونه ۸۶ نفر انجام گرفت. ابزار جمع آوری داده ها دو پرسش نامه محقق ساخته جهت ویژگی های استاندارد و مدیریت و رهبری در ۹ حیطه و ۴۹ استاندارد بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS و AMOS و پیراسته ۲۳ و PLS انجام شد و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون t تک نمونه ای، تحلیل عاملی تأییدی و معادلات ساختاری) استفاده شد. براساس نتایج مربوط به آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار ویژگی های استاندارد و مدیریت و رهبری به ترتیب $4/22 \pm 0/35$ و $4/17 \pm 0/41$ بود. نتایج ضریب نسبت بحرانی و آماره $t = 11/432, R^2 = 0/717$ و نتایج مدل سازی معادلات ساختاری ($\beta = 0/717, p = 0/001$) نشان دهنده اثر مثبت و معنادار ویژگی های استاندارد بر رهبری و مدیریت است. بر اساس مقدار ضریب (R^2) ۵۱٪ از تغییرات رهبری و مدیریت توسط ویژگی های استاندارد تبیین می شود. نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد، مدل پیشنهادی در محور رهبری و مدیریت اعتباربخشی در سطح عالی قرار دارد. مدیران بیمارستان ها با اجرای استانداردهای اعتباربخشی مدیریت و رهبری بیمارستان می توانند نقش مهمی در تأمین ایمنی بیمار و بهبود کیفیت ایفا نمایند.

واژگان کلیدی: اعتباربخشی، رهبری، مدیریت، استاندارد، ویژگی های استاندارد، بیمارستان های دولتی

(Corresponding Author): h_manzari33@yahoo.com نویسنده مسئول^{2*}

۱- مقدمه

مدیران بیمارستانها با تدوین یک برنامه هدفمند باید فرایند اعتباربخشی را در بیمارستان خود مدیریت کنند؛ زیرا مدیران بیمارستانها نقش بسزایی در موفقیت یا شکست برنامه اعتباربخشی دارند. کیفیت در مراقبت سلامت یکی از موضوعاتی است که روزه روز از اهمیت بیشتری برخوردار می گردد. رویکرد جهانی به کیفیت مراقبت سلامت و افزایش آن، منجر به تلاش برای مدیریت مؤثرتر منابع و خدمات با در نظر گرفتن افزایش هزینه ها، مزایای رقابتی و ایمنی بیمار شده است. در سراسر جهان متخصصین مراقبت بهداشتی تلاش میکنند با به کارگیری روشهای مختلف و استمرار بهترین آنها، کیفیت ارائه مراقبت را بهبود بخشند. هدف تمام این تلاشها، افزایش مزایا برای بیماران است (محقق و امامی رضوی، ۱۳۸۸: ۴۵).

سالیان متمادی وزارت بهداشت ایران برای سنجش کیفیت مراقبت های بیمارستانی، از برنامه ملی ارزشیابی مصوب سال ۱۳۷۶ استفاده می نمود. تحقیقات نشان داده استانداردهای این برنامه کامل و جامع نیست و دارای اشکالات عمده ذهنی و ابهام در استانداردها است (تبریزی و غریبی، ۱۳۹۱: ۹). از طرف دیگر سیر تحول تدوین استانداردها در کشورهای مختلف، ضرورت بکارگیری استانداردهای متکی بر ارتقای مستمر کیفیت و مدیریت جامع کیفیت را نشان می داد (محقق و امامی رضوی، ۱۳۸۸: ۵۰). بدیهی است تحقق این امر نیازمند ایجاد زیر ساختها و شرایطی است. همچنین بهره گیری از شیوه های مدیریتی نوین و مدیرانی که با اختیارات، امکانات، دانش، توانمندی و انگیزه و درایت کافی، هدایت و رهبری این مراکز را بر عهده گیرند. اعتباربخشی راه برد مناسبی برای ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی و دستیابی به اهداف تعیین شده و به معنای ارزشیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است (مصدق راد و همکاران، ۱۳۹۹: ۵۲۳). اعتباربخشی ملی با پشتوانه ی سازمانی پنجاه ساله در بیمارستانهای کشور و رویکرد علمی و به روز آن، قادر است نقش محوری مذکور را ایفا نموده و علاوه بر ارتقای چشمگیر سطح کیفیت و ایمنی خدمات ارائه شده به بیماران، کشور را به قطب پرافتخار گردشگری سلامت در منطقه و جهان، تبدیل نماید (قاضی زاده هاشمی، ۲۰۱۴: ۱۴).

از میان عناصر اساسی هر سازمان، مدیریت مهم ترین رکن آن است و با اهداف سازمان، تعامل و یزه ای دارد. بسیاری از صاحب نظران علت موفقیت و شکست سازمانها را تفاوت در شیوه مدیریتی آنها می دانند و حتی به اعتقاد پیترو دراکر مدیریت عوامل حیاتی بخش هر سازمان است (نعمتی و همکاران، ۱۳۹۸: ۲۴). بنابراین به کارگیری اصول، شیوه ها و سبک های مدیریتی مناسب، نقش مهمی در اداره مطلوب و بهبود عملکرد موسسه ایفا می کند. اداره مطلوب بیمارستانها به عنوان بزرگترین مراکز ارائه خدمات بهداشتی- درمانی، همواره مورد توجه متفکران و سیاست گذاران این بخش بوده است. به لحاظ محدود بودن منابع سرمایه گذاری و دیربازدهی آن در بخش بهداشت و درمان و همچنین عواملی چون هزینه گزاف احداث بیمارستان، گرانی تجهیزات و کمبود نیروی انسانی ماهر و متخصص در این بخش، گسترش امکانات بیمارستانی بسیار کند و دشوار است، بنابراین حداکثر استفاده از منابع موجود با بهره گیری از راهکارهای برتر مدیریتی ضروری است (طیبی و همکاران، ۱۳۸۲: ۵۵). از سوی دیگر اداره کنندگان بیمارستانها باید در برابر فشارهای فزاینده محیط داخلی و خارجی، هر چه پیشتر خود را با نظریه ها و روش های مدیریتی منطبق سازند و با نظریه های نوین آشنا شوند (عامریون و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۹). بنابراین همه صاحب نظران و دست اندکاران نظام بهداشت و درمان در به کارگیری روش های مطلوب مدیریتی اتفاق نظر دارند، اما اختلاف آنها در گزینش بهترین و مناسبترین شیوه با ساختار و شرایط محیطی سازمان های این بخش است. از میان محور های مختلف اعتباربخشی مدیریت و رهبری به لحاظ نقش محوری که در ترسیم نقشه راه بیمارستان دارد و با بهره گیری از سبک های مدیریتی کارا و اثربخش در اداره بیمارستان، نقش مهمی در بهبود عملکرد سازمانی و ارتقای کیفیت خدمات آن ایفا می کند (تبریزی و غریبی، ۱۳۹۱: ۹).

ظهور مدیریت راهبردی در آمریکا به اواسط دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ میلادی بر می گردد، اما طی دو دهه اخیر بر خی از پژوهشگران جهان غرب، بر اهمیت بهره گیری از آن در سازمان های بهداشتی- درمانی تأکید نمودند (به شتی روی و حسین زاده، ۱۳۹۵). رهبری قوی و حمایت مدیران نقش حیاتی در اجرای برنامه اعتباربخشی و بهبود کیفیت خدمات دارد این موضوع در نتایج پژوهش الجردلی و همکاران (۲۰۱۴) و حسن زاده و همکاران (۱۳۹۹) نیز به اثبات رسیده است. هر بر معتقد است محیط اکثر بیمارستانها با تغییرات عمده ای رو به رو شده و رقابت بین آنها افزایش یافته است. وی به کارگیری مدیریت راهبردی را در کنار عواملی چون مشتری مداری و توجه به مسائل اقتصادی، زمینه ساز موفقیت مدیران بیمارستانها می داند (ه بر، ۱۹۹۸). در مطالعه مارس و همکاران نیز به کارگیری مدیریت راهبردی با تأکید بر محیط خارجی و داخلی بیمارستانها، به عنوان یکی از تدابیر اصلاحی مورد توجه قرار گرفته است.

اعتباربخشی به دلیل ناکارآمدی در نمایش ضعفها و کاستی های مراکز درمانی، نیازمند تغییر و به روزرسانی است، که از طریق ارزیابی های مستمر مراکز بهداشتی درمانی و مطالعه نظام های سلامت ملی و بین المللی نقاط ضعف این سیستم شناسایی گردیده است (عامریون و همکاران، ۱۳۹۲: ۶۴). با مقایسه استانداردهای اعتباربخشی ایران با برخی سنجه های بین المللی مشاهده می شود که علی رغم دارا بودن کمیت زیاد از جامعیت کافی برخوردار نیست و بازخورد مناسبی را فراهم نمی کند. با توجه به اشکالات عمده در مدل اعتباربخشی این پژوهش با هدف بررسی استانداردهای اعتباربخشی وزارت بهداشت ایران در حیطه مدیریت و رهبری در چهار نسل چالشها و تدوین مدل جدید مبتنی بر شواهد علمی برای بیمارستانهای ایران انجام گرفت.

۲- مواد و روش ها

پژوهش توصیفی- مقطعی حاضر در سال ۱۴۰۰ انجام گردید. به منظور شناسایی مدل های برتر جهت الگوبرداری، ابتدا جستجو و مرور نظام مند در پایگاه های داده SID، PubMed، Civilica و موتورهای جستجوی Google Scholar، Google و با استفاده از کلیدواژه های accreditation models، accreditation، health care، Management، Leadership از جام گرفت. معیار ورود و خروج مقالات در این مطالعه، انگلیسی و فارسی زبان بودن مقالات، بررسی مدل های اعتباربخشی و اشاره به مزایا و معایب برنامه های مختلف اعتباربخشی بود به طوریکه بتوان از آنها برای مقایسه مدل ها و انتخاب مدل مرجع استفاده نمود. تعدادی از مقالات به دلیل تکراری بودن، عدم اشاره به مدل های اعتباربخشی و غیرمرتبط بودن با اهداف پژوهش از مطالعه خارج شدند. پس از آن از فن دلفی در سه مرحله برای ارائه مدل مناسب استفاده گردید. در نهایت، مدل پیشنهادی محور رهبری و مدیریت در ۹ حیطه و ۴۹ استاندارد تعیین گردید. پس از نهایی شدن مدل قابلیت اجرا بی آن توسط بهترین صاحب نظران در کلیه بیمارستانهای دولتی استان کرمان مورد بررسی مقدماتی قرار گرفت.

در مرحله اول چارچوب مفهومی و الگوی اولیه پژوهش شامل جایگاه رهبری و مدیریت در مدل های اعتباربخشی ایران (اعتباربخشی درمانی در ۴ نسل و اعتباربخشی آموزشی) و الگوهای اعتباربخشی بیمارستانی کمیته مشترک بین المللی به عنوان قدیمی ترین برنامه اعتباربخشی در جهان، و دو برنامه اعتباربخشی مصر و لبنان به عنوان دو کشور منطقه مدیترانه شرقی^۳ و برنامه کشور فرانسه به عنوان نمونه ای از کشورهای توسعه یافته به عنوان منابع اطلاعاتی مورد استفاده قرار گرفت.

³ EMRO

در مرحله دوم وضعیت موجود حیطة رهبری و مدیریت اعتباربخشی در ایران تعیین گردید و با اعتباربخشی آموزشی ادغام گردید و پیش‌نویس آن در قالب یک چک لیست تهیه گردید. مدل پیشنهادی اولیه ۱۴ حیطة و ۱۷۱ استاندارد تعریف شد. در مرحله سوم جهت اجماع از روش دلفی استفاده شد. افراد به صورت هدفمند انتخاب شدند که معیارهای انتخاب شامل دانش تخصصی و تجربه افراد در زمینه اعتباربخشی، سابقه کار و مسئولیت در این زمینه و علاقه مندی به شرکت در این مطالعه بود. بدین‌منظور تعداد ۱۶ نفر از حوزه‌های مختلف انتخاب شدند (چهار نفر از اساتید مدیریت، سه نفر از ارزیابان کشوری اعتباربخشی، دو نفر از مسئولین اعتباربخشی معاونت درمان چهار نفر از مسئولین بهبود کیفیت و سه نفر کارشناسان به‌بود کیفیت). قبل از شروع راندها طی یک کارگروه الگوهای اعتباربخشی، نقاط قوت و ضعف مدل اعتباربخشی ایران و وضعیت و جایگاه رهبری و مدیریت در استانداردهای فعلی توضیح داده شد. در این مرحله افراد پیشنهادات خود را جهت حذف اضافه و ترکیب کردن استانداردها و سنجها ارائه کردند.

با توجه به این که مقیاس مورد استفاده در این مطالعه، یک مقیاس ۹ درجه‌ای بود لذا باید نقطه ۵ را به عنوان نقطه بی-طرف یا خنثی انتخاب می‌کردیم. در این حالت مطالعه دارای ۳ محدوده بود: محدوده ۱ تا ۳، عدم موافقت؛ ۴ تا ۶، محدوده خنثی و از ۷-۹ محدوده موافقت. به این ترتیب، استانداردهای با میانه امتیاز پایین تر از ۴ حذف شدند؛ استانداردهای با میانه امتیاز بالای ۷ پذیرش شدند و استانداردهای با میانه امتیاز ۴ تا ۷ دور بعدی دلفی وارد شدند.

جدول ۱- نتایج تحلیل پرسشنامه در دور اول دلفی

دور دوم		دور اول		تعداد کل
استانداردها	حیطه‌ها	استانداردها	حیطه‌ها	
۲۶	۰	۷۱	۱۴	تعداد کل
۴	۰	۴۵	۹	پذیرفته شده
۲۲	۰	۲۶	۵	پذیرفته نشده
		۲۶	۰	ورود به دوره بعد

بر اساس نتایج موجود در جدول ۱، تعداد ۲۶ استاندارد نمره ای بین ۴-۷ کسب کردند در قالب یک پرسشنامه جدید طراحی شدند که حاوی میانه نمرات صاحب نظران و نیز نمره هر صاحب‌نظر در دور اول بود. در این مرحله صاحب نظران با ملاحظه این موارد، اقدام به نمره‌دهی مجدد به استانداردها نمودند. پس از دادن زمان دو هفته‌ای به خبرگان جهت پاسخگویی، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید. در نهایت مدل پیشنهادی در قالب ۹ حیطة (مدیریت و بهبود کیفیت، مدیریت خدمات پزشکی، مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی، مدیریت خطر، حوادث و بلاها، مدیریت خدمات پرستاری، مدیریت مالی، مدیریت تجهیزات پزشکی، مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات، مدیریت غذایی) و ۴۹ استاندارد تعیین شد. روایی و پایایی پرسشنامه نهایی مورد سنجش قرار گرفت و در نهایت قابلیت اجرایی آن مورد بررسی مقدماتی قرار گرفت. روایی محتوایی پرسشنامه، توسط صاحب‌نظران حوزه اعتباربخشی مورد تأیید قرار گرفت. روایی پرسشنامه‌ها توسط دو معیار روایی هم‌گرا و واگرا که مختص مدل‌سازی معادلات ساختاری است سنجیده شد. روایی هم‌گرا به بررسی میزان همبستگی هر سازه با سؤالات (شاخص‌ها) خود می‌پردازد. برای بررسی روایی همگرایی ابزارهای اندازه‌گیری، از شاخص میانگین واریانس استخراج شده^۴ استفاده شد. نتایج میانگین واریانس (۰.۴۷۳) نشان داد که پرسشنامه استفاده شده از روایی همگرایی مناسبی برخوردار است.

^۴ AVE: Average Variance Extraction

در روایی واگرا از روش فورنل و لارکر (۱۹۸۱) استفاده شد که مقادیر جدول ۲، نشان دهنده قابل قبول بودن روایی واگرای سازه ها است.

جدول ۲- روایی واگرای پرسشنامه ها (روش فورنل و لارکر، ۱۹۸۱)

متغیر	۱	۲
ویژگی های استاندارد	۰/۷۸۵	
رهبری و مدیریت	۰/۶۱۳	۰/۶۸۸

برای سنجش پایایی از شاخص های آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶۳ نشان دهنده پایایی مناسب متغیر تحقیق بود. در این مرحله پرسشنامه در اختیار بهترین صاحب نظران در کلیه بیمارستانهای دولتی استان کرمان قرار گرفت و سعی شد در انتخاب آنان ترکیبی از دانش و تجربه مدنظر قرار گیرد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و هم، معاونین در مان بیمارستانهای دولتی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی کرمان، جیرفت، بم و رفسنجان، مدیران و کارشناسان واحد نظارت و اعتباربخشی معاونت در مان، مدیران و رؤسای بیمارستان های استان، کلیه ارزیابان کشوری اعتباربخشی بیمارستان های دولتی استان، مسئولین و کارشناسان به بود کیفیت بیمارستان های استان کرمان بود که تعداد آنها برابر با ۱۱۰ نفر بود که با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه معادل ۸۶ نفر تعیین گردید. نحوه کدگذاری بدین صورت بود که به گزینه کاملاً مخالفم (خیلی کم) (عدد ۱)، مخالفم (کم) (عدد ۲)، بی نظر (متا حدودی) (عدد ۳)، موافقم (زیاد) (عدد ۴) و کاملاً موافقم (خیلی زیاد) (عدد ۵) نسبت داده شد. هر یک از عددهای نسبت داده شده به گزینه ها به عنوان نمره آن گزینه در نظر گرفته شدند؛ بنابراین برای ساخت متغیر مورد استفاده از شاخص میانگین استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS ویراست ۲۳ و AMOS ویراست ۲۳ و PLS انجام شد. در پژوهش حاضر سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای بررسی فرضیه پژوهش از آزمون فریدمن استفاده شد.

۳- نتایج

در مدل پیشنهادی فعلی محور مدیریت و رهبری در ۹ حیطه و ۱۴۹ استاندارد تعریف گردید. یافته های حاصل از این پژوهش در سه بخش ارائه شد. در بخش اول، اطلاعات جمعیت شناسی در بخش دوم یافته های توصیفی متغیر و در بخش سوم یافته های استنباطی حاصل از تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. نمونه مورد بررسی در این پژوهش ۸۶ نفر از گروه های مختلف شامل اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، معاونین درمان بیمارستانهای دولتی استان کرمان، مدیران و رؤسای معاون در مان، کارشناسان معاونت درمان، رؤسا و کارشناسان اداره بهبود و اعتباربخشی بیمارستان های دولتی استان کرمان و ارزیابان کشوری اعتباربخشی شاغل در بیمارستانهای دولتی بودند. نتایج حاصل از متغیرهای جمعیت شناسی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- توزیع فراوانی و درصد فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی پاسخگویان شاغل در بیمارستانهای دولتی کرمان، رفسنجان، بم، جیرفت در سال

۱۴۰۰

درصد فراوانی	فراوانی	نوع متغییر	نوع بیمارستان
۷۳/۳	۶۳	آموزشی درمانی	نوع بیمارستان
۲۶/۷	۲۳	درمانی	
۱۰۰/۰	۸۶	کل	
۱۷/۴	۱۵	کارشناسی	مرتبۀ علمی

۳۸/۴	۳۳	کارشناسی ارشد	
۱۵/۱	۱۳	دکترای حرفه‌ای	
۲۹/۱	۲۵	دکترای تخصصی	
۱۰۰/۰	۸۶	کل	جنسیت
۵۲/۳	۴۵	مرد	
۴۷/۷	۴۱	زن	
۱۰۰/۰	۸۶	کل	سابقه کار
۱۶/۳	۱۴	۱-۵ سال	
۲۲/۱	۱۹	۶-۲۰ سال	
۲۷/۹	۲۴	۱۱-۱۵ سال	
۳۰/۲	۲۶	۱۶-۲۰ سال	
۳/۵	۳	۲۱-۲۵ سال	سمت
۱۰۰/۰	۸۶	کل	
۳/۵	۳	معاون درمان	
۱۰/۵	۹	کارشناس درمان	
۱۲/۸	۱۱	رئیس بیمارستان	
۱۴/۰	۱۲	مدیر بیمارستان	
۱۷/۴	۱۵	مسئول بهبود	
۱۵/۱	۱۳	کارشناس بهبود	
۷/۰	۶	کارشناس ایمنی	
۱۰/۵	۹	ارزیاب	
۹/۳	۸	استاد مدیریت	
۱۵/۱	۱۳	کارشناس بهبود	
۱۰۰	۸۶	کل	

متغیر ویژگی‌های استاندارد از ۱۸ سؤال و متغیر رهبری و مدیریت از ۴۹ سؤال ۵ گزینه‌ای تشکیل شده‌اند. میانگین ویژگی‌های استاندارد (۴/۲۲) و رهبری و مدیریت (۴/۱۷)، انحراف معیار ویژگی‌های استاندارد (۰/۳۵) و رهبری و مدیریت (۰/۴۱) کمترین ۳ و بیشترین ۵ بود که با توجه به میانگین تجربی (۴/۲۲) برای ویژگی‌های استاندارد و میانگین تجربی (۴/۱۷) و بر اساس مقیاس «بازرگان و همکاران»، می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای فوق در سطح قوی قرار گرفته‌اند.

۳-۱- توصیف مؤلفه‌های متغیر مدیریت و رهبری

اطلاعات توصیفی مؤلفه‌های متغیر مدیریت و رهبری شامل میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به میانگین‌های تجربی و براساس مقیاس «عباس بازرگان و همکاران»، می‌توان نتیجه گرفت مؤلفه‌های مدیریت و بهبود کیفیت، مدیریت خدمات پزشکی، مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی، مدیریت خطر، حوادث و بلایا، مدیریت خدمات پرستاری، مدیریت مالی، مدیریت تجهیزات پزشکی، مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات و مدیریت غذایی در سطح قوی قرار گرفته‌اند.

جدول ۴- آماره های توصیفی مؤلفه های متغیر رهبری و مدیریت در میان پاسخ گویان

مؤلفه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
رهبری و مدیریت کیفیت	۸۶	۴/۲۰	۰/۵۴	۳/۰۰	۵/۰۰
مدیریت آموزش، پژوهش و خدمات پزشکی	۸۶	۴/۱۲	۰/۵۷	۳/۰۰	۵/۰۰
مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی	۸۶	۴/۱۰	۰/۵۹	۳/۰۰	۵/۰۰
مدیریت خطر، حوادث و بلایا	۸۶	۴/۰۰	۰/۶۵	۳/۰۰	۵/۰۰
مدیریت خدمات پرستاری	۸۶	۴/۱۶	۰/۵۳	۳/۰۰	۵/۰۰
مدیریت مالی	۸۶	۴/۰۴	۰/۶۴	۳/۰۰	۵/۰۰
مدیریت تجهیزات پزشکی	۸۶	۴/۴۷	۰/۵۴	۳/۰۰	۵/۰۰
فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	۸۶	۴/۳۴	۰/۴۲	۳/۰۰	۵/۰۰
مدیریت غذایی	۸۶	۴/۱۰	۰/۵۸	۳/۰۰	۵/۰۰

۳-۲- فرضیه فرعی. بین ویژگی های استاندارد با اعتباربخشی در حیطه رهبری و مدیریت در بیمارستان های دولتی استان کرمان رابطه وجود دارد؟

برای ارزیابی برازش کلی الگوی پیشنهادی، از شاخص نیکویی برازش^۵ استفاده شده است و با توجه به مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ که به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است و حصول مقدار ۰/۸۱۲ برای GOF نشان از برازش بسیار قوی مدل است نتایج حاصل از آزمون فرضیه های پژوهش نشان می دهد تأثیر متغیر ویژگی های استاندارد بر متغیرهای رهبری و مدیریت (t=۴۳۲/۱۱، β=۰/۷۱۷، p=۰/۰۰۱)؛ در سطح ۵ درصد معنی دار است و مثبت شدن ضرایب مسیر نشان می دهند که این سازه ها تأثیر افزایشی (مستقیم) داشته اند. بر اساس مقدار ضریب تعیین (R²)، ۵۱ درصد از تغییرات رهبری و مدیریت توسط ویژگی های استاندارد تبیین می شود. برای ارزیابی برازش کلی الگوی پیشنهادی، از شاخص نیکویی برازش (GOF) استفاده شده است با توجه به مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ که به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است و حصول مقدار ۰/۵۷۳ برای GOF نشان از برازش بسیار قوی مدل است (جدول ۵)

جدول ۵- محاسبه برازش الگو فرضیه فرعی

متغیر	Communality	ضریب تعیین (R ²)
ویژگی های استاندارد	۰/۹۶۳	-
رهبری و مدیریت کیفیت	۰/۳۲۸	۰/۷۵۸
مدیریت آموزش، پژوهش و خدمات پزشکی	۰/۱۸۹	۰/۸۲۱
مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی	۰/۴۶۱	۰/۸۶۳
مدیریت خطر، حوادث و بلایا	۰/۴۱۹	۰/۸۰۵
مدیریت خدمات پرستاری	۰/۳۶۳	۰/۸۸۸
مدیریت مالی	۰/۳۲۴	۰/۸۱۴
مدیریت تجهیزات پزشکی	۰/۱۹۳	۰/۷۳۰

⁵ GOF

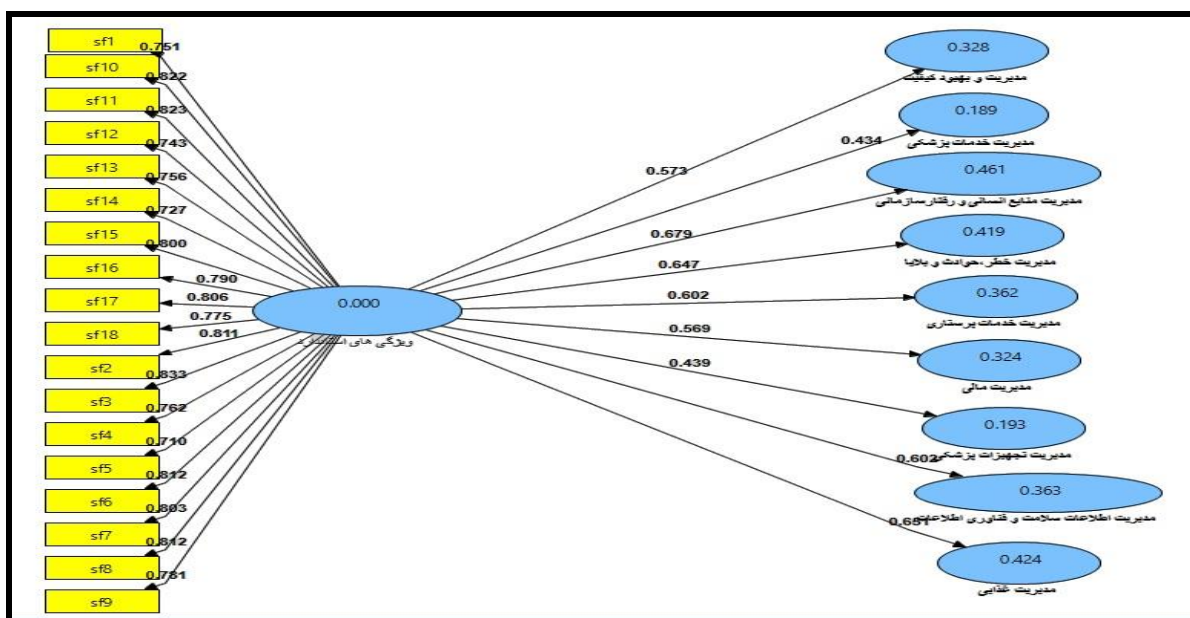
۰/۸۴۷	۰/۳۶۲	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت
۰/۸۱۵	۰/۴۲۴	مدیریت غذایی
۰/۵۷۳		شاخص نیکویی برازش (GOF)

نتایج حاصل از آزمون فرضیه های پژوهش نشان می دهد تأثیر متغیر ویژگی های استاندارد بر محور های مربوط به حیطه رهبری و مدیریت در سطح ۵ درصد معنی دار است و مثبت شدن ضرایب مسیر نشان می دهند که این سازه ها تأثیر افزایشی (مستقیم) داشته اند. با توجه به ضرایب مسیر محاسبه شده می توان گفت تأثیر متغیر ویژگی های استاندارد بر مؤلفه مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی بیشتر از سایر مؤلفه های مورد بررسی بوده است (جدول ۶ و شکل ۱)

جدول ۶- نتیجه آزمون فرضیه های فرعی اول پژوهش

فرضیه	ضریب مسیر	آماره t	نتیجه	نوع رابطه
ویژگی های استاندارد ← رهبری و مدیریت کیفیت	۰/۵۷۳	۸/۷۷۲**	تأیید	افزایشی
ویژگی های استاندارد ← مدیریت آموزش، پژوهش و خدمات پزشکی	۰/۴۳۴	۳/۶۸۴**	تأیید	افزایشی
ویژگی های استاندارد ← مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی	۰/۶۷۹	۱۳/۲۶۹**	تأیید	افزایشی
ویژگی های استاندارد ← مدیریت خطر، حوادث و بلایا	۰/۶۴۷	۱۰/۷۸۸**	تأیید	افزایشی
ویژگی های استاندارد ← مدیریت خدمات پرستاری	۰/۶۰۲	۷/۶۳۷**	تأیید	افزایشی
ویژگی های استاندارد ← مدیریت مالی	۰/۵۶۹	۷/۶۹۷**	تأیید	افزایشی
ویژگی های استاندارد ← مدیریت تجهیزات پزشکی	۰/۴۳۹	۵/۴۲۴**	تأیید	افزایشی
ویژگی های استاندارد ← فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	۰/۶۰۲	۸/۷۹۳**	تأیید	افزایشی
ویژگی های استاندارد ← مدیریت غذایی	۰/۶۵۱	۱۰/۳۵۳**	تأیید	افزایشی

*معنی دار در سطح ۰/۰۵، *معنی دار در سطح ۰/۰۱



شکل ۱- ضرایب مسیر الگوی فرضیه فرعی اول

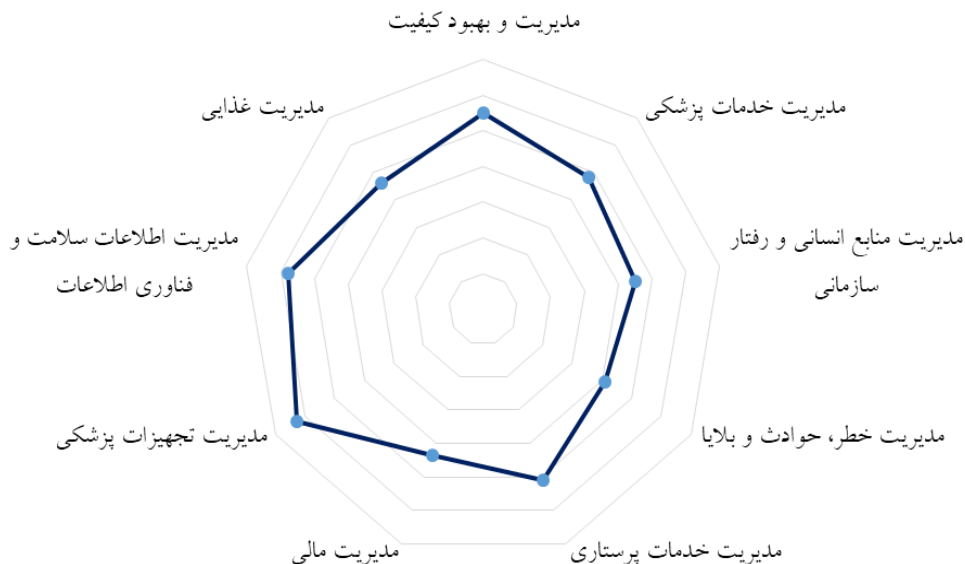
۳-۳- فرضیه فرعی ۲. اولویت بندی مؤلفه های متغیر مدیریت و رهبری

جهت رتبه بندی مؤلفه های متغیر مدیریت و رهبری از آزمون فریدمن استفاده شده است. با توجه به اینکه p - مقدار آز مون از سطح معنی داری (۰/۰۵) کوچک تر است، لذا فرض صفر رد می شود و ادعای یکسان بودن رتبه مولفه ها پذیرفته نمی شود و می توان گفت مؤلفه «مدیریت تجهیزات پزشکی» بالاترین رتبه را در بین مؤلفه های مورد مطالعه داشته است و مؤلفه های «مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات» و «مدیریت و بهبود کیفیت» به ترتیب در رده های دوم و سوم قرار دارند. (جدول ۷ و شکل ۲) رتبه بندی مؤلفه های مورد بررسی را نشان می دهند.

جدول ۷- رتبه بندی مؤلفه های متغیر مدیریت و رهبری

آماره کای دو	رتبه	میانگین رتبه	مؤلفه
۶۰/۸۰۳**	۳	۵/۴۹	رهبری و مدیریت کیفیت
	۵	۴/۸۱	مدیریت آموزش، پژوهش و خدمات پزشکی
	۷	۴/۵۲	مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی
	۹	۴/۱۰	مدیریت خطر، حوادث و بلایا
	۴	۵/۱۱	مدیریت خدمات پرستاری
	۸	۴/۳۴	مدیریت مالی
	۱	۶/۲۶	مدیریت تجهیزات پزشکی
	۲	۵/۷۶	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت
	۶	۴/۶۱	مدیریت غذایی

**معنی دار در سطح ۰/۰۱، *معنی دار در سطح ۰/۰۵



شکل ۲- نمودار راداری رتبه بندی مؤلفه های متغیر مدیریت و رهبری

۴- بحث و بررسی

استفاده از تجارب اعتباربخشی بیمارستانی در کشورهای پیشرو می‌تواند منجر به شناسایی اشکالات روش اعتباربخشی بیمارستانی ایران، بکارگیری اقدامات اصلاحی و تقویت سیستم اعتباربخشی بیمارستانی کشور شود. معمولاً جنبه‌های سخت افزاری و نرم افزاری سیاست‌ها و برنامه‌ها در الگوبرداری قابل انتقال هستند. جنبه‌های سخت‌افزاری شامل مؤسسات، قوانین، مقررات، برنامه‌ها و ابزارها و جنبه‌های نرم‌افزاری شامل ایده‌ها، اصول، تأثیرهایی است که از آن سیاست‌ها می‌توان بدست آورد. این طبیعی است که به سیاست‌ها و برنامه‌های اعتباربخشی سایر کشورها توجه کنیم و از تجارب آنها استفاده کنیم و دریابیم که چه کارهایی باید انجام داد و چه کارهایی نباید انجام داد. استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی کمیته مشترک بین‌المللی و استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مصر به صورت مستقیم و استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی فرانسه، استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی بانک جهانی (لبنان) به طور پراکنده محور مدیریت و رهبری را مد نظر قرار دادند. در این پژوهش که به استانداردهای فوق‌مورد بررسی قرار گرفت و مدل پیشنهادی ارائه گردید. در این مدل محور مدیریت و رهبری در ۹ حیطه و ۴۹ استاندارد تعریف گردید. که با توجه نتایج میانگین‌های تجربی حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بعد رهبری و مدیریت، در سطح قوی قرار گرفت که این مدل با مدل پیشنهادی زرگر و همکاران (۱۳۹۸) همخوانی دارد. با توجه به میانگین‌های تجربی و براساس مقیاس «بازرگان و همکاران» می‌توان نتیجه گرفت بعد رهبری و مدیریت در سطح قوی قرار گرفته است. بر اساس شاخص نیکویی برآزش و حصول مقدار ۰/۵۷۳ برای این شاخص نشان از برآزش بسیار قوی مدل است. در این راستا مصدق راد و همکاران (۱۳۹۶) و (۱۳۹۹) بر اهمیت استانداردهای رهبری و مدیریت تأکید کردند آنان معتقدند که محور مدیریت و رهبری یک سیستم برای مدیریت بهتر سازمان است که با تعیین مأموریت، دورنما، ارزشها و اهداف سازمان، طراحی ساختار سازمانی مناسب برای دستیابی به اهداف سازمانی، تدوین سیاستها و مقررات، برنامه‌ریزی برای دستیابی به اهداف سازمان، انتخاب و انتصاب مدیران و کارکنان برای سازمان، مدیریت بهینه منابع برای اجرای برنامه‌ها و ارزشیابی عملکرد سازمان مرتبط است. یکی از چالش‌های اعتباربخشی این است که همه گروه‌های حرفه‌ای شاغل در بیمارستان‌ها به یک‌میزان در آن دخیل نیستند و اکثر وظایف و تکالیف بر عهده پرستاران است و پزشکان علی‌رغم اجرای طرح اعتباربخشی آموزشی به‌طور کلی نقش‌های اعتباربخشی ملی ایفا نمی‌کنند. مشارکت پزشکان و پرستاران و تضمین انگیزه آنان اهمیت حیاتی به هنگام اجرای استانداردهای اعتباربخشی دارد از این رو در این پژوهش محور آموزش، پژوهش و خدمات پزشکی به اعتباربخشی افزوده شد و سعی گردید استانداردهایی که در اعتباربخشی آموزشی و درمانی مشترک است در اعتباربخشی درمانی باقی بماند و مطابق ویژگی‌های استاندارد تعریف شود و سایر استانداردها که همخوانی ندارد. در این محور تعریف شوند. هدف از اجرای این طرح افزایش مشارکت تمامی گروه‌های شاغل در بیمارستان در اجرای اعتباربخشی، کاهش بار مالی ناشی از اجرای اعتباربخشی آموزشی و درمانی بصورت جدا به بیمارستان تحمیل می‌گردد و کاهش موازی کاری و دوباره کاری و وقت و انرژی سازمانی است. این موضوع در پژوهش حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، صالحی و پیروی (۱۳۹۶) و دیاب و همکاران (۲۰۱۱) مورد تأکید قرار گرفته است. از طرف دیگر محور مدیریت مالی بصورت خاص و انحصاری تعریف گردید در مدل‌های پیشین در نسل اول استانداردهای این محور در مدیریت و رهبری تعریف شد و در نسل دوم و سوم بسیار کم‌رنگ و حتی حذف گردید بطوری که ارزیابان اعتباربخشی بصورت مستقیم با این واحد ارتباط نداشتند و در نسل چهارم استانداردهایی در محور مدیریت و رهبری تعریف گردید که متأسفانه این شبهه ایجاد می‌شد که مسئولیت اجرا و نظارت آن بر عهده مدیریت ارشد سازمان است و این واحد تمایلی به همکاری در این زمینه نداشتند که بدلیل اهمیت موضوع سعی گردید استانداردهای واحد مدیریت مالی جدا تعریف گردد. اولادی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه خود دریافتند که برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی به عنوان

الگویی جهت اجرای اصولی و موثر اعتباربخشی در سایر مراکز مورد استفاده قرار گیرد. لذا ضرورت تدوین برنامه جامع در این زمینه و تامین امکانات و منابع لازم در این زمینه احساس می گردد که پژوهش حاضر در این راستا انجام گرفت. با توجه به ضرایب مسیر محاسبه شده می توان گفت مؤلفه مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی قویتر از سایر مؤلفه های رهبری و مدیریت بوده است. مصدق راد و نبی زاده (۱۳۹۷) در پژوهش خود به اهمیت منابع انسانی در اعتباربخشی تاکید کردند آنها بیان داشتند که اجرای استانداردهای اعتباربخشی نیازمند تعهد و مشارکت مدیران و کارکنان بیمارستانها است. مدیران باید برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی برنامه ریزی کرده، ساختار و فرهنگ سازمانی مناسب را ایجاد نموده، کارکنان را آموزش داده و منابع لازم را در اختیار آنها قرار دهند و فرایند تغییر را رهبری کنند. وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی باید به پیش نیازهای اجرای اعتباربخشی در بیمارستانها توجه کنند. این پیش نیازها شامل آموزش مدیران و کارکنان، تضمین منابع برای اجرا، اختصاص زمان کافی و در نظر گرفتن سازوکارهای انگیزشی برای اجرای استانداردها در بیمارستان است که این مهم در این مدل مورد توجه قرار گرفت و استانداردهای مربوط به مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی دقیق تر دیده شد.

نتایج این پژوهش در رتبه بندی متغیرهای رهبری و مدیریت نشان داد که مؤلفه های مدیریت و رهبری از اهمیت یکسانی برخوردار نبودند و می توان گفت مؤلفه «مدیریت تجهیزات پزشکی» بالاترین رتبه را در بین مؤلفه های مورد مطالعه داشت و مؤلفه های «مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات» و «مدیریت و بهبود کیفیت» به ترتیب در رده های دوم و سوم قرار داشتند. امروزه تجهیزات پزشکی به یکی از اجزاء لاینفک بیمارستانهای مدرن تبدیل شده اند و یک سوم تا نیمی از کل هزینه های پروژه ای بیمارستانها را به خود اختصاص داده اند. در این میان تجهیزات غیر فعال عامل عمده ایجاد هزینه های بیهوده است. این مساله در کشورهای در حال توسعه نمود بیشتری دارد. طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت، در حدود ۶۰ درصد تجهیزات پزشکی این کشورها در بیشتر مواقع آماده بهره برداری نیستند. برای رفع این معضلات راه های گوناگونی پیشنهاد شده است اما بهترین راهکار ممکن، به بکارگیری مدیریت اثر بخش در استفاده از تجهیزات پزشکی است (الفقهه و همکاران، ۱۳۸۳) نتایج این پژوهش نشان می دهد متغیر ویژگی های استاندارد تأثیر افزایشی (مستقیم) بر مدیریت تجهیزات پزشکی داشته است. $(\beta = 0.439, p = 0.001)$ ؛ با توجه به استانداردهای تدوین شده می توان نتیجه گرفت داشتن تجهیزات پزشکی با تعداد کافی، کیفیت مناسب پرسنل کارآموده برای کار با دستگاهها، موقعیت مدیر و بیمارستان را در ارائه بهترین مراقبت بهداشتی و خدمات تشخیصی سریع و صحیح در بیمارستان تضمین میکند. از طرف دیگر باید توجه داشت عدم توجه به نگهداری تجهیزات، منجر به عملکرد ضعیف تجهیزات پزشکی شده و نگهداری غیر مؤثر، از درآمدهای بیمارستان کاسته و بیماران را دچار سردرگمی کرده و منجر به اتلاف پول و وقت آنها میشود. از طرف دیگر تعویض و تعمیر تجهیزات؛ هزینه هنگفتی را به بیمارستانها تحمیل میکند لذا مساله مهمی که در اداره امور بیمارستانها وجود دارد، مدیریت مؤثر تجهیزات پزشکی است. این نتایج با یافته های نوری و همکاران (۱۳۸۱) همخوانی دارد.

بدلیل اهمیت داده های بهداشتی و محتوی پرونده های پزشکی سازمانهای CCHSA, QHNZ, JCAHO استانداردهایی را در این خصوص لحاظ کرده اند. اما JCAHO با مدنظر قراردادن کامل ترین دستورالعملها در قسمت اطلاعات مخصوص بیمار، توجه بیشتری را نسبت به محتوی پرونده های پزشکی مبذول داشته است. (صفدری و میدانی، ۱۳۸۶) نتایج این پژوهش نشان می دهد متغیر ویژگی های استاندارد تأثیر افزایشی (مستقیم) بر مدیریت تجهیزات پزشکی داشته است. $(\beta = 0.439, p = 0.001)$ ؛ با توجه به استانداردهای تدوین شده می توان نتیجه گرفت بخش مدیریت اطلاعات سلامت اصلی ترین جایگاه اطلاعاتی و تصمیم گیری در سیستم سلامت و منبع بسیار مهمی برای ارزیابی آنها است نتایج محدود بیان و همکاران (۱۳۹۵) و غریبی و همکاران (۱۴۰۰) موید این مطلب است. نتایج آمار توصیفی و تحلیلی این پژوهش نشان داد که مؤلفه های مدیریت و به بود کیفیت، در

سطح قوی قرار گرفته اند. نتایج حاصل از آزمون فرضیه های پژوهش نیز نشان داد متغیر ویژگی های استاندارد بر متغیرهای رهبری و مدیریت کیفیت ($\beta=0/573, p=0/001$)؛ تأثیر افزایشی (مستقیم) داشته اند این نتیجه با مطالعه ال جاردالی و همکاران (۲۰۰۸) در بیمارستانهای لبنان مطابقت دارد آنان معتقدند که حمایت مدیران بیمارستان مهمترین عامل ارتقای کیفیت و اجرای در ست برنامه اعتباربخشی میباشد. و همچنین ربا نتایج حسن زاده و همکاران (۱۳۹۹) همسواست در پژوهشی که آنها با مشارکت پرستاران جهت بررسی تأثیر اعتباربخشی بر کیفیت خدمات بیمارستانی انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که بین ابعاد اعتباربخشی همبستگی مناسبی برقرار است و قویترین همبستگی میان بعد نتایج کیفیت و بعد تعهد و حمایت مدیریت با ضریب همبستگی ۰/۷ برقرار بود و می توان گفت مهمترین پیش بینی کننده های کیفیت خدمات بیمارستانی حمایت و تعهد مدیریت است. نتایج تحقیقات عباسی سنجدری و همکاران (۱۳۹۷) واگنر و همکارانش (۲۰۱۴) نیز نشان داد بالاترین زمره در سطح مدیریت، متعلق به شاخص سیستم مدیریت کیفیت است. یعنی در سطح مدیریت، استانداردهای اعتباربخشی، باعث بهبود کیفیت می شوند. طراحی مدل اعتباربخشی بیمارستانهای دولتی مبتنی بر فاکتورهای رهبری برای بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی است با توجه به اینکه بهبود کیفیت یک فرآیند پویا است. بنابراین این استانداردها دائما در حال تغییر هستند. پویا بودن اعتباربخشی از محدودیت های مربوط به طرح پژوهش است. تغییر ویژگی های استانداردها بدلیل تغییر در تکنولوژی خدمات، تخصص ها، سلیقه مصرف کنندگان نیز از محدودیت های دیگر طرح پژوهش است. با توجه به گستردگی استانداردهای اعتباربخشی و ماهیت در حال تغییر و روزرسانی دائمی آن توسط وزارت بهداشت محدودیت زمانی جهت تدوین و بومی سازی اعتباربخشی قبل از تغییر این استانداردها از جمله محدودیت های این پژوهش بود.

۵- نتیجه گیری

در پژوهشی که مصدق راد و همکارانش (۱۳۹۶) در زمینه رابطه اعتباربخشی و عملکرد بیمارستان انجام دادند پیشنهاد کردند که باید تغییراتی در ویژگی ها و نوع استانداردها، روش و ارزیابان اعتباربخشی ایجاد شود تا اعتباربخشی اثرات مثبت بیشتری بر عملکرد بیمارستانها داشته باشد. در این پژوهش بر ویژگی ها و محتوای استانداردها، تأکید گردید که خوشبختانه نتایج این پژوهش نشان داد ویژگی هایی که برای استاندارد مشخص شده بود در سطح قوی قرار دارند.

مدیران بیمارستانها می توانند با تدوین یک برنامه هدفمند فرایند اعتباربخشی را در بیمارستان خود مدیریت کنند؛ زیرا مدیران بیمارستانها نقش بسزایی در موفقیت یا شکست برنامه اعتباربخشی دارند. بطور کلی رهبری قوی و حمایت مدیران نقش حیاتی در اجرای برنامه اعتباربخشی و بهبود کیفیت خدمات دارد. بیمارستانها به عنوان مهمترین عرصه آموزش های بالینی، نقشی بی بدیل در عرصه تربیت و تعلیم نیروی انسانی بخش سلامت دارند. در این پژوهش با ادغام استانداردهای اعتباربخشی در مانی و آموزشی و اختصاص حیطه مدیریت خدمات پزشکی و کاهش تعداد سنجها در جهت رفع چالشهای اعتباربخشی گام مؤثری برداشته شد. به طوری که تمامی گروه های شغلی درگیر اجرای اعتباربخشی باشند. این امر باعث می شود بیمارستان هزینه، وقت و انرژی دوباره ای صرف ارزیابی ننماید از طرف دیگر در کمرنگ تر شدن چالش عدم همکاری پزشکان در اعتباربخشی ملی که در مطالعات بسیاری به آن اشاره شده بود مؤثر خواهد بود که نتایج این پژوهش مؤید مناسبت بودن این مدل و ارتباط قوی بین متغیرها و مؤلفه های آن است.

نظر به اینکه منابع انسانی کارآمد به عنوان اصلی ترین مزیت رقابتی سازمانها مطرح می باشد لذا تدوین استانداردهای مناسب جهت فراهم نمودن سیستم انگیزشی مناسب و اطمینان از رضایتمندی آنان از نکات اساسی به شمار می آید. در این پژوهش استانداردهای مدیریت منابع انسانی با توجه به وظایف حوزه بصورت کامل تدوین گردید که با توجه به ضرایب محاسبه شده

می‌توان گفت تأثیر متغیر ویژگی‌های استاندارد بر محور مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی بیشتر از سایر محورهای مورد بررسی بوده است.

در حال حاضر، مدیریت حوادث و عوارض ناشی از آنها بمنظور حفظ جوامع و تامین ثبات، امری ضروری است. باتوجه به اینکه از وظایف اصلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارتقای سطح آمادگی بخش سلامت برای تامین پاسخ مؤثر به حوادث و بلاهاست؛ از آنجایی که دستورالعمل واحدی در سطح کشور برای تامین آمادگی مراکز بهداشتی درمانی وجود ندارد، تدوین استانداردهای دقیق برای این حیطه به لحاظ اهمیت ضروری است که در این پژوهش سعی گردید استانداردهای مربوطه بر اساس دستورالعمل آمادگی بیمارستانی برای مواجهه با بحران‌های احتمالی تعریف شوند که نتایج نشان داد این استانداردها در سطح قوی قرار دارند این استانداردها با مطالعات خانکه و همکاران (۱۳۹۳) مطابقت دارد.

امروزه بهبود کیفیت خدمات پرستاری با چالشهای فراوانی روبرو است. شناسایی ابعاد و مفاهیم مرتبط با آن میتواند به مدیران پرستاری کمک کند تا برنامه‌های مراقبتی خود را بر اساس آن پایه‌ریزی نمایند. در این پژوهش جهت تدوین استانداردهای اعتباربخشی، به اصول مدیریت بر ارزیابی مهارت‌های عمومی، اختصاصی و ارتباطی پرستاران توسط مدیران پرستاری بعنوان یکی از وظایف مدیریت، برنامه‌ریزی و نظارت بر توزیع و چینش و تقسیم کار مناسب پرستاران جهت تعدیل بار کاری و نظارت بر روند مراقبت و درمان بیماران و برنامه‌ریزی سیاست‌های آموزشی پرستاران و آموزش به بیمار و بررسی اثربخشی آموزش به بیمار و پرستاران تاکید گردید.

یکی از فاکتورهای حیاتی موفقیت در مدیریت اثربخش سلامت، درک صحیح هزینه‌ها و کنترل آنها است. با مدیریت هزینه‌های بیمارستان و توجه به سودآوری میتوان بر سرمایه‌های بهداشت و درمان و در نتیجه سلامت جامعه امیدوار بود. لذا در این پژوهش محور مدیریت مالی بصورت مجزا دیده شد و سعی گردید چالش‌های مربوط به حوزه مالی در تدوین استانداردهای مربوطه دیده شود که نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش نشان داد متغیر ویژگی‌های استاندارد بر مدیریت مالی تأثیر افزایشی (مستقیم) داشته است.

داشتن تجهیزات پزشکی با تعداد کافی، کیفیت مناسب پرسنل کارآموزده برای کار با دستگاهها، موقعیت مدیر و بیمارستان را در ارائه بهترین مراقبت بهداشتی و خدمات تشخیصی سریع و صحیح در بیمارستان تضمین میکند. از طرف دیگر عدم توجه به نگهداری تجهیزات و تعویض و تعمیر تجهیزات منجر به عملکرد ضعیف تجهیزات پزشکی شده و نگهداری غیر مؤثر، از درآمدهای بیمارستان کاسته و بیماران را دچار سردرگمی کرده و منجر به اتلاف پول و وقت آنها میشود. لذا مسئله مهمی که در اداره امور بیمارستانها وجود دارد، مدیریت مؤثر تجهیزات پزشکی است. در این پژوهش استانداردهای تجهیزات پزشکی با توجه به شرایط فوق تدوین گردید که نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش نشان داد متغیر ویژگی‌های استاندارد بر مدیریت تجهیزات تأثیر افزایشی (مستقیم) داشته است.

مدیریت اطلاعات بر تولید، ذخیره‌سازی، جریان و استفاده صحیح از اطلاعات مراقبتی مربوط میشود. اطلاعات مناسب، ابزار اساسی مدیران و حتی پرسنل بهداشتی برای تصمیم‌گیری در امور روزمره و استراتژیک خود هستند بر این اساس، تعیین نیازهای اطلاعاتی بالینی و مدیریتی، طراحی شاخص‌ها و سامانه‌های اطلاعاتی بر اساس آنها، تعیین و آموزش پرسنل درگیر در این حوزه، ایجاد ابزارهای قابل اعتماد، گردآوری صحیح داده‌های مورد نیاز، تحلیل و گزارش‌دهی بهنگام و کاربرپسند اطلاعات به دست آمده، ذخیره‌سازی مناسب اطلاعات، تعیین میزان و سطح دسترسی هر یک از کاربران به اطلاعات ایجاد شده و نیز استفاده مؤثر از اطلاعات در تصمیم‌گیری‌های مختلف سازمانی در تدوین استانداردهای این محور اعتباربخشی مورد توجه قرار گرفت.

توجه به کیفیت سرویس غذایی در بیمارستان یکی از مهم ترین عوامل در بهبود سلامت بیماران و امری جدا ناپذیر از فرایند درمان است. بنابراین لازم است مدیران بیمارستانها توجه ویژه ای به این موضوع داشته باشند لذا در این پژوهش بر مدیریت تغذیه تاکید گردید.

با توجه به اهمیت روزافزون مقوله اعتباربخشی، مدل حاضر می تواند گام ارزشمندی در جهت کارآمدی و اثربخش تر نمودن سیستم اعتباربخشی کشور و متعاقبا بهبود مستمر کیفیت خدمات در بیمارستانها بردارد. مدیران بیمارستانها از طریق اجرای استانداردهای اعتباربخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان می توانند نقش مهمی در استقرار استانداردهای اعتباربخشی تمام واحدها/بخش های بیمارستان اعم از بالینی و غیربالینی، تأمین ایمنی بیمار و بهبود کیفیت ایفا نمایند. نتایج این پژوهش، اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران ارشد اعتباربخشی بیمارستانی ایران قرار می دهد تا به اصلاح روش اعتباربخشی بیمارستان های ایران بپردازند.

تشکر و قدردانی

از تمامی اساتید، مدیران و پرسنل شاغل در معاونت درمان و بیمارستانهای دولتی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی کرمان، بم، جیرفت و رفسنجان که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند کمال تشکر و قدر دانی را داریم. لازم به ذکر است این پژوهش حاصل پایان نامه با کد مصوب اخلاق به شماره (IR.KMU.REC.1400.193) از دانشگاه علوم پزشکی کرمان است.

منابع

۱. آصف زاده، س.، محبی فر، ر.، و شیرعلی، م.، (۱۳۹۲). شناسایی سبک های رهبری مدیران دانشگاه مدیران دانشگاه علوم پزشکی قزوین و راه های ارتقای عملکرد آنان. شماره ۸، ۵۶-۶۲.
۲. اولادی قادیکلایی، س.، یحیی پور، ی.، رضاپور، ز.، شریفی، س.، محمدنیا، ک.، و جهانی، م.، (۱۳۹۹). تدوین و تاثیر برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی بر نتایج ارزشیابی و اعتباربخشی آموزشی بیمارستان شهید دکتر بهشتی بابل، آموزش پزشکی، دوره ۸، شماره ۲، ص ۴۷-۴۴.
۳. بهشتی روی، ب.، و حسین زاده، ح.، (۱۳۹۵). عوامل موثر بر مدیریت تغییر در برنامه پزشک خانواده مطالعه موردی، اولین کنفرانس ملی مدیریت و اقتصاد جهانی، تهران.
۴. حسن زاده، الف.، داستاری، ف.، سلطانی، ز.، و شیخی چمان، م.، (۱۳۹۹). تأثیر اعتباربخشی بر کیفیت خدمات بیمارستانی از دیدگاه پرستاران شهر تهران، مجله پرستاری و مامایی، دوره ۱۸، شماره ۱۰، ص ۷۹۵-۸۰۵.
۵. دریازاده، س.، یآوری، م.، شریف، م.، آزادچهر، م.، اکبری، ح.، و حاجی سیدحسینی، ی.، (۱۴۰۰). ارزیابی میزان رعایت استانداردهای اعتباربخشی آموزشی توسط دانشجویان پزشکی در بیمارستان های آموزشی، راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی، دوره ۸، شماره ۲، ص ۷۵-۸۹.
۶. زرگر بالای جمع، س.، مرکزی مقدم، ن.، و محمد ابراهیمی، ح.، (۱۳۹۸). تدوین استانداردهای اعتباربخشی درمانگاه های پادگانی آجا، پرستار و پزشک در رزم، دوره ۷، شماره ۲۵، ص ۴۹-۵۶.
۷. صادق تبریزی، ج.، و غریبی، فرید.، (۱۳۹۱). طراحی مدل ملی اعتبار بخشی با استفاده از تکنیک دلفی. بیمارستان، فصلنامه بیمارستان، دوره ۱۱، شماره ۲، ص ۹-۱۸.

۸. طبیبی، س.، ریسی، پ.، و نصیری پور، الف.، (۱۳۸۲). امکان کاربرد مدیریت راهبردی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ایران، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، دوره ۷، شماره ۳ (پیاپی ۲۷)، ص ۵۴-۶۰.
۹. عامریون، الف.، نجاتی زرنقی، ب.، حسینی شکوه، ج.، زابلی، ر.، و کریمی زارچی، ع.، (۱۳۹۲). بررسی شیوه اداره بیمارستانهای منتخب نیروهای مسلح و ارتباط آن با شاخص های عملکرد بیمارستانی، *مجله طب نظامی*، دوره ۱۵، شماره ۱، ص ۶۸-۵۹.
۱۰. عباسی سنجدری، ز.، مسعودی اصل، الف.، جهانگیری، ک.، و ریاحی، ل.، (۱۳۹۷). مقایسه سیستم مدیریت کیفیت برای بیمارستان های شهر تهران و بیمارستان های اروپا مبتنی بر اعتباربخشی، *فصلنامه علوم پزشکی*، دوره ۲۸، شماره ۲، ص ۱۴۴-۱۳۶.
۱۱. قاضی زاده هاشمی، ح.، حاجی آقاجانی، م.، رضوی، س.، و میردهقان، م.، (۱۳۹۳). راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی واحد مدیریت و رهبری بیمارستان در ایران. جلد اول، چاپ دوم، تهران: نشر مهر طویی.
۱۲. کیکاوسی آرائی، ل.، رضانی، م.، و عابدین سلیم آبادی، پ.، (۱۳۹۳). تدوین استانداردهای اعتباربخشی ملی برای واحد مدیریت و رهبری در بیمارستان های ایران، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره ۲۴، شماره ۱۱۹، ص ۱۹۴-۱۹۸.
۱۳. محقق، م.، و امامی رضوی، س. ح.، (۱۳۹۹). نگاهی به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی، چاپ اول، تهران: انتشارات صدا.
۱۴. محمودیان، س.، صفایی، ف.، معراجی، م.، کیمیافر، خ.، فارسی نگار، ن.، و قاسمی، ر.، (۱۳۹۵). چالش ها و قوت های اجرای فرایند اعتباربخشی از دیدگاه کارکنان مدیریت اطلاعات سلامت، *علوم پیراپزشکی و توانبخشی مشهد*، دوره ۵، شماره ۲، ص ۳۳-۲۵.
۱۵. مصدق راد، ع.، و نبی زاده، ز.، (۱۳۹۷). ارزشیابی سیستم اعتباربخشی بیمارستانی ایران، *نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی*، دوره ۱۷، شماره ۶، ص ۶۱۷-۶۲۹.
۱۶. مصدق راد، م.، جعفری پویان، الف.، یوسفی نژاد، ت.، و کی خانی، س.، (۱۳۹۹). روش اعتباربخشی بیمارستانها: یک مطالعه تطبیقی، *نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی*، دوره ۱۹، شماره ۵، ص ۵۲۳-۵۴۰.
۱۷. مصدق راد، ع.، اکبری ساری، ع.، و یوسفی نژادی، ت.، (۱۳۹۶). ارزشیابی روش اعتباربخشی بیمارستانها، *مجله دانشکده پزشکی*، دوره ۷۵، شماره ۴، ص ۲۸۸-۲۹۸.
۱۸. مصدق راد، ع.، و غضنفری، ف.، (۱۳۹۹). حاکمیت برنامه اعتباربخشی بیمارستانی ایران: چالش ها و راهکارها، *مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران پیابورد سلامت*، دوره ۱۴، شماره ۴، ص ۳۳۲-۳۱۱.
۱۹. نعمتی، م.، خدابخشی، م.، و حیدری، ع.، (۱۳۹۸). ارتباط مدیریت دانش و مدیریت منابع انسانی و تاثیر آن بر مزیت رقابتی سازمان ها، *ششمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی در ایران*، تهران.
۲۰. نوری تاجر، م.، دباغی، ف.، محمدی، ر.، و حقانی، ح.، (۱۳۸۱). بررسی وضعیت نگهداری و هزینه مراقبت از تجهیزات پزشکی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در سال ۱۳۷۹، *علوم پزشکی رازی (مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران)*، دوره ۹، شماره ۳۰، ص ۴۴۵-۴۵۴.
۲۱. یحیوی، ف.، نصیری پور، الف.، و کیکاووسی، الف.، (۱۳۹۷). بررسی چالش های استقرار نسل سوم استاندارد های اعتباربخشی ملی ایران در بیمارستان های تابعه دانشگاه آزاد اسلامی شهر تهران، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، دوره ۳، شماره ۲۸، ص ۲۵۷-۲۵۲.
22. Diab, S. M., (2011). The extent to which Jordanian doctors and nurses perceive the accreditation in private hospitals, *International Journal of Marketing Studies*, 3(1), 75-89.
23. El-Jardali, F., Hemadeh, R., Jaafar, M., Sagherian, L., El-Skaff, R., Mdeihly, R., & Ataya, N., (2014). The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy

- implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon, *BMC health services research*, 14(1), 1-10.
24. El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W., & Tchaghchaghian, V., (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses, *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 363-371.
 25. Fornell, C., & Larcker, D. F., (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error, *Journal of marketing research*, 18(1), 39-50.
 26. Heberer M., (1998). Success factors in hospital management, *Der Chirurg; Zeitschrift fur Alle Gebiete der Operativen Medizen*, 69(12), 1305-12.
 27. Wagner, C., Thompson, C. A., Arah, O. A., Groene, O., Klazinga, N. S., Dersarkissian, M., & Thompson, A., (2014). A checklist for patient safety rounds at the care pathway level, *International Journal for Quality in Health Care*, 26(1), 36-46.

Designing an accreditation model for public hospitals based on leadership factors

Marzieh Khodaei¹, Hamdollah Manzari-Tavakoli², Navid Fatehi-Rad³, Zahra Shokooh⁴

¹ PhD student in Public Administration, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman

² Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman

³ Assistant Professor, Department of Management, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman

⁴ Assistant Professor, Department of Management, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman

Abstract

One of the main pillars of successful accreditation implementation is the commitment of management and leadership of the organization. The purpose of this study was to investigate the position of leadership and management in the accreditation of public hospitals by considering the characteristics of standards to design an optimal model. This is descriptive study that was performed on 86 people in public hospitals of Kerman province in 1400. Data collection tool was two researcher-made questionnaires for standard features and management and leadership in 9 areas and 49 standards. Data analysis was performed using SPSS and AMOS software version 23 and PLS. Significance level was considered 0.05. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics (one-sample t-test, confirmatory factor analysis and structural equations) were used to analyze the data. Based on the results of descriptive statistics, the mean and standard deviation of standard and management and leadership characteristics were $4/17 \pm 0/41$ and $4/22 \pm 0/35$ respectively. The results of critical ratio coefficient and t-statistic ($R^2 = 0.717$, $t = 11.432$) and the results of structural equation modeling ($p = 0.001$, $\beta = 0.717$) show a positive and significant effect of standard characteristics on leadership and management. Based on the coefficient (R^2), 51% of leadership and management changes are explained by standard features. The results showed that the proposed model of leadership and accreditation management is strong. Hospital managers play an important role in ensuring patient safety and improving quality by implementing the accreditation standards of the management and leadership unit.

Keywords: accreditation, leadership, management, standard, standard features, Government hospitals of Kerman province