مقـــاله تحقیقی

بررسی رابطه ابعـــاد کیفیت خدمـــات با نتایج اعتبـــاربخشی (مطالعه موردی: بیمارستان‌های خراسان رضوی)

آذر کفاش پور[1]، فاطمه آبادی[2]، احمد زنده دل[3]، تورج صادقی[4]، مریم رمضانی[5]*

[1] دانشیار، گروه مدیریت بازرگانی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

[2] کارشناس ارشد، مدیریت صنعتی، دانشگاه خلیج فارس، گروه مدیریت، بوشهر، ایران.

[3] استادیار، گروه ریاضی و آمار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

[4] استادیار، گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

[5] کارشناس ارشد، گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، گروه مدیریت، نیشابور، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول: گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، گروه مدیریت، نیشابور، ایران.
نشانی الکترونیک:
Mari_ramezani@yahoo.com

چکیده

زمینه: امروزه سازمان‌های بهداشتی درمانی به دلیل مواجهه با افزایش آگاهی و انتظارات مردم در خصوص کیفیت خدمات سلامت و ایجاد رقابت در ارائه‌ی خدمات، با فرصت‌ها و چالش‌های مهمی روبرو هستند. بنابراین، اغلب مدیران مراقبت بهداشتی درمانی و سیاست‌گذاران عرصه‌ی سلامت، استانداردسازی و ارزیابی مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی را امری اجتناب‌ناپذیر در جهت بهبود کیفیت می‌دانند. در این راستا، مدل‌های ارزیابی متفاوتی وجود دارد که از بین این مدل‌های ارزیابی، مدل اعتباربخشی به دلیل اختصاص به بخش بهداشت و درمان مورد توجه بسیاری از کشورها قرار گرفته است، در ایران نیز از سال ۱۳۹۱ این استاندارد به بیمارستان‌های ایران ابلاغ و اجرایی گردید. هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین ابعاد کیفیت خدمات با نتایج اعتباربخشی می باشد.

روش کار: جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های درجه ۱، ۲ و ۳ خراسان رضوی می‌باشند. از تعداد ۴۶ بیمارستان خراسان رضوی، تعداد ۱۳ بیمارستان درجه مثبت یک، ۱۹ بیمارستان درجه یک و ۱۴ بیمارستان درجه دو یا سه را از استانداردهای اعتباربخشی کسب نموده‌اند که با استفاده از فرمول کوکران جهت جامعه آماری نامحدود تعداد ۳۸۴ نفر از بیماران با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی شده به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این بررسی از پرسشنامه استاندارد کیفیت خدمات پاراسورامان که میزان پایایی آن ۰/۸۵ بدست آمد جهت گردآوری داده‌ها استفاده گردیده و از داده‌های ثانویه نتایج اعتباربخشی (کسب شده بیمارستان‌ها در ارزشیابی انجام شده توسط وزارت بهداشت و درمان) با استفاده از روش رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS19 جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد اعتبار و اطمینان، اعتماد، پاسخگویی، دارایی‌های ملموس و همدلی به ترتیب با ضرایب۰/۶۳، ۰/۴۷، ۰/۴۲، ۰/۳۶ و ۰/۲۹ با نتایج اعتباربخشی رابطه مثبت و معنی دار دارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست‌آمده پیشنهاد می‌گردد بیمارستان‌ها جهت ارتقاء امتیاز اعتباربخشی به ترتیب به مؤلفه‌های اعتبار و اطمینان، اعتماد، پاسخگویی، دارایی‌های ملموس و همدلی توجه نمایند. وزارت بهداشت و درمان نیز با در نظر گرفتن مؤلفه‌های کیفیت خدمات در بخش‌نامه‌های خود به بیمارستان‌ها در جهت دریافت امتیاز بهتر از استانداردهای اعتباربخشی کمک کند.

واژگان کلیدی: کیفیت خدمات، اعتباربخشی، بیمارستان‌ها، خراسان رضوی

مقدمه

امروزه رقابت برای بهبود کیفیت خدمات به یک مسئله راهبردی کلیدی (۱) و به قدرتمندترین اسلحه رقابتی در سازمان‌های خدماتی تبدیل شده است (۲). در بخش بهداشت و درمان نیز، به دلیل سروکار داشتن با جان انسان‌ها (۳) تأمین کیفیت مراقبت یک چالش کلیدی برای دولت‌ها (۴) و تأمین مراقبت با کیفیت به مأموریت اصلی بیمارستان‌ها تبدیل شده است. برآوردن این رسالت مهم مستلزم نهادینه ساختن کیفیت در بیمارستان‌ها می‌باشد (۵). این در حالی است که کیفیت خدمات نظام سلامت از طرق گوناگون مورد سنجش قرار می گیرد (۶).

اعتباربخشی یکی از سیستم‌های ارزیابی استاندارد است که به خاطر اهمیت، کارایی و نقش اساسی آن در ارتقای کیفیت خدمات سلامت، بطور گسترده در سطح جهان برای ارزیابی سیستم‌های خدمات درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۷). در سال ۱۳۹۱ این شیوه ارزشیابی با هدف ایجاد و ارتقای فرهنگ ایمنی و کیفیت مراقبت از بیمار در کشور استقرار یافت (۸). هدف این فرآیند، بهبود و استانداردکردن فعالیت‌های بیمارستانی از جنبه‌های مختلف، بر پایه مستندسازی فعالیت‌ها و براساس ارزیابی سالانه برون‌سازمانی و عمدتا داوطلبانه می‌باشد (۹). فلسفه استانداردهای اعتباربخشی بین المللی بر پایه اصل مدیریت کیفیت جامع و ارتقاء مستمر کیفیت است که توسط سازمان‌های سلامت برای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار از طریق استمرار مراقبت دنبال می شود (۱۰) و خط مشی مراقبت‌های سلامت و درک آنچه به کیفیت مراقبت مربوط می‌شود و تمرکز بر روی اصول بنیادی برای یکپارچه‌نمودن توسعه سیستم بهداشت و درمان و پویا نمودن آن، اساس اعتباربخشی را تشکیل می‌دهد (۱۱). بدلیل اینکه نتایج اعتباربخشی بیمارستان‌ها با توجه به سنجه‌های استاندارد ابلاغ‌شده به بیمارستان‌ها صورت می‌گیرد ولی مسؤلین برنامه‌ریزی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به دلیل اینکه ارائه شواهد (مبتنی بر اینکه برنامه‌های جدید متضمن تغییرات اساسی در مقایسه با برنامه‌های پیشین در جهت بهبود مراقبت بوده است) به سختی انجام می‌گیرد (۱۴) و نیاز به زمان و منابع اجرائی دارد به بررسی نتایج نمی‌پردازند و همین موضوع اصل مفید بودن ارزشیابی بیمارستان‌ها را دچار تزلزل می‌کند. بنابراین در این بررسی تلاش گردیده است تا مشخص گردد که آیا نتایج اعتباربخشی صرفا حاصل مستندسازی بوده یا کیفیت خدمات نیز که مهمترین هدف این استاندارد می‌باشد و منعکس‌کننده نظر بیماران است را نیز در بر می‌گیرد. به عبارتی در این بررسی تلاش شده است تا همراستایی استانداردهای اعتباربخشی با کیفیت خدمات با بکارگیری مدل کیفیت خدمات سروکوال[1] که یکی از بهترین و رایج‌ترین ابزارهای شناخته‌شده جهت اندازه‌گیری کیفیت خدمات می‌باشد که اولین بار توسط پاراسورامان و همکاران ارائه گردید (۱۲،۱۳) مورد بررسی قرار گیرد. این ابزار، ادراک مشتریان را از دارایی‌های ملموس (شرایط و فضای فیزیکی محیط ارائه خدمت از جمله تسهیلات، تجهیزات، کارکنان و کانال های ارتباطی)، بعد اعتبار و اطمینان (توانایی انجام خدمت به شکل مطمئن و قابل اعتماد)، بعد پاسخگویی (تمایل به همکاری و کمک به مشتری)، بعد اعتماد (شایستگی و توانایی کارکنان برای القای حس اعتماد و اطمینان به مشتری) بعد همدلی (برخورد ویژه با هر یک از مشتریان با توجه به روحیات آن‌ها به طوری که مشتریان قانع شوند که سازمان آنها را درک کرده است) اندازه‌گیری می‌کند (۱۲). بنابراین در این بررسی جهت سنجش کیفیت خدمات در بیمارستان ها از مدل کیفیت خدمات پاراسورامان و همکاران استفاده شده است که در ادبیات این حوزه به مدل سروکوال معروف است.

اعظمی و همکاران به بررسی دانش و نگرش مدیران بیمارستانی در مورد اعتباربخشی پرداخته‌اند و ۷۰%از نمونه‌ها اعتقاد داشتند که روش اعتباربخشی اثر مطلوبی بر فرآیندهای بیمارستانی داشته و از روش کنونی کامل‌تر و موثرتر خواهد بود (۱۵). احمدی و همکاران در بررسی خود با عنوان مطالعه تطبیقی استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت با استانداردهای بین المللی اعتباربخشی بیمارستانی JCI به این نتیجه دست یافتند که این استاندارد در ایران حتی نتوانسته است ۵۰ درصد از استانداردهای JCI را پوشش دهد(۱۶). تبریزی و غریبی در تحقیقی به این نتیجه دست یافتند که سیستم اعتباربخشی آمریکا و پس از آن کانادا دارای بیشترین نقاط قوت و کمترین نقاط ضعف می‌باشند، و لیکن با توجه به شرایط ایران، الگوی کمیسیون مشترک [2] بهترین گزینه برای الگو برداری است (۱۷). نتایج پژوهش ظهیری و همکاران نشان داد که اقدامات گروههای بهبود کیفیت بر شاخص‌های کارآیی بیمارستان تأثیر دارد (۱۸). Sack و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که اعتباربخشی معیار مناسبی برای اندازه‌گیری کیفیت بهتر از دیدگاه بیمار نیست و اعتباربخشی ممکن است یک گام به سوی بهبود کیفیت باشد، اما عامل اساسی برای اندازه‌گیری تحقق خواسته‌های مشتری (بیمار) نمی‌باشد (۱۹). گلوریا و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که اگرچه نتایج اعتباربخشی در پژوهش‌های مختلف کاملا متفاوت بوده است، با این وجود تأثیر برنامه‌های اعتباربخشی بر بهبود کیفیت

۱. SERVQUAL
۲. JCAHO

بیمارستان‌ها نیز کاملا مشهود اعلام گردید (۲۰). بریت ویت و همکاران به این نتیجه دست یافتند که رابطه مثبت و معناداری بین نتایج اعتباربخشی، فرهنگ سازمانی و رهبری وجود دارد و همبستگی بین عملکرد و اعتباربخشی نیز محرز اعلام گردید (۲۱). Alkhenizan و Shaw در بررسی خود به این نتیجه دست یافتند که اعتباربخشی پیامدها و نتایج درمانی و فرآیندهای مراقبتی را بهبود می‌بخشد (۲۲). کریمی و همکاران در بررسی کیفی خود به این نتیجه دست یافتند که اعتباربخشی می‌تواند از طریق بسترسازی، انتخاب متناسب مدل اعتباربخشی، توجه ذینفعان در خصوص لزوم اعتباربخشی، پایش مستمر، ایجاد سیستم‌های اطلاعاتی مناسب، شفاف‌سازی اطلاعات و با تغییر نگرش کلی سازمان به درستی اجرا گردد و تأثیرات مثبتی در راستای دستیابی به اهداف بیمارستان و ارتقای کیفیت خدمات داشته باشد (۲۳).

در مطالعه موردی Selcen و همکاران در سال ۲۰۰۹، تأثیر کیفیت خدمات بیمارستانی و در نهایت وفاداری مشتری مورد تأیید قرار گرفت (۲۴). نتایج مطالعه Mostafa که در بیمارستان‌های مصر انجام گرفت نشان داد انتظار بیماران از کیفیت خدمات بیمارستانی بر رضایت آنان از خدمات و انتخاب نوع بیمارستان (دولتی یا خصوصی) تأثیر دارد (۲۵). Karydis و همکاران در مطالعه‌ای انتظارات و ادراکات بیماران یونانی از کیفیت مراقبت‌های دندانپزشکی دریافت شده را بررسی کردند، نتیجه این پژوهش نشان داد ادراکات این افراد از کیفیت خدمات ارائه‌شده بیانگر رضایت بالای آنان از رعایت اصول گندزدایی و استریلیزاسیون (بعد تضمین) بود. این در حالی است که در زمینه سایر ابعاد کیفیت خدمات، رضایت متوسطی نشان داده و انتظارات و تقاضا در مورد بعد همدلی (رویکرد به بیمار) و بعد تضمین در رأس اولویت های بیماران قرار گرفت (۲۶). Anderson در مطالعه خود نشان داد که مدیران مراکز خدماتی برای ارتقای کیفیت باید بیشترین تلاش خود را بر آن دسته از ابعاد کیفیت که از دیدگاه بیماران دارای بیشترین اولویت می‌باشند متمرکز نموده و آن خدمات را با توجه به انتظارات بیماران طراحی نموده و ارتقا دهند (۲۷).

بیمارستان‌های خراسان رضوی در کنار پذیرش تعداد زیادی بیماران بومی هر ساله پذیرای تعداد زیادی بیمار غیر بومی نیز هستند بنابراین ارائه خدمات با کیفیت نه تنها اهمیت بسزایی از بعد انسانی دارد، بلکه می‌تواند نقش مهمی در زمینه گردشگری سلامت چه در بخش درمانی و چه گردشگری ایفا نمایند و در واقع دو جنبه اخلاقی و اقتصادی را در بر می‌گیرد. همچنین اثبات اثربخشی استانداردهای اعتباربخشی که به امید بهبود کیفیت بیمارستان‌ها اجرا گردیده است، می‌تواند صرف هزینه‌های بالا در بیمارستان‌ها را توجیه نماید و تداوم کار و برنامه‌ریزی‌های بعدی در جهت اجرای این استاندارد را در سایر مراکز درمانی مانند درمانگاه‌ها به دنبال داشته باشد.

با وجود اینکه زمان کمی از ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی به بیمارستان‌ها می‌گذرد و تاکنون اجرای استانداردهای اعتباربخشی تنها مرحله مستندسازی را طی کرده است، تعداد زیادی از بیمارستان‌ها توانسته‌اند امتیاز خوبی از استانداردهای اعتباربخشی کسب نمایند، که نشان دهنده ساختاری‌بودن نتایج در این مرحله و در واقع اقدامات پیشین بیمارستان‌ها در زمینه های مرتبط با استانداردهای اعتباربخشی می‌باشد. بنابراین با توجه به اینکه انتظار نمی‌رود در اولین سال‌های اجرای استانداردهای اعتباربخشی تغییر زیادی در بهبود کیفیت بیمارستان‌ها ایجاد شده باشد، پژوهش حاضر به بررسی رابطه ابعاد کیفیت خدمات با نتایج اعتباربخشی می‌پردازد تا ابهام موجود ناشی از شکاف بین استانداردهای اعتباربخشی با نتایج اعتباربخشی را با اثبات تأثیر کیفیت خدمات بر نتایج اعتباربخشی پر نماید.

روش کار

این مطالعه، یک پژوهش توصیفی از نوع پیمایشی-تحلیلی می‌باشد، جامعه آماری پژوهش، کلیه بیماران بیمارستان‌های خراسان رضوی می‌باشند و از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌بندی‌شده جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است.

جهت سنجش نتایج اعتباربخشی در این بررسی از درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها (داده های ثانویه، حاصل از ارزشیابی صورت گرفته توسط کارشناسان معاونت درمان با استفاده از سنجه‌های استانداردهای اعتباربخشی) استفاده شده است که شامل درجه مثبت یک، یک، دو و سه می‌باشد و جهت جمع‌آوری داده‌های مربوط به کیفیت خدمات از پرسشنامه استاندارد کیفیت خدمات پاراسورامان (۱۹۹۸) شامل ۱۹ سؤال (پنج مؤلفه قابلیت اعتماد، پاسخگویی، اعتبار و اطمینان، همدلی و دارایی‌های ملموس) استفاده شد که توسط بیماران بخش‌های بستری تکمیل گردید.

تعداد ۴۶ بیمارستان در خراسان رضوی وجود دارد که تعداد ۱۳ بیمارستان درجه مثبت یک، ۱۹ بیمارستان درجه یک و ۱۴ بیمارستان درجه دو یا سه (به دلیل تعداد محدود بیمارستان‌های درجه سه، بیمارستان‌های درجه دو و درجه سه در یک گروه قرار گرفتند) را از استانداردهای اعتباربخشی کسب نموده‌اند که طبق صلاحدید اساتید راهنما و مشاور

و چند تن از اساتید گروه مدیریت دانشگاه فردوسی که در تعیین روایی پرسشنامه‌ها نیز مشارکت داشتند، عدد ۱ جهت بیمارستان‌های درجه مثبت یک، عدد ۲ جهت بیمارستان‌های درجه یک و عدد ۳ جهت بیمارستان‌های دارای درجه اعتباربخشی دو و سه، در تجزیه و تحلیل داده‌ها ملاک سنجش قرار گرفت.

آمار دقیقی از تعداد بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها در دسترس نیست، لذا تعداد نمونه با استفاده از جدول حجم نمونه کوکران جهت جامعه نامحدود بیماران، تعداد ۳۸۴ نفر بدست آمد.

پرسشنامه‌ها با استفاده از روش طبقه‌ای و با نسبت مساوی در بیمارستان‌های درجه مثبت یک، یک، و دو و با استفاده از روش تصادفی با مراجعه محقق به بیمارستان‌ها، توزیع و جمع‌آوری شدند. در این بررسی سعی گردید از بیماران بخش‌های بستری دارای شرایط روحی و جسمی مناسب و جهت جلوگیری از تداخل در روند درمان بیماران، از کارکنان کادر درمان که از زمان کافی جهت تکمیل پرسشنامه برخوردار بودند، استفاده گردید. در ۱۳ بیمارستان درجه مثبت یک تعداد ۱۷۵ مورد، در ۱۹ بیمارستان درجه یک تعداد ۱۷۵ مورد پرسشنامه و در ۱۴ بیمارستان درجه دو و سه تعداد ۱۸۹ پرسشنامه توسط بیماران تکمیل گردید. تعداد ۱۵۰ پرسشنامه از بیمارستان‌های درجه مثبت یک، تعداد ۱۵۰ پرسشنامه از بیمارستان‌های درجه یک و به دلیل عدم همکاری کافی و حذف پرسشنامه‌های نامعتبر تعداد ۱۳۴ پرسشنامه از بیمارستان‌های درجه دو و سه، مبنای تجزیه و تحلیل داده‌ها قرار گرفت.

جهت تعیین روایی پرسشنامه به روش محتوایی، پس از مصاحبه با صاحبنظران، پرسشنامه‌ها تعدیل و اصلاح گردید و میزان پایایی پرسشنامه‌ها نیز به روش ثبات درونی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ و توسط نرم افزار SPSS 19، ۸۵% بدست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب پرسشنامه‌ها است. آزمون مورد استفاده در این بررسی آزمون رگرسیون ساده (با سطح معناداری یک درصد) می‌باشد، که با استفاده از نرم افزارSPSS 19 پس از بررسی برقراری مفروضات تحلیل رگرسیون (توزیع باقیمانده‌ها و عدم خود همبستگی باقیمانده‌ها) آزمون گردید.

یافته ها

تحلیل توصیفی ابزار تحقیق

بررسی اطلاعات عمومی پاسخگویان حاکی از آن است که ۱۹ درصد پاسخگویان مرد و ۸۱ درصد زن بودند. از لحاظ وضعیت تأهل ۱۳ درصد مجرد و ۸۷ درصد متأهل بودند. از لحاظ وضعیت سنی ۷ درصد کمتر از ۲۵ سال، ۲۱ درصد بین ۲۵ تا ۳۵ سال، ۴۰ درصد بین ۳۶ تا ۴۵ سال، ۲۶ درصد بین ۴۶ تا ۵۵ سال و ۶ درصد بالاتر از ۵۵ سال بودند. از لحاظ وضعیت تحصیلات ۳ درصد بی سواد، ۳۲ درصد زیر دیپلم، ۳۹ درصد دیپلم، ۸ درصد فوق دیپلم، ۱۵ درصد لیسانس و ۳ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند. از لحاظ تعداد دفعات مراجعه ۹۴ درصد برای اولین بار و ۶ درصد برای دومین بار یا بیش از آن به بیمارستان مراجعه کرده‌اند. از لحاظ وضعیت فعالیت ۶۵ درصد شاغل و ۳۴ درصد غیر شاغل بودند. نتایج حاصل از شاخص‌های توصیفی کمی و کیفی پژوهش در جدول‌های شماره ۱و۲ آورده شده است.

جدول شماره ۱- شاخص های توصیفی کیفی

نام متغیر جمعیت‌شناختی	سطوح	درصد فراوانی
جنسیت	مرد زن	٪۱۹ ٪۸۱
تاهل	مجرد متاهل	٪۱۳ ٪۸۷
تحصیلات	بی سواد زیر دیپلم دیپلم فوق دیپلم کارشناسی کارشناسی ارشد و بالاتر	٪۳ ٪۳۲ ٪۳۹ ٪۸ ٪۱۵ ٪۳
سن	کمتر از ۲۵ سال ۲۵ تا ۳۵ سال ۳۶ تا ۴۵ سال ۴۶ تا ۵۵ سال	٪۷ ٪۲۱ ٪۲۶ ٪۶

جدول شماره ۲- شاخص های توصیفی کمی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل امتیاز	حداکثر امتیاز
اعتبار و اطمینان	۴۳۴	۳/۱۲۱	۰/۵۸۹	۱/۶۳	۴/۵۰
اعتماد	۴۳۴	۳/۱۰۱	۰/۳۷۶	۲/۲۵	۴/۱۹
دارایی‌های ملموس	۴۳۴	۳/۱۱۵	۰/۴۵۹	۱/۷۳	۴/۵۵
پاسخگویی	۴۳۴	۲/۸۸۲	۰/۴۴۲	۱/۸۲	۴/۳۱
همدلی	۴۳۴	۳/۶۲۲	۰/۶۱۵	۱/۶۵	۵

با توجه به جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود که میانگین نظرات پاسخگویان انتخابی در رابطه با اعتبار و اطمینان برابر با ۳/۱۲۱ می‌باشد و پراکندگی نظرات این افراد برابر با ۰/۵۸۹ است. همچنین در بین امتیاز حاصل‌شده برای این متغیر، کمترین امتیاز حاصله برابر با ۱/۶۳ و بیشترین امتیاز برابر با۴/۵۰ مشاهده شد.

آمار استنباطی و آزمون فرضیه‌ها

بررسی تاثیر ابعاد اعتبار و اطمینان، اعتماد، پاسخگویی، دارایی‌های ملموس و همدلی بر نتایج اعتباربخشی

جهت بررسی تأثیر ابعاد اعتبار و اطمینان، اعتماد، پاسخگویی، دارایی‌های ملموس و همدلی بر نتایج اعتباربخشی از مدل رگرسیون چندگانه استفاده شده است که در آن متغیر وابسته نتایج اعتباربخشی و متغیرهای مستقل عوامل فوق‌الذکر می‌باشند. نتیجه حاصل از برازش این مدل رگرسیونی در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول شماره ۳- نتایج برازش مدل رگرسیون

متغیر	ضریب بتا (β)			سطح معناداری	خطای معیار (SE)
	غیر استاندارد	استاندارد			
ضریب ثابت	-۱۸/۶۲۴	-		(<۰/۰۰۱)	۰,۲۵۵
اعتبار و اطمینان	۸/۳۱	۰/۶۲۶		(<۰/۰۰۱)	۰,۰۸۲
اعتماد	۱۲/۱۳۲	۰/۴۶۶		(<۰/۰۰۱)	۰,۰۹۲
پاسخگویی	۳/۴۲۵	۰/۴۲۴		(<۰/۰۰۵)	۰,۰۴۶
دارایی های ملموس	۴/۹۲۱	۰/۳۶۳		(<۰/۰۰۱)	۰,۱۱۸
همدلی	۶/۱۱۲	۰/۲۸۷		(<۰/۰۰۵)	۰,۳۰۸
آماره F	۱۱۲/۲۳۸	سطح معناداری مدل	(<۰/۰۰۱)	سطح معنی داری کولموگرف اسمیرنف (K-S)	۰/۶۱۲
ضریب تعیین R^2	۰/۵۱۲	ضریب تعیین تعدیل شده R^2 (adj)	۰/۵۱۰	آماره دوربین واتسون	۱/۹۸۲

تاثیر ابعاد اعتبار و اطمینان، اعتماد، پاسخگویی، دارایی های ملموس و همدلی بر نتایج اعتباربخشی

با توجه به جدول شماره ۳، مقدار آماره‌ی F برابر با ۱۱۲/۲۳۸ و سطح معنی‌داری مدل ۰/۰۰۱ می باشد، (که از ۱ درصد و در نتیجه ۵ درصد کمتر است) و نشاندهندهی کفایت مدل در سطح اطمینان ۹۹ درصد است. بر این اساس می‌توان پذیرفت که مدل به طور کلی توان تبیین بخشی از تغییرات متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل را دارا می‌باشد. همچنین مقدار آماره‌ی R^2 تعدیل شده (۰/۵۱) نشان می‌دهد که متغیرهای مدل در مجموع توان تبیین ۵۱ درصد از تغییرات متغیر وابسته را دارند.

مطابق جدول شماره ۳، سطح معنی داربودن آزمون، برای هر کدام از ضرائب متغیر اعتبار و اطمینان، اعتماد و دارایی-های ملموس از ۱ درصد (و در نتیجه در سطح خطای ۵ درصد) کمتر است که نشان میدهد وجود این متغیرها در سطح اطمینان ۹۹ درصد در مدل معنی دار میباشد که بر این اساس میتوان نتیجه گرفت که اثر هر یک از این متغیرهای مستقل در مدل معنی دار است.

همچنین سطح معنی دار بودن آزمون، ضریب متغیر پاسخگویی و همدلی از ۱ درصد بیشتر و از ۵ درصد کمتر است که بر این اساس میتوان نتیجه گرفت که اثر این متغیر مستقل در سطح اطمینان ۹۵ درصد در مدل معنی دار است.

مطابق یافته‌های تحقیق، کلیه این ضرایب اعداد مثبتی هستند، بنابراین اثر هر کدام از این متغیرها بر متغیر وابسته مستقیم است، به عبارت دیگر اعتبار و اطمینان، اعتماد، پاسخگویی، دارایی های ملموس و همدلی بر نتایج اعتباربخشی بیمارستان-ها اثر مستقیم و معناداری دارد.

میزان اثر عوامل اعتبار و اطمینان، اعتماد، پاسخگویی، دارایی‌های ملموس و همدلی بر نتایج اعتباربخشی

اگرچه اثر کلیه عوامل بر نتایج اعتباربخشی معنیدار است اما اثر آنها یکسان نیست. برای مقایسه میزان تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته از ضرائب استاندارد شده مدل رگرسیون استفاده میشود. مطابق جدول مشاهده میشود که ضریب استاندارد شده اعتبار و اطمینان (۰/۶۳) از سایر ضرائب بزرگتر است، لذا اثر این عامل بر نتایج اعتباربخشی بیشتر از سایر عوامل است و پس از آن عوامل اعتماد، پاسخگویی، دارایی های ملموس و همدلی به ترتیب با ضرائب ۰/۴۷، ۰/۴۲، ۰/۳۶و۰/۲۹ قرار دارند.

بررسی برقراری پیش شرط های مدل رگرسیون (اعتبار و اطمینان، اعتماد، پاسخگویی، دارایی های ملموس و همدلی):

آزمون نرمال بودن باقیمانده ها: با توجه به جدول مقدار احتمال مربوط به آزمون کولموگروف اسمیرنف برابر ۰/۶۱ می‌باشد که از ۰/۰۵ بزرگتر است بنابراین با اطمینان ۹۵% نرمال بودن باقیمانده‌ها مورد تایید قرار می‌گیرد.

آزمون استقلال باقیمانده ها: با توجه به جداول مقدار آماره

دوربین-واتسون نزدیک به عدد ۲/۵ می‌باشد، لذا می‌توان استقلال باقیمانده‌ها در مدل برازش شده را پذیرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

استانداردهای اعتباربخشی در سال ۱۳۹۱ به بیمارستانهای ایران ابلاغ گردیده و اجرای آن تنها مرحله مستندسازی را طی نموده است. با این حال تعداد زیادی از بیمارستانها توانسته اند در این مدت زمان کم امتیاز خوبی از استانداردهای اعتباربخشی کسب نمایند که نشاندهنده ساختاری بودن نتایج در این مرحله و در واقع اقدامات پیشین بیمارستانها در زمینه های مرتبط با استانداردهای اعتباربخشی میباشد. تاکنون بررسیهای زیادی در زمینه تاثیر استانداردهای اعتباربخشی بر بهبود کیفیت خدمات صورت پذیرفته است، اما از آنجا که انتظار نمی رود در اولین سال-های اجرای این استاندارد که تاکنون به درستی اجرایی نگردیده است، تغییری در بهبود کیفیت بیمارستانها ایجاد شده باشد، این بررسی به تعیین تأثیر ابعاد کیفیت خدمات بر نتایج اعتباربخشی پرداخته است. Sack و همکاران نیز در مطالعه خود با محدودیت تشخیص در تاثیر اعتباربخشی در خدمات مواجه بود و معتقد بود که اعتباربخشی تأثیر خود را در طول زمان نشان میدهد و نمیتوان نقطه ای از زمان را برای نشان دادن تأثیر اعتباربخشی مشخص کرد (۱۹). در مطالعه کریمی و همکاران نیز به این موضوع اشاره شده است که در کشورهای توسعه یافته اجرای اعتباربخشی با وجود استانداردهای قبلی بی فایده است و به دلیل وجود مدیریت سنتی و عدم درک کافی از اعتباربخشی به درستی اجرا نمی گردد، در این بررسی به این موضوع اشاره شده است که به دلیل اینکه اعتباربخشی در ایران هنوز به درستی اجرا نشده است ممکن است مطالعه با عنوان تأثیر اعتباربخشی بیمارستان بر ارائه خدمات از دیدگاه صاحبنظران با انتقادات شدید مواجه شود (۲۳).

نتایج این بررسی نشان داد که اعتبار و اطمینان، اعتماد، پاسخگویی، داراییهای ملموس و همدلی بر نتایج اعتباربخشی بیمارستان‌ها اثر مستقیم و معنادار دارند. به گونه ای که بیمارستانهای دارای کیفیت خدمات مطلوبتر نتایج اعتباربخشی بهتری کسب کرده اند. از آنجا که اولین قدم در اجرای اعتباربخشی تعیین استانداردهای مرتبط با کلیه واحدها و بخش-های بیمارستان است که اصول اساسی آن به وسیله سنجه های اعتباربخشی به بیمارستان‌ها ابلاغ شده است و بیمارستان‌هایی که توانسته‌اند از این سنجه‌ها امتیاز بهتری کسب کنند در زمینه بهبود کیفیت نیز از وضعیت مناسبتری برخوردار هستند. این نتیجه حاکی از آن است که در بیمارستانهای با درجه اعتباربخشی پائین به ابعاد کیفیت به حد کافی توجه نمیشود و خدمات دهی در این بیمارستان‌ها از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست، بنابراین اعتباربخشی معیار خوبی برای سنجش کیفیت خدمات میباشد و میتواند گامی در جهت بهبود کیفیت باشد و نتایج اعتباربخشی در این بیمارستان‌ها میتواند نشان‌دهنده ساختارهای زیربنایی و اجرایی بهتر در زمینه بهبود کیفیت باشد. بنابراین شناخت و اجرای مناسب استانداردهای اعتباربخشی یکی از راههای اثربخش در بهبود کیفیت بیمارستانها است. استانداردهای اعتباربخشی چارچوب مشخص و قابل اطمینانی در اختیار بیمارستانها قرار میدهند تا بتوانند با اطمینان بیشتری گامهای لازم را در جهت بدست آوردن نتایج مثبت و کیفیت مطلوبتر بردارند و از طرفی مسئولین نیز میتوانند با استفاده از این ابزار مراکزی را که توجه کافی به مسئولیت اجتماعی خود ندارند، محک زده و بالاجبار در جهت بهبود کیفیت و ارائه خدمات درمانی مطلوبتر هدایت نمایند.

این نتیجه با یافته‌های بررسی Gloria و همکاران که تاثیر برنامه های اعتباربخشی بر بهبود کیفیت بیمارستانها را کاملا مشهود دانسته اند (۲۰)، همچنین مرادی و همکاران که نشان دادند اعتباربخشی عاملی مؤثر و مثبت بر عملکرد و کیفیت خدمات میباشد (۲۸)،و نیز Sutherland و Mays که اعتباربخشی را محرک بهبود کیفیت دانسته اند، همخوانی دارد (۴۳ و ۲۹). اما Sack و همکاران ارتباط معناداری بین اعتباربخشی و کیفیت خدمات بدست نیاوردند (۱۹). به طور مشابه Sunol و همکاران بهبود کیفیت خدمات را از طریق اعتباربخشی بیان کرده است (۳۰). Alkhenizan و Shaw در مرور سیستماتیک مطالعات تأثیر اعتباربخشی بر کیفیت خدمات به رابطه معنادار اعتباربخشی و کیفیت خدمات اشاره کرده‌اند (۳۱).

بنابراین شناخت و اجرای مناسب استانداردهای اعتباربخشی یکی از راههای اثربخش در بهبود کیفیت بیمارستانها میباشد. استانداردهای اعتباربخشی چارچوب مشخص و قابل اطمینانی در اختیار بیمارستانها قرار می‌دهد، تا بتوانند با اطمینان بیشتری گام‌های لازم را در جهت بدست آوردن نتایج مثبت و کیفیت مطلوبتر بردارند و از طرفی مسئولین نیز می‌توانند با استفاده از این ابزار مراکزی را که توجه کافی به مسئولیت اجتماعی خود ندارند، محک زده و بالاجبار در جهت بهبود کیفیت و ارائه خدمات درمانی مطلوبتر هدایت نمایند. لذا پیشنهاد می‌گردد بیمارستان‌ها به صورت جدی تر استانداردهای اعتباربخشی را دنبال نمایند و مقامات اجرایی نیز به مؤلفه های کیفیت خدمات جهت کمک به بیمارستانها در دریافت نتایج اعتباربخشی بهتر و مهمتر از آن ارتقای سطح عملکرد بیمارستان و سطح سلامت توجه نمایند.

نتایج یافته‌های فرضیه اول نشان داد که نتایج اعتباربخشی بیمارستانها بر اعتبار و اطمینان تاثیر دارد که با نتیجه مطالعه ی Sekimoto و همکاران که نشان دادند اعتباربخشی بیمارستانها در زیر بنایی نمودن فعالیتهای کنترل عفونت تأثیر قابل توجهی دارد (۳۲) و مطالعه ی Rana که نشان داد اعتباربخشی بیمارستانها تأثیر قابل توجهی بر کیفیت خدمات درمانی، کاهش خطاهای پزشکی و کنترل دسترسی به اطلاعات بیمار دارد (۳۳) تا حدی همخوانی دارد، اما Barker و همکاران رابطه معناداری بین اعتباربخشی و میزان خطاهای بالینی بدست نیاوردند (۳۴).

بنابراین پیشنهاد میگردد مسئولین اجرای استانداردهای اعتباربخشی و مدیران بیمارستانها به مؤلفه اعتبار و اطمینان به عنوان مهمترین مؤلفه و در نتیجه کسب امتیاز اعتباربخشی توجه نمایند و اقدامات کافی در ارائه مراقبتهای بهداشتی و کاهش خطاهای درمانی صورت گیرد. همچنین عوامل مختل کننده اعتبار و اطمینان را با راهکارهای اجرایی و آموزشی از میان بردارند.

نتایج یافته‌های فرضیه دوم نشان داد که نتایج اعتباربخشی بیمارستانها بر اعتماد تأثیر دارد که تا حدی با نتایج بررسی Rana که نشان داد اعتباربخشی بیمارستانها تأثیر قابل توجهی بر افزایش رضایت بیماران (۳۳) و Montagu که به بهبود رضایت بعد از اجرای اعتباربخشی پرداخته است (۳۵)، همخوانی دارد. علاوه بر انجام کارها مطابق تعهدات داده شده، میزان علاقمندی کارکنان در انجام کارها و ارائه خدمات در زمان وعده داده شده و نگهداری دقیق سوابق و پرونده مراجعهکنندگان یکی از مهم-ترین مواردی است که سبب افزایش اعتماد میشود. همچنین حقیقتگویی در حرفه پزشکی بسیار مهم است که عبارت است از ارائه اطلاعات لازم به بیمار برای ایجاد توانایی جهت اخذ تصمیمهای آگاهانه راجع به مراقبتهای پزشکی و سایر جنبه-های زندگی و آگاه ساختن وی از وضعیتی که در آن قرار دارد (۳۶) واژه بیان حقایق، فقط در زمینه بیان اطلاعات لازم برای تصمیمگیری درمانی بیماران به کار نمی رود، بلکه در برگیرنده تمامی جنبههای مربوط به سلامت فرد، حتی اگر در فرد منجر به تصمیمگیری درمانی نشود، است (۳۷). از آنجا که بیماران به علت داشتن بیماری دچار استرس و ناراحتی هستند، میتوان به ارائه اطلاعات درست و به موقع در زمینه بیماری، مراحل و مدت درمان به کاهش شکاف در بعد اعتماد اقدام کرد. بنابراین پیشنهاد میگردد اقداماتی در جهت علاقمند نمودن کارکنان، ارائه خدمات در زمان مقرر و نگهداری دقیق سوابق و پرونده مراجعان صورت گیرد و با ارائه اطلاعات درست اعتماد بیماران را جلب کنند.

نتایج یافته‌های فرضیه سوم نشان داد که نتایج اعتباربخشی بیمارستان‌ها بر پاسخگویی تأثیر دارد که تا حدی با نتایج بررسی Rana که نشان داد اعتباربخشی بیمارستان‌ها تأثیر قابل توجهی بر کاهش زمان انتظار برای امور صورت حساب، رعایت و احترام به حقوق بیماران در هنگام پذیرش، کاهش زمان انتظار در داروخانه (۳۳) و Montagu که به بهبود رضایت بعد از اجرای اعتباربخشی پرداخته است و دلیل این امر را کیفیت مداری و پاسخگویی درست و فرهنگ احترام به بیمار با اجرای اعتباربخشی بیان کرده است (۳۵)، همخوانی دارد. منظور از پاسخگویی، تمایل به همکاری و کمک به بیماران است. این بعد کیفیت بر نشان دادن حساسیت و هوشیاری در قبال درخواستها، سوالها و شکایتهای بیماران تأکید دارد. بنابراین پیشنهاد میگردد، بیمارستانها نسبت به پاسخگویی و تمایل به همکاری و کمک به بیماران را مورد توجه قرار دهند و شاخص‌های لازم در جهت بهبود پاسخگویی در بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان را مشخص و بهبود دهند. همچنین نسبت به برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط و بخشنامه‌های داخلی و تشویق پرسنل با روحیه پاسخگویی مناسب، اقدام نمایند.

نتایج یافته‌های فرضیه چهارم نشان داد که نتایج اعتباربخشی بیمارستانها بر داراییهای ملموس تأثیر دارد که با نتایج بررسی Rana که در بررسی خود به این نتیجه دست یافت که به غیر از عوامل محسوس، سایر عوامل بر رضایتمندی بیماران تأثیرگذار است، (۳۳) همراستا نمی باشد. یکی از مهمترین عوامل فیزیکی و ظاهری در افزایش رضایت بیماران، تجهیزات پزشکی مراکز درمانی است. تجهیزات پزشکی با تشخیص و درمان سریع و صحیح، میانگین مدت اقامت بیماران را کاهش داده و از طرف دیگر عملکرد بیمارستان را نیز بهبود می بخشد (۳۶). یکی دیگر از ابعاد ملموس، ظاهر هر شخص در محیط کاری است. مدنی و همکاران دریافتند که بیشترین رضایت بیماران مربوط به تمیزی لباس و نظافت شخصی کادر پزشکی بوده است (۳۹). بنابراین پیشنهاد میگردد مدیران و رؤسای بیمارستانها با رسیدگی به وضعیت ظاهری و فیزیکی محیط بیمارستان و کارکنان و تجهیز بیمارستان به تجهیزات جدید و روزآمد توجه نمایند.

نتایج یافته‌های فرضیه پنجم نشان داد که نتایج اعتباربخشی بیمارستانها بر همدلی تأثیر دارد که با نتایج بررسی Rana که نشان داد اعتباربخشی بیمارستانها تأثیر قابل توجهی بر افزایش انگیزه ی پرستاران جهت مشارکت بیشتر در ارائه ی خدمات بهداشتی درمانی دارد (۳۳) تا حدی همخوانی دارد. همچنین مطالعات مختلفی از جمله مطالعه El-Jardali و همکاران (۴۰) و Braithwaite و Greenfield (۴۱) تأثیر مثبت اعتباربخشی

را بر روابط و همکاریهای داخلی و خارجی تیم های کاری با ذینفعان و مشتریان و بالارفتن نتایج بالینی بیماران را نشان داده اند. در خدمات درمانی چون فرآیند بر روی یک انسان صورت می پذیرد و هر انسانی دارای ویژگیهای شخصیتی خود است، باید به هر کدام از آنها توجه ویژه و خاصی شود و برای جبران شکاف آموزش دروس به خصوص روانشناسی، ویژگی-های فردی میتواند کمک مؤثری باشد (۴۲). بنابراین پیشنهاد میگردد بیمارستانها با استخدام کارکنان متعهد و آموزش مناسب کارکنان، همدلی را در کارکنان کادر درمان بهبود داده و با نشان دادن اهمیت همدلی از طریق تشویق کارکنان الهام گیری را نسبت به همدلی در بیمارستان نهادینه سازند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری رؤسا، مسؤلین و کارشناسان معاونت درمان مشهد، جناب آقای مرزبان، آقایان عزتی، صنعتی، دبیر و به ویژه جناب آقای نجاری تشکر و قدردانی می گردد.

مراجع

1. Guo X, Duff A, Hair M. Service quality measurement in the Chinese corporate banking market. International journal of bank marketing. 2008;26(5):305-27.

2. Wong A, Sohal A. Service quality and customer loyalty perspectives on two levels of retail relationships. Journal of services marketing. 2003;17(5):495-513.

3. Tabibi SJ, Gohari MR, Shari S, Aqababa S. Quality of services provided in outpatient clinics at hospitals in Tehran based on SERVQUAL model. Payavard Salamat. 2011Nov, Des. 2011;5(4):49-56.

4. Keikavoosi Arani L, Ramezani M, AbedinSalimAbadi P. Codification of national accreditation standards for management and leadership in hospitals of Iran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2014;24(119):194-8.

5. Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. Health Care Manage Rev. 1997;22(2):74-89.

6. Sadiq Sohail M. Service quality in hospitals: more favourable than you might think. Managing Service Quality: An International Journal. 2003;13(3):197-206.

7. Dale BG. A framework for quality improvement in public sector organizations: A study in Hong Kong. Public Money & Management. 1994;14(2):31-6.

8. Baker SL, Beitsch L, Landrum LB, Head R. The role of performance management and quality improvement in a national voluntary public health accreditation system. Journal of Public Health Management and Practice. 2007;13(4):427-9.

9. Ostenbery, roney. Approaches to health services quality center for human services. 1999; p 2.

10. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. Int J Qual Health Care. 2008;20(3):172-83.

11. Emami Razavi H, Mohaghegh M. Accreditation standards of ministry of health, treatment and medical education, Vice-Chancellor for treatment , center of monitoring and accreditation of treatment, department of group therapy evaluation, Volume I, Publication of Sound Publishing Center 200818-19 ؛. [Persian]

12. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. Journal of retailing. 1988;64(1):12.

13. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. the Journal of Marketing. 1985:41-50.

14. Sedighiyani E. Health care evaluation &hospital standards, Jaafari Press ؛ second edition. 2005; 148-150. [Persian]

15. Azami S, Tabrizi JS, Abdollahi L, Yari Fard K, Kabiri N, Valizadeh S, et al. Knowledge and attitude of top managers toward accreditation in Tabriz and Ardabil teaching hospitals. Journal of Health. 2012;3(2):7-15.

16. Ahmadi MA, Khoshgam M, Mohammadpoor A. Comparative study of the Ministry of Health standards for hospitals with Joint Commission International hospital accreditation standards. Hakim Research Journal. 2008;10(4):45-52.

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

18. Zahiri M, Abedi GH, Ebadi azar F. A survey on the effect of quality improvement teams (QIT) in the hospital efficiency, Jundishapur Journal of Health Sciences 75-84 :(2)2 ;2010 ؛.

19. Sack C, Scherag A, Lütkes P, Günther W, Jöckel KH, Holtmann G. Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals. International Journal for Quality in Health Care. 2011;23(3):278-83.

20. Ng KB, Leung GK, Johnston JM, Cowling BJ. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. Hong Kong Medical Journal. 2013.

21. Joly BM, Polyak G, Davis MV, Brewster J, Tremain B, Raevsky C, et al. Linking accreditation and public health outcomes: a logic model approach. Journal of Public Health Management and Practice. 2007;13(4):349-56.

22. Alkhenizan A, Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. Annals of Saudi medicine. 2011;31(4):407.

23. Karimi S, Gholipour K, Kordi A, Bahmanziari N, Shokri A. Impact Of Hospitals Accreditation On Service Delivery From The Perspective Views Of Experts: A Qualitative Study. Payavard Salamat. 2013;7(4).

24. Selcen O, Serkan A, Metin A, Ayse Tansel C. Effect of service quality on customer satisfaction and customer loyalty: example of marmara university hospital. InInternational congress on performance and quality in health 2009 Mar.

25. Mostafa MM. An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2005;18(7):516-32.

26. Karydis A, Komboli□Kodovazeniti M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. International journal for quality in health care. 2001;13(5):409-16.

27. Anderson EA. Measuring service quality at the University of Texas MD Anderson Cancer Center. International Journal of Health Care Quality Assurance. 1996;9(7):9-22.

28. Moradi, R. Nemati, A. Bahman Ziari, N. Shokri, A. Mohammadi, M. Soltantajiyan, A., Effect of Accreditation on the Health

Services Delivering in University Hospitals of Isfahan, Journal of Healthcar Management 2015; 6 (3), 67-76.

29. Sutherland K & Leatherman S. Regulation and quality improvement: a review of the evidence. Quest for Quality and Improved Performance. Availiable at: http://www.health.org.uk/public/cms/

75/76/313/531/Regulation%20and%20quality%20improvement%20summary.pdf?realName=4dvtop.pdf.2006.

30. Suñol R, Nicklin W, Bruneau C & Whittaker S. Promoting research into healthcare accreditation/external evaluation: advancing an ISQua initiative. International Journal for Quality in Health Care 2009; 21(1): 27-8.

31. Alkhenizan A, Shaw C. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. Annals of Saudi medicine. 2011;31(4):407.

32. Sekimoto M, Imanaka Y, Kobayashi H, Okubo T, Kizu J, Kobuse H, et al. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. American journal of infection control. 2008;36(3):212-9.

33. Rana BK. Accreditation as a tool for quality improvement in a healthcare setting: Indian scenario. InProceedings of the Kuwait Quality Summit Meeting 2010 (pp. 25-26).

34. Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. Archives of internal medicine. 2002;162(16):1897-903.

35. Montagu D. Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare: Review of experience and lessons learned. Availiable at: https://www.wbginvestment climate.org/toolkits/publicpolicy-toolkit/upload/Accreditation-Review-Montagu 2003.

36. Hébert PC, Hoffmaster B, Glass KC, Singer PA. Bioethics for clinicians: 7. Truth telling. Canadian Medical Association Journal. 1997;156(2):225-8.

37. Kazemiyan A, Parsapur A. The study view of physicians about the facts relating to difficult refractory patients. Iran J Med Ethics Hist Med. 2006;1:61-7.

38. Ameriyoun A, Atani BH, Mohebi H. Medical equipment maintenance management in two selected military hospitals. Mil Med. 2010;9:189-95.

39. Madani SG, Farzan A, Rabiyi M. The study Patient Satisfaction of medical services, nursing. Iran J Nurs Midwifery Res 2005; 9: 15-22. (Persian)

40. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. International Journal for Quality in Health Care. 2008;20(5):363-71.

41. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. Int J Qual Health Care. 2008;20(3):172-83.

42. Mogbel-Baarz A, Mohammadi A. The study quality provided in health care centers in Fars Province. J Soc Sci Human. 2003;19:54-63.

43. Mays GP. Can accreditation work in public health? Lessons from other service industries. Working paper prepared for the Robert Wood Johnson Foundation. Availiable at: http://www.cdc.gov/ nceh /ehs/ephli/resources/can_accreditation_work_in_public_ health.pdf. 2004.