

Compression of clinical indicators before and after the implementation of clinical governance and accreditation programs in Beheshti Hospital – 2012

*mohammadreza Sharif1 , Monika Motaghi*2 , Mojtaba Sehat3*

1. Associate Professor Kashan University of Medical Sciences, Kashan University of Medical Science, Kashan, I.R.Iran
2. *Ph D of health care management, Kashan University of Medical Science, Kashan, I.R.Iran
3. Ph D of epidemiology, Kashan University of Medical Science, Kashan, I.R.Iran

Corresponding Author : Monika Motaghi Ph D of health care management, Kashan University of Medical Science, Kashan, I.R.Iran (E-mail: monika3005@yahoo.co.uk)

Introduction: Clinical governance is the application of mechanisms at the right time and place to do tasks for patients properly and obtain maximum clinical results. In this regard, accreditation is an assessment tool of health systems, especially hospitals, that is a top priority of the ministry of health and medical education in Iran. So the aim of the present study is the impact of clinical governance and accreditation programs on performance indicators in Kashan Beheshti Hospital in 2012.

Methods & materials: This is a descriptive study. Data were gathered by census from 2009 to 2011 as pre- implementation of clinical governance and accreditation programs and 2011 to 2013 after utilization of it in the Kashan Shahid Beheshti Hospital. A validated check list including 16 indicators was used. SPSS 16 was applied, using t-tests to do statistical analysis (P-Value<0/05)

Results: Comparing indices of health care management before and after implementation of clinical governance and accreditation programs revealed that the ratio of active beds to constant beds, beds turnover in a general hospital, beds occupancy rate, infant mortality rate, hospital infection rates, rate of death to total hospitalized patients, mortality after surgery, patients' satisfaction to hospital services in hospitalization wards and extent of organizing committees according to the has significantly improved (P-Value<0/05).

Conclusion: According to the results of research by reinforcing performance indices, in order to achieve the desired standards and identify weaknesses and improving strengths, higher quality of service should be provided for patients and society.

Key words: Accreditation, Clinical Governance, performance Indicators.

مقایسه شاخص‌های بیمارستانی قبل و پس از اجرای برنامه حاکمیت بالینی و اعتباربخشی در**بیمارستان شهید بهشتی کاشان - ۱۳۹۳**

(محمدرضا شریف ۱، منیکا متقی* ۲، مجتبی صحت ۳)

monika3005@yahoo.co.uk

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۲/۱۷ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۴/۰۴/۳۰

مقدمه: حاکمیت بالینی، به کارگیری ساز و کارهای حاکمیتی برای انجام درست کار در زمان و مکان مناسب به شیوه‌ای صحیح برای بیماران به منظور کسب حداکثر نتایج بالینی می‌باشد. در این راستا، اعتباربخشی یکی از ابزارهای ارزشیابی سیستم‌های بهداشتی درمانی به خصوص بیمارستان‌ها است که در ایران نیز در صدر اولویت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته است. لذا هدف از مطالعه‌ی حاضر تاثیر برنامه‌های حاکمیت بالینی و اعتباربخشی بر شاخص‌های عملکردی بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۳ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، از نوع توصیفی می‌باشد. اطلاعات شاخص‌های عملکردی، جهت سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۰ بعنوان قبل، و سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ بعنوان بعد از اجرای برنامه‌های حاکمیت بالینی و اعتباربخشی بیمارستان شهید بهشتی کاشان به صورت سرشماری انتخاب شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از چک لیست محقق ساخته مشتمل بر ۱۶ شاخص عملکردی بیمارستان استفاده شد. جهت استخراج نتایج از نرم افزار spss نسخه ۱۶ و آزمون اماری T-Test استفاده شد ($P\text{-Value} < 0/05$).

یافته‌ها: مقایسه شاخص‌های عملکردی بیمارستان شهید بهشتی کاشان، قبل و بعد از اجرای برنامه حاکمیت بالینی و اعتباربخشی نشان داد، شاخص‌های نسبت تخت فعال به ثابت، فاصله چرخش تخت در بیمارستان جنرال، ضریب اشغال تخت فعال، میزان مرگ و میر نوزادان، میزان عفونت بیمارستانی، نسبت فوت به کل بستری شدگان، مرگ و میر بعد از عمل جراحی، میزان رضایت بیماران از خدمات بیمارستانی در بخش‌های بستری و میزان برگزاری کمیته‌های بیمارستانی مطابق با دستورالعمل به طور معنی‌داری بهبود داشته است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، می‌توان با تقویت شاخص‌های عملکردی بیمارستان در جهت رسیدن به استانداردهای مطلوب و نیز شناسایی نقاط ضعف و قوت بیمارستانها، خدماتی با کیفیت بالاتر به بیماران و جامعه ارائه داد.

کلید واژه‌ها: اعتباربخشی، حاکمیت بالینی، شاخص‌های عملکردی

۱. فوق تخصص عفونی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۲. *نویسنده مسئول، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۳. دکترای اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

مقدمه:

امروزه سازمان‌های مراقبت بهداشتی به دلیل نیازهای رقابتی برای ارائه خدمات با چالش‌های مهمی روبه‌رو هستند (۱). محیطی که در آن انگیزه‌های اقتصادی، سیاسی و قانونی ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی با کنترل هزینه و حفظ کیفیت مواجه است، موجب می‌شود که تنها راه رسیدن به موفقیت مطلوب، ارتقای کیفیت باشد (۲). از این رو، اغلب مدیران مراقبت بهداشتی و سیاستمداران عرصه سلامت، استانداردهای اعتباربخشی و ارزیابی مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی را امری اجتناب‌ناپذیر در جهت بهبود کیفیت می‌دانند (۱).

دولت، مصرف‌کنندگان خدمات، انجمن‌های حرفه‌های پزشکی، مدیران شرکت‌های بیمه و دیگر ذینفعان، همه و همه در تلاش هستند تا در راستای پاسخگویی به جامعه از طریق اعتباربخشی فعالیت‌ها، کیفیت ارائه خدمات بهداشتی-درمانی را ارتقا بخشند (۳). از آنجا که امروزه بازار مراقبت‌های بهداشتی به طور فزاینده‌ای مصرف‌کننده و رقابتی است، هزینه و کیفیت دو معیار اساسی برای تمایز سازمان‌های رقابت‌کننده به شمار می‌روند (۴). در صنایع مختلف، اعتباربخشی نشانه کیفیت است و نشان می‌دهد یک سازمان استانداردهای عملکرد تعیین شده را لحاظ کرده است (۵). در سال‌های اخیر، اعتباربخشی، به عنوان یکی از مهم‌ترین روش‌های تضمین و ارتقای کیفیت در آموزش علوم پزشکی کشور مطرح گردیده و اقداماتی نیز در جهت استقرار ساختارهای اعتباربخشی در بخش‌هایی از آموزش پزشکی کشور در جریان بوده است (۶).

مطالعات و بررسی‌ها نشان می‌دهد شاخص‌های متفاوتی برای سنجش کارایی بیمارستان‌ها وجود دارد که مهم‌ترین و کاربردی‌ترین آن‌ها سه شاخص درصد اشغال تخت، میزان چرخش تخت و میانگین مدت بستری بیمار در بیمارستان می‌باشد (۷). از آنجا که ارزیابی عملکرد بیمارستان با استفاده از شاخص‌های مهم عملکردی از روش‌های فعال شناسایی مسأله می‌باشد، محاسبه و مقایسه‌ی آن‌ها در کشور، موضوع مطالعات و پژوهش‌های مختلفی بوده است. برخی از این مطالعات با محاسبه‌ی شاخص‌های مذکور به مقایسه‌ی عملکرد مراکز (۸) تعدادی به دنبال مقایسه‌ی این شاخص‌ها با استانداردهای موجود پرداخته‌اند (۹) و بعضی دیگر درصد شناسایی عوامل تأثیرگذار بر افزایش و کاهش شاخص‌ها بوده‌اند (۱۰).

در زمینه ایجاد یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت به عنوان یکی دیگر از اهداف برنامه‌های اعتباربخشی، می‌توان بیان نمود که طراحی شاخص‌های عملکردی مناسب و قابل قبول برای سنجش و بهبود خدمات سلامت و تبعیت از آن‌ها و نیز استاندارد کردن مناسب و علمی رویه‌ها و اقدامات، باعث ایجاد یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت می‌گردد. تمامی مدل‌های اعتباربخشی، اقداماتی را در این زمینه انجام داده‌اند ولی کشور آمریکا دارای بیش‌ترین تعداد ابتکارات در زمینه ارائه‌ی چارچوب‌های عملکردی است که در این زمینه می‌توان به شاخص‌های QIO^۱ مدیکر و مدیکید و یا

۱- Queued Input Output

ORYX^۲ مربوط به JCAHO^۳ اشاره نمود (۱۱). در مطالعه‌ی حاضر پس از انتخاب گروهی از شاخص‌های مهم در بیمارستان به مقایسه‌ی آن‌ها قبل و بعد از اجرای برنامه اعتبار بخشی و حاکمیت بالینی در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۳ پرداخته شد.

مواد و روش‌ها:

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی می‌باشد که با هدف مقایسه‌ی شاخص‌های بیمارستانی قبل و بعد از اجرای برنامه‌های حاکمیت بالینی و اعتبار بخشی با جامعه‌ای مشتمل بر ۱۲۰۰ نفر از کلیه کارکنان بیمارستان شهید بهشتی کاشان انجام شد. حجم نمونه با سطح ۰/۰۵ خطا و با تعداد ۱۲۰۰ نفر جامعه مورد پژوهش با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران ۲۹۱ نفر بدست آمد که با احتمال ۵ درصد ریزش نمونه‌ها حدود ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به تقسیم بندی کارکنان و مدیران بیمارستان به ۴ دسته درمانی (شامل پزشکان و پاراکلینیک‌ها)، اداری، پرستاری و خدماتی، به نسبت جمعیت هر دسته نمونه انتخاب می‌شود.

جهت انجام پژوهش ابتدا با کسب رضایت ریاست بیمارستان و تبیین اهداف پژوهش و بر اساس اسامی موجود در بخش اداری و پرستاری بیمارستان شاخص‌ها جمع آوری شدند. با توجه به برگزاری حاکمیت بالینی از سال ۹۰ تا شهریور ۹۲ و اعتبار بخشی از آذر ۹۱ تا تیر ۹۲ متوسط

شاخص‌های تعریف شده مربوط به قبل از سال ۹۰ و بعد از تیر ۹۲ جمع آوری و گزارش خواهند شد. میزان رضایت پرسنل نیز از با توجه به آمارها و شاخص‌های موجود در تاریخ‌های ذکر شده گزارش خواهد شد. کلیه پرسنل درمانی و غیردرمانی بیمارستان شهید بهشتی کاشان اعم از طرحی و استخدامی و قراردادی که مایل به شرکت در مطالعه بوده و در زمان انجام اعتبار بخشی بیمارستان در تابستان ۱۳۹۲ و قبل از آن در بیمارستان حضور داشته‌اند یعنی به عبارتی در زمان انجام مطالعه حدود ۳ سال سابقه داشتند در مطالعه وارد شده و در غیراین صورت از مطالعه حذف شدند.

داده‌های به دست آمده وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ شد و از آزمون‌های آماری T-TEST و آمار توصیفی جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد (P-Value < 0/05).

یافته‌ها:

از ۳۰۰ نمونه مورد مطالعه ۱۸ نفر انصراف داده و یا پرسشنامه‌ها را کامل ننمودند که از مطالعه خارج شدند. از ۲۸۲ نفر شرکت کننده مجموعاً ۵۷/۸۱ درصد زن و ۴۲/۱۹ درصد مرد بودند (جدول شماره ۱). میانگین سنی شرکت کنندگان ۶/۰۳ ± ۳۲ سال و میانگین سابقه‌ی کاری آن‌ها ۱۲ ± ۴/۲ سال بود.

۲ - outcome research yields excellence

۳ - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

جدول شماره ۱: فروانی محل فعالیت نمونه‌ها به تفکیک جنسیت

جمع	پرسنل خدماتی	کادر اداری	کادر پرستاری	کادر درمانی	محل فعالیت
					جنسیت
۱۶۳	۴۰	۲۲	۸۳	۱۸	زن
۱۱۹	۶۳	۲۷	۲۱	۳۸	مرد

برخی از شاخص‌های عملکردی بیمارستانی قبل و بعد از انجام حاکمیت بالینی و اعتباربخشی به همراه وضعیت مطلوب آن‌ها در جدول ذیل آمده است:

جدول شماره ۲: برخی از شاخص‌های بیمارستانی قبل و بعد از اجرای برنامه‌های حاکمیت بالینی و اعتباربخشی در بیمارستان شهید بهشتی کاشان

عناوین شاخص	واحد سنجش	وضعیت مطلوب	دوره زمانی	قبل	بعد	p-value
نسبت تخت فعال به ثابت	درصد	بیشتر از ۷۵	سالانه	۷۴	۹۵	$P=۰/۰۳$
نسبت اعمال جراحی انجام شده به تخت عمل	عدد به روز	بیشتر از ۴	ماهانه	۳/۳۸	۴/۰۲	$P=۰/۰۵۴$
فاصله چرخش تخت در بیمارستان جنرال	روز	کمتر از ۲	ماهانه	۲/۷	۱/۲۸	$P=۰/۰۲$
میزان زایمان‌های انجام شده از طریق سزارین	درصد	۳۰	ماهانه	۷۶	۶۶/۳۸	$P=۰/۶۶۲$
ضریب اشغال تخت فعال	درصد	بیشتر از ۷۰	ماهانه	۵۸/۴	۷۷/۶۳	$P=۰/۰۴$
متوسط اقامت بیمار بستری در بیمارستان جنرال	روز	کمتر از ۳/۵	ماهانه	۳/۰۳	۲/۱۲	$P>۰/۰۵$
میزان مرده‌زایی	درصد	۱	سالانه	۲/۴	۲	$P=۰/۷۸$
میزان مرگ و میر نوزادان	عدد در ۱۰۰۰ تولد زنده	۱۶	سالانه	۱۵/۴	۹/۹	$P<۰/۰۵$
میزان مرگ کودکان تا ۵ سال	عدد در ۱۰۰۰ تولد زنده	۲۲	سالانه	۱۹/۱۹	۱۸/۸۷	$P=۰/۷$

$P=0/05$	۱۹/۴	۱۸	سالیانه	۲۰	در صد هزار تولد زنده	مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان
$P<0/05$	۲/۰۶	۵/۵	ماهانه	کمتر از ۵	درصد	میزان عفونت بیمارستانی
$P<0/05$	۱/۰۱	۲/۱۴	ماهانه	کمتر از ۲	درصد	نسبت فوت به کل بستری شدگان
$P<0/05$	۰/۹۲	۱/۰۸	سالانه	کمتر از ۱	درصد	مرگ و میر بعد از عمل جراحی
$P>0/05$	۳/۱۶	۴/۳۶	ماهانه	کمتر از ۲	درصد	تعداد ترخیص با رضایت شخصی از بخش های بستری
$P<0/05$	۹۳/۴	۸۰/۶	سه ماهه	بیشتر از ۹۵	درصد	میزان رضایت بیماران از خدمات بیمارستانی در بخش های بستری
$P<0/05$	۹۹/۴	۸۷/۰۱	شش ماهه	۱۰۰	درصد	میزان برگزاری کمیته های بیمارستانی مطابق با دستورالعمل

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۱۴) نیز ۴۷/۲ درصد بدست آمده بود و نیز پس از اجرای برنامه با مطالعات نافچی (۱۲) که ۷۱/۲۴ درصد بدست آمده انطباق نشان داد. خوشبختانه به نظر می رسد انجام مطالعات وسیع و برگزاری برنامه- های ارزیابی و آموزشی در راستای ارائه خدمات با کیفیت تر مفید بوده است که احتمالاً ناشی از برگزاری کلاسهای آموزشی بوده است. گاهی این ضریب بالاتر از ۱۰۰ درصد گزارش می شود که نشان دهنده داشتن مشتری و متقاضی دریافت خدمات زیاد است که این خود ضرورت راه اندازی و استفاده از تخت های فعال در بخش های بیمارستان به طور مکرر، محاسبه احتمالی تخهای ریکاوری، اورژانس و نوزادان سالم در سرشماری تخت های بیمارستان، داشتن تجهیزات و کادر درمانی فوق تخصصی، داشتن سیستم پذیرش و خدمت دهی منظم و پویا که به سهولت بتواند به بیماران دسترسی پیدا نماید، را نشان می دهد و پایین بودن آنها، بر هدر رفتن ظرفیت ها و توان بالقوه افراد دلالت دارد و هزینه واحد عرضه

با توجه به جدول شماره ۲، برنامه حاکمیت بالینی و اعتباربخشی در میزان سزارین های انجام شده، مرده زایی، مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵ سال، مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان، رضایت بیماران از بخش های بستری و برگزاری کمیته های بیمارستانی تأثیر گذاشته اما در هر ۲ وضعیت قبل و بعد اجرا، در وضعیت نامطلوب قرار دارد.

بحث و نتیجه گیری:

امروزه مهم ترین شاخص برای بررسی عملکرد بیمارستان ها درصد ضریب اشغال تخت می باشد (۱۲). این شاخص در این مطالعه قبل از اجرای برنامه اعتباربخشی و حاکمیت بالینی در وضعیت نامطلوب (۵۸/۴ درصد) و بعد اجرای اعتباربخشی و حاکمیت بالینی مطلوب (۷۷/۶۳ درصد) ارزیابی شد. وضعیت این شاخص قبل از اجرای برنامه با مطالعات صورت گرفته در ۴۵۲ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در دوره زمانی ۷۶ تا ۸۰ که ۴۴/۵۷ درصد بدست آمده بود (۱۳) و در

بیمارستان مورد مطالعه قبل از اجرای برنامه و شهر کرد ۱/۰۹ (۱۲) روز با وضعیت بیمارستان مورد مطالعه بعد اجرای برنامه مطابق بود. بهبود شاخص مذکور احتمالاً به دلیل ارتباط موثر با جامعه و مشتری و تعهد به کیفیت با تامین حداقل منابع می‌باشد. شاخص عفونت‌های بیمارستانی از ۵/۵ درصد قبل از اجرای برنامه به ۲/۰۶ درصد کاهش یافته که با مطالعات امینی (۱۷) در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان شهید مصطفی خمینی تهران (۱۰/۸۵ درصد) عدم مطابقت نشان داد. احتمالاً این بهبود در بیمارستان مورد مطالعه به علت آموزش‌های مکرر، برگزاری مداوم کمیته کنترل عفونت و نیز کاهش طول مدت بستری بعد اجرای برنامه می‌باشد چراکه طبق نتایج بدست آمده از مطالعاتی در آمریکا افزایش طول مدت بستری عامل خطری در زمینه افزایش احتمال ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی می‌باشد (۱۸). نسبت تخت فعال به تخت ثابت در مطالعه ی حاضر قبل از اجرای برنامه ۷۴ درصد و پس از اجرای برنامه ۹۵ درصد (مطلوب) ارزیابی شد که با مطالعات صورت گرفته در مشهد (۹۰/۰۱ درصد) نزدیک است (۱۹). در برخی مطالعات نسبت مرگ و میر نوزادان محاسبه شده است که در اغلب مطالعات در کشورهای آسیایی بین (۲۳ تا ۲۹ عدد در ۱۰۰۰ تولد زنده) متفاوت بوده است حتی برخی از مطالعات آن را تا بیش از ۳۷ مورد نشان داده اند (۲۰). وضعیت این شاخص نیز با بهبود روبرو بوده است که می‌تواند ناشی از بهبود مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان و یا ارتقاء سطح فرهنگی و آگاهی کارکنان و مردم باشد. با توجه به اهمیت شاخص مرده‌زایی برای کادر بهداشتی درمانی و صدمات روانی برای زوج‌های جوان، این شاخص از ۲/۴ به

خدمات را به طور اساسی افزایش می‌دهد. بنابراین افزایش این شاخص می‌بایست در اولویت برنامه‌های مدیران سیستم‌های درمانی قرار گیرد. میزان استاندارد این کمیت در بیمارستان‌ها و بخش‌های مختلف متناسب با تخصص و نوع بیماران متغیر است. اما یک سری نارسایی‌ها و عملکردهای ناقص در پذیرش بیماران و در داخل بخش‌ها و پاراکلینیک‌ها موجب افزایش بی رویه این کمیت خواهد شد، از جمله این نارسایی‌ها به عوامل ذیل می‌توان اشاره نمود که این عوامل در افزایش کاذب درصد اشغال تخت بیمارستان نیز مؤثر هستند. آماده نبودن آزمایشات روتین بیمار قبل از پذیرش، طولانی شدن زمان ارسال دستورات پزشک به آزمایشگاه‌ها و دریافت پاسخ آن‌ها، طولانی شدن زمان ترخیص و تسویه حساب بیماران به هر دلیل، عدم هماهنگی در تهیه امکانات و تجهیزات لازم برای موارد اعمال جراحی، لغو شدن اعمال جراحی الکتیو به هر دلیل، بستری نمودن موارد بیماری‌هایی که از نظر علم پزشکی قابل درمان نیستند (۱۵). شاخص متوسط روز بستری در این مطالعه قبل از اجرای برنامه برابر ۳/۰۳ و بعد از اجرای برنامه ۲/۱۲ (مطلوب) بود که با مطالعه‌ای در اصفهان (۱۴) (۳/۸) پیش از اجرای برنامه و نافچی (۱۲) (۲/۶۹) بعد از اجرای برنامه مطابقت نشان داد. بهبود این شاخص احتمالاً ناشی از با ارزش بودن آموزش، پژوهش و ترویج راهکارهای بهتر و فیدبک فردی و تیمی مرتبط با عملکرد می‌باشد. شاخص فاصله چرخش تخت در بیمارستان مورد مطالعه پیش از انجام مطالعه متوسط (۲/۷) و پس از اجرای برنامه مطلوب (۱/۸۳) ارزیابی شد. این شاخص در بیمارستانهای تهران ۲/۳ روز (۱۶) با وضعیت

کننده خدمات، شناخته شده است (۲۵) تا اندازه- ای که رضایتمندی بیماران از نحوه ارائه خدمات سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، به عنوان یکی از پنج شاخص کیفیت ارائه خدمات شناخته شده (۲۶)، لذا به نظر می‌رسد بهبود عواملی از قبیل نحوه برخورد پرسنل با بیماران، امکانات تغذیه‌ای و رفاهی، خدمات حسابداری و بهسازی و پاکیزگی محیط بیمارستان بتواند در افزایش رضایت بیماران از خدمات بیمارستان موثر باشد.

نسبت زایمان‌های انجام شده از طریق سزارین نسبت به کل زایمان‌ها در بیمارستان مورد مطالعه از ۷۶ درصد قبل از اجرای برنامه به ۶۶/۳۸ درصد بعد از اجرای برنامه بهبود داشته است لیکن آن بهبود معنی دار نبود و در هر ۲ حالت در وضعیت نامطلوب قرار دارد که با نتایج منتشر شده توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۹۰ (۷۳/۷۵ درصد) نزدیک بود (۲۷). شاخص نسبت فوت به کل بستری شدگان ماهیانه بطور متوسط از ۲/۱۴ به ۲/۰۱ مورد کاهش پیدا کرد که با مطالعه‌ی ابریشمکار در بیمارستان آیت الله کاشانی شهر کرد (۳/۲۹ مورد) قبل از اجرای برنامه در بیمارستان مورد مطالعه همسو بود (۲۸). تفاوت در این شاخص به صورت معنی دار نبود ($p < 0/001$) که احتمالاً به دلیل افزایش تصادفات و تروماها (۲۹) و یا خستگی پرسنل و کیفیت پایینتر ارائه خدمات در نوبت کاری شب پرسنل می‌باشد (۳۰). نسبت مرگ و میر بعد از عمل جراحی از ۱/۰۸ به ۰/۹۲ کاهش معنی داری داشته است که با نتایج مطالعه‌ی ربانی در بخش‌های عمومی بیمارستان امام خمینی تهران (۱/۵۸ درصد) (۳۱) ناهمسو بود. شاخص مذکور بعد اجرای

۲ در ۱۰۰۰ تولد زنده بهبود مختصری نشان داده که این کاهش معنادار نبود. نتایج این مطالعه از یافته‌های پژوهش قربانزاده (۴/۱۴) در ۱۰۰۰ تولد زنده) وضعیت بهتری داشت و ناهمسو بود (۲۱). شاخص مرگ و میر کودکان سالیانه از ۱۹/۱۹ مورد در ۱۰۰۰ تولد زنده به ۱۸/۸۷ مورد کاهش داشته است که این میزان ارتقاء شاخص نسبت به قبل از اجرای اعتبار بخشی و حاکمیت بالینی تفاوت معنی داری نشان نداد اما در هر ۲ حالت کمتر از ۲۲ مورد در ۱۰۰۰ تولد زنده و در وضعیت مطلوبی بود. در بیشتر کشورهای نیا در سال‌های اخیر میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال روند کاهشی داشته است؛ برای مثال در بررسی انجام شده در ۱۸۷ کشور دنیا مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۱۱/۹ میلیون در سال ۱۹۹۰ به ۷/۷ میلیون در سال ۲۰۱۰ کاهش یافته که ۲/۳ درصد در هر سال برای مرگ‌های زیر یکسال و ۲/۲ درصد برای مرگ‌های ۱ تا ۴ سال بوده است (۲۲) همچنین در ایران مطالعات مختلف حاکی از کاهش مرگ و میر کودکان در سال‌های اخیر می‌باشد. به طوری که میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۴۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۲۰۰۰ به ۲۵ در سال ۲۰۱۱ رسید (۲۳). که نسبت به نتایج پژوهش حاضر در وضعیت نامطلوبتری قرار دارد لذا ناهمسو است. شاخص رضایت از خدمات ارائه شده در بخش‌های بستری بطور متوسط از ۸۰/۶ درصد به ۹۳/۴ درصد (متوسط) ارتقا داشته است که نسبت به مطالعه‌ی ابراهیمی نیا (۲۴) (۹۸/۲ درصد) کمتر است. با توجه به اینکه نقطه نظرات بیماران در رابطه با نحوه ارائه خدمات سلامت، به عنوان شاخص تعیین کننده‌ای برای ارزیابی و ارتقای کیفیت سرویس‌های ارائه

استرس در بین کارکنان مانع از اجرای درست و رسیدن به هدف اعتباربخشی در سازمانها می شود. بدیهی است که تشکیل مراکز اعتباربخشی و حاکمیت بالینی نیاز به فرهنگ سازی و آموزش تمام افراد درگیر در ارایه‌ی خدمات سلامت در یک سازمان دارد. بنابراین به نظر می رسد که لازم است هر یک از بخش‌های حاکمیت بالینی، خود به واحدی جهت آموزش افراد آن بخش و نیز ذینفعان خارجی مجهز باشند. همچنین انجام فرایندهای شناخت خطرات و خطاهای موجود در سیستم و رویکرد نظام مند به آنها و به طور کلی ارتقای کیفیت خدمات سلامت، بدون وجود سیستم‌های کارآمد مدیریت اطلاعات و کارکنان و مشارکت استفاده کنندگان از خدمات سلامت و جامعه امکان پذیر نخواهد بود.

تشکر و قدردانی:

مطالعه‌ی حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی شماره ۹۳۱۶ مصوب ۱۳۹۳/۱/۱۹ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان می باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی به جهت حمایت مالی، سرپرست بیمارستان شهید بهشتی کاشان، اعضای واحد حمایت از تحقیقات بالینی، کارشناسان واحد مدارک پزشکی بخاطر مساعدت در اجرای طرح و کلیه عزیزانی که با صبر و دقت با پژوهشگران همکاری نموده و نظرات ارزشمند خود را در راستای بهبود برنامه حاکمیت بالینی و اعتباربخشی بی دریغ در اختیار پژوهشگران قرار دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی می گردد.

برنامه در وضعیت مطلوب قرار گرفته است. با توجه به نوع بیماری زمینه‌ای و عمل جراحی و اقدامات انجام گرفته در بیمارستان می تواند تابلوی فوت را تغییر دهد. شاخص مرگ و میر مادران در بیمارستان مورد مطالعه از ۳۴ به ۲۵/۴ مورد در ۱۰۰ هزار تولد زنده کاهش یافته است که نشان دهد نه وضعیت نامطلوب این شاخص در بیمارستان مورد مطالعه می باشد که با مطالعه‌ی مرادان در سمنان (۳۲) ناهمسو بود. با توجه به این که مهم ترین علت مرگ و میر مادران خونریزی (۳۳) است می توان با اقدامات پیشگیرانه در بسیاری از موارد از خونریزی و مرگ پیشگیری کرد (۳۳). شاخص ترخیص با رضایت شخصی از بخش‌های بستری در بیمارستان مورد مطالعه از ۴/۳۶ به ۳/۱۶ درصد کاهش یافت که در مطالعه‌ی مشابهی این میزان ۵/۱۹ درصد بود (۳۴) که از نتایج پژوهش حاضر بیشتر بود. به نظر می رسد استقرار مددکاران بالینی، افزایش آگاهی بیماران از عوارض احتمالی، ایجاد فضای مناسب برای استراحت بیماران و طراحی فضای سبز و ایجاد محیطی خوشایند برای همراهان می تواند در کاهش ترخیص با رضایت شخصی موثر باشد. به طور کلی وضعیت اغلب شاخص‌های عملکردی در بیمارستان مورد مطالعه پس از اجرای برنامه حاکمیت بالینی و اعتباربخشی بهبود نشان می دهد که اما کمبود مطالعات در خصوص نقاط کور اعتباربخشی (۳۵) نشان می دهد وجود چالش‌ها در برنامه اعتباربخشی، هزینه های بالای برنامه، کمبود نیروی انسانی مجرب و صاحب نظر در زمینه اعتباربخشی، افزایش بارکاری و به دنبال آن افزایش

منابع:

1. Sohrabizade S. The Study of Performance Indicators of Yazd Hospitals in 2003 (14&15 May), Tehran: Ministry of Health and Medical Education & Baghiyatolah University of Medical Sciences, 2005 [Article in Persian].
2. Asefzade S. Hospital's Management and Research. Ghazvin: Hadiseemrouz Publications; 2007: 251-54 [Book in Persian].
3. Kavousi Z. The Study of Admission and Mean Duration through AEP in Hospitals of Tehran University of Medical Sciences (14&15 May), Tehran: Ministry of Health and Medical Education & Baghiyatolah University of Medical Sciences, 2005 [Article in Persian].
4. Maleki A. The Study of Performance Indicators of Borojerd Health Network's Hospitals and Comparison them with Available Standards in 2002 (8&9 January), Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2003 [Article in Persian].
5. Malakotiyani M. The Study of Performance Indicators of Mehrabi and Shafa Hospitals Before and After Integration (8&9 January), Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2003 [Article in Persian].
6. Davoudi A. The Effect of Hospital Integration on Hospital's Performance Indicators (8&9 January), Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2003 [Article in Persian].
7. Heidari Z. The Related Factors on Mean Duration of Bed in General and Educational Hospital's of Shiraz [Thesis in Persian]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, Management and Medical Informatics School; 1995.
8. Bagger D. Quality Assessment Tools in Hospitals. Towards a voluntary European Accreditation System? Proceedings of the EAHM-Seminar; 2007 Nov 16; Dusseldorf, Germany; 2007.
9. Al TM, Salem B, Habil I, El OS. Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes. Int J Qual Health Care 2009; 21(3): 183-9.
10. Chase W. Certification and Accreditation. Summary Report. September 2007. MCDI GOL-CHAL Hospital and Health Center Accreditation Summary Report [Online]. 2007; Available from: URL: www.mca.org.ls/HEALTH/
11. Saitz R. Candidate Performance Measures for Screening for, Assessing, and Treating Unhealthy Substance Use in Hospitals: Advocacy or Evidence-Based Practice? Annals of Internal Medicine 2010;153:40-3.

12. Reisi-Nafchy M, Drees F, Mirzaeian R. Assessment of performance indicators in Hospitals University of Medical Sciences based on the standards of the Ministry of Health. *J Sharekord Univ Med Sci*. 2014; 15 (Suppl): 60-67.
13. Jonaidi N, Sadeghi M, Izadi M, Ranjbar R. Comparison of performance indicators in one of hospitals of Tehran with national standards, *Iran J Mil Med*. 2011; 4(12): 223-28.
14. Farajzadegan Z, Javadi A, Asgari G, Manzoori L. Indicators of utilization as a means for assessment of health information management system. *Health info manag*. 2007; 4(1): 23-31.
15. Ten important indicators of hospital Yearbook of Medical university Sciences, Urmia; 27march 2012 [internet] cited [2013] available from: <http://safiehghanaati1367.belogfa.com>
16. Jozokli N. Determine performance indicators and patient satisfaction in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Tehran: Tehran University of Medical Sciences Publication; 2004. [Persian]
17. Amini M, Sanjary L, Vasei M, Alavi S. Prevalence of the Nosocomial Infections and its Related Factors in Intensive Care Unit of Mostafa Khomeini Hospital Based on the National Nosocomial Infection Surveillance System. *Ann Mil Health Sci Res*. 2009; 7 (1) :9-14.
18. Michael J, Janathan R, David H, Robert P. Nosocomial infection in Medical intensive care units in united stats. *Critical care med* 1999;27 (5): p. 887-892.
19. <http://www.mums.ac.ir/darman/fa/jci>
20. Mohaghighi P, Hashemzadeh Isfahani M, Mousavi Kani K. Determining the frequency of prenatal factors in infant mortality in Tehran during 2009-2010. *RJMS*. 2013; 19 (103) :41-47 URL http://rjms.iums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-1367&slc_lang=fa&sid=1
21. Ghorbanzade M, Ranayi S. The study of neonatal mortality and their determinant factors in Sfarayen. The first conference of practical research in public health and constant development . North Khorasan University of medical science. 27 and 28 ordibehesht 2012.
22. Rajaratnam J, Marcus J, Flaxman A, Wang H, Levin Rector A, Dwyer L, et al. Neonatal, postnaonatal, childhood and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards millennium development goal4. *Lancet* 2010; 6736(10): 60703-9
23. WHO. World health statistics [internet]. Cited [2013]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en.
24. Ebrahimnia M. , Ameriun A. , Azizabadi Farahani M. , Khodami Vishte H. R. . Satisfaction rate of hospitalized patients in military hospitals from presented services. *Journal of Military Medicine*. 2010; 12 (2) :101-105
25. Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, Weert GH, Sensky T, Staak CPF. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom*. 2008;77:219-26.

26. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. Copenhagen: WHO; 2002.
43.
<http://mazums.ac.ir/dorsapax/userfiles/file/shakhes/02%20Ordibehesht%20Ostani90.pdf>
27. abrishamkar S, abedin zadeh M, arti H, danesh A, hooshmand F. Analysis of the etiology and mortality in the ICU of Kashani General Hospital of Shahrekord between 1998 until 2001. J Shahrekord Univ Med Sci. 2004; 6 (3) :73-78
28. Bosman RJ.; De Jonge E.; De Keizer NF.; Joore JC.; et al. Intensive care medicine in the netherlands, 1997-2001. II. Changes over time and differences between hospitals. Ned Tijdschr Geneesk, 24,147(21): 1018-24, 2003.
29. El-Nawawy A. Evaluation of the outcome of patients admitted to the pediatric intensive care unit in alexandria using the pediatric risk of mortality (PRISM) score. J Trop Pediatr, 49(2): 109-14, 2003.
30. Chen YC.; Lin SF.; Liu CJ.; Jiang DD.; et al. Risk factors for ICU mortality in critically ill patients. J Formos Med Assoc, 100(10): 656-61, 2001.
31. Rabbani A, Kaviani A, Jalili D, Javid Gh.R. Comprehensive evaluation of postoperative mortality in Imam Khomeini Hospital. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 1382; 2(4): 59-68.
32. Sanam Moradan, Mohammad Forouzesh Far. Prevalence and Causes of Maternal Mortality in a 10-year period in a University Hospital in Semnan. The Iranian journal of pbsterics, gynecology and infertility. Vol. 15, No. 3, pp. 1-6, May 1, 2012.
33. Clark SL. Strategies for reducing maternal mortality. Semin Perinatol 2012 Feb;36(1):42-7.
34. Khorasani Zadeh M, Ebrahimi HA. Evaluation of Patients' Reasons for Discharge against Medical Advice in Shafa Hospital, Kerman, Iran. Health Inf Manage 2013; 10(3): 403-10.
35. Yarmohammadian MH, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. The blind spots on Accreditation program. J Health Syst Res 2013; 9(11):1158-1166