

تدوین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مدیریت خطر حوادث و بلایا

چکیده

دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۴ ویرایش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۱ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۵ آنلاین: ۱۴۰۰/۰۷/۰۱

معصومه عباس‌آبادی عرب^{*}

علی محمد مصدق راد^۱

حمید رضا خانکه^۲، اکبر بیگلریان^۳

۱- سازمان اورژانس کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

۲- گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۴- گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

^{*} نویسنده مسئول: تهران، سازمان اورژانس کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، اداره کل مدیریت حوادث و بلایا.

تلفن: ۰۲۱-۴۹۲۳۱۸۵۱

E-mail: m.abasabadi85@yahoo.com

کلمات کلیدی: اعتباربخشی، خطر حوادث و بلایا، بیمارستان، مدیریت، استاندارد.

مقدمه

حوادث و بلایا اجتناب‌ناپذیر بوده و مشکلات سلامتی، اقتصادی و اجتماعی برای مردم و دولت‌ها برجای می‌گذارند. مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی حوادث و بلایا در سال ۲۰۱۹ میلادی ۳۹۶ مورد حادثه

طبیعی را گزارش کرده است. حدود ۹۵ میلیون نفر تحت تأثیر این حوادث قرار گرفتند، تعداد ۱۱۷۵۵ مورد مرگ گزارش شده و خسارت اقتصادی به ارزش ۱۳۰ میلیارد دلار به دنبال داشته و ۴۰٪ از این حوادث و سوانح در آسیا اتفاق افتاده است.^۱ ایران نیز به‌عنوان یک کشور در حال توسعه در آسیا، در معرض انواع حوادث و بلایای طبیعی و

یکی از دلایل این امر را می‌توان عدم وجود استانداردهای جامع بیمارستانی برای آمادگی و مقابله با حوادث و بلایا دانست.^{۱۱} تدوین استانداردهای حوادث و بلایا به منظور یکسان‌سازی و ارتقای کیفیت در برنامه‌ریزی بیمارستانی و ارتقای میزان آمادگی بیمارستان‌ها، لازم و ضروری است.^{۱۲}

اعتباربخشی بیمارستانی فرایند ارزشیابی سیستماتیک و تعیین اعتبار بیمارستان توسط ارزیابان خارجی با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرایندی و پیامدی است که عملکرد سازمان را با استانداردها مقایسه می‌کند و در مورد اعتبار یا عدم اعتبار سازمان تصمیم می‌گیرد.^{۱۳}

هدف اعتباربخشی در سازمان‌های بهداشتی درمانی، بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، افزایش ایمنی و کاهش خطرات برای بیماران و کارکنان، بهبود یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت، کاهش هزینه‌ها با تمرکز بر افزایش کارایی و اثربخشی خدمات، تقویت اعتماد عمومی به کیفیت خدمات سلامت است.^{۱۴} سیستم اعتباربخشی بیمارستانی شامل چهار عنصر حاکمیت، استانداردها، روش و ارزیابان اعتباربخشی است.^{۱۵} استانداردهای اعتباربخشی یکی از اجزای بسیار مهم سیستم اعتباربخشی بیمارستانی هستند که تدوین و اجرای درست آن‌ها منجر به بهبود کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات بیمارستانی خواهد شد. ارزیابان اعتباربخشی با مشاهده، مصاحبه و بررسی مستندات بیمارستانی میزان انطباق فعالیت‌های بیمارستان را با استانداردهای اعتباربخشی تعیین می‌کنند.^{۱۸}

بیشتر کشورها پس از تجربه حوادث و بلایا و نواقصی که در پاسخ به آن داشتند، برنامه تدوین و توسعه استانداردها را برای ارتقای آمادگی بیمارستان‌ها در دستور کار خود قرار داده‌اند. توسعه استانداردها در کشورهای مختلف از عوامل کلیدی افزایش آمادگی بیمارستان‌ها در حوادث و بلایا بوده است.^{۱۱ و ۱۹}

در کشور آمریکا که کشوری پیشرو در اعتباربخشی بیمارستانی است، پس از حوادث ۱۱ سپتامبر سال ۲۰۰۱ میلادی، مبحث آمادگی بیمارستان‌ها در حوادث جدی گرفته شد و در سال ۲۰۰۸ میلادی برنامه عملیاتی فوریت وارد استانداردهای بیمارستانی ملی آمریکا شد. در سال ۲۰۰۹ میلادی استانداردهای مدیریت فوریت به‌عنوان یک محور مستقل قرار گرفت که نشان‌دهنده اهمیت این موضوع است.^{۲۰} این استانداردها که شامل تدوین برنامه‌های آمادگی بر مبنای

انسان‌ساخت قرار دارد.^۲ با اتخاذ تدابیر پیشگیرانه می‌توان تا حد زیادی از بروز پیامدهای منفی مخاطرات حوادث و بلایا کاست.^۳

مجامع بین‌المللی ابتکاراتی را برای ایجاد یک اجماع جهانی برای مواجهه با حوادث و بلایا ایجاد کرده‌اند. سه کنفرانس جهانی یوکوهاما، هیوگو و سندای، چارچوب و نقشه راه‌هایی برای دولت‌ها به منظور کاهش خطر حوادث و بلایا ترسیم کردند.^۴

رویکرد مدیریت خطر حوادث و بلایا جایگزین مدیریت بلایا شده است و هدف آن پیشگیری و کاهش عوامل زمینه‌ای خطر و آمادگی برای پاسخ فوری به پیامدهای یک حادثه است.^۵ مدیریت خطر حوادث و بلایا یک رویکرد جامع به تمام مخاطرات است که شامل توسعه و اجرای استراتژی‌های مناسب برای تمام مراحل چرخه بلایا شامل پیشگیری و کاهش اثر، آمادگی، پاسخ و بازیابی است.^۶

محور پیشگیری و کاهش اثر شامل اقداماتی است که پیش از بروز حوادث و بلایا برای کاهش شدت حادثه و کاهش تأثیرات منفی ناشی از بروز حادثه بر سازمان انجام می‌شود. محور آمادگی شامل فعالیت‌ها، برنامه‌ها و فرایندهایی است که در سازمان پیش از بروز حوادث و بلایا برای پاسخ موثر به حادثه، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود. محور پاسخ شامل مجموعه فعالیت‌هایی است که در زمان کوتاه برای مقابله و مدیریت حوادث و بلایا انجام می‌شود. درنهایت، محور بازیابی شامل فعالیت‌ها و فرایندهایی است که پس از بروز حوادث و بلایا برای برگشت به حالت عادی برای افراد، سازمان و یا جامعه انجام می‌شود.^۳

بیمارستان یکی از مهم‌ترین اجزای نظام سلامت است که وظیفه ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی باکیفیت، ایمن، اثربخش و کارآمد را به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه بر عهده دارد.^۷

بیمارستان‌ها به هنگام بروز حوادث و بلایا نقش مهمی در تأمین و حفظ سلامت و بقای انسان‌ها دارند؛ بنابراین، در شرایط بروز حوادث و بلایا، محیط ایمنی باید برای بیماران و کارکنان در بیمارستان فراهم شود و خدمات درمانی موردنیاز مصدومین ارائه شود. با وجود این، مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که میزان آمادگی بیمارستان‌های ایران در مقابله با حوادث و فوریت‌ها در سطح پایین و متوسط است.^{۸ و ۱۰}

اعتباربخشی برنامه مدیریت خطر حوادث و بلایا در بیمارستان‌های ایران احساس می‌شود. در نتیجه، این پژوهش با هدف تدوین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مدیریت خطر حوادث و بلایا انجام شد. نتایج این پژوهش می‌تواند مورد استفاده سیاستگذاران حوزه اعتباربخشی بیمارستانی کشور برای تقویت استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی قرار گیرد. اجرای این استانداردها منجر به آمادگی بیشتر بیمارستان‌های کشور در مقابل خطرات حوادث و بلایا خواهد شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه تطبیقی است. مطالعه تطبیقی تحلیل و مقایسه دو یا چند پدیده است که به پژوهشگر امکان شناخت تشابهات و تفاوت‌های میان موضوعات مورد مقایسه را می‌دهد.^{۲۴} این مطالعه از فروردین ۱۳۹۵ تا شهریور ۱۳۹۵ انجام شد. آخرین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مدیریت خطر حوادث و بلایای ۱۱ کشور منتخب شامل آمریکا، کانادا، استرالیا، مالزی، هند، تایلند، مصر، ترکیه، عربستان، دانمارک و ایران استفاده شد. انتخاب کشورها بر اساس قدمت استقرار اعتباربخشی بیمارستانی و دارا بودن گواهی اعتباربخشی انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان بوده است. این انجمن وظیفه اعتباربخشی مؤسسات اعتباربخشی سازمان‌های بهداشتی درمانی را در سه حوزه موسسه اعتباربخشی، استانداردهای اعتباربخشی و برنامه آموزشی ارزیابان بر عهده دارد.^{۲۵} کشورهای آمریکا، استرالیا، کانادا و دانمارک جزو کشورهای پیشرو در زمینه اعتباربخشی هستند. ترکیه، مصر و عربستان با توجه به شرایط جغرافیایی منطقه انتخاب شدند. مالزی، هند و تایلند جزو اولین کشورهای در حال توسعه هستند که دارای گواهی انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان می‌باشند.

آخرین ویرایش استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی کشورهای منتخب پس از جستجو در سایت وزارت بهداشت و یا مکاتبه با مدیران اعتباربخشی این کشورها به دست آمد. دو نفر از نویسندگان مقاله به صورت مستقل استانداردها و سنج‌های اعتباربخشی بیمارستانی این کشورها را بررسی کردند. ملاک تطبیق استاندارد کشورها بر اساس چرخه مدیریت حوادث و بلایا (پیشگیری و کاهش اثر، آمادگی، پاسخ و بازیابی) بود. تیم پژوهش استانداردها و سنج‌ها را برحسب

مدیریت جامع حوادث و بلایا و توجه به چرخه مدیریت خطر حوادث و بلایا بود، نقش به‌سزایی در پیشرفت بیمارستان‌ها در زمینه مدیریت حوادث و بلایا داشت.^{۱۹، ۲۰}

کانادا پس از حادثه ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ میلادی و شیوع بیماری سارس در سال ۲۰۰۳ میلادی، توجه بیشتری بر آمادگی بیمارستان‌ها در برابر حوادث و بلایا نمود و تغییراتی را در استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایجاد کرد.^{۲۱}

در ژاپن پس از زلزله ۷/۳ ریشتری هانشین-آواجی در ۱۷ ژانویه ۱۹۹۵ میلادی دریافتند که علت اصلی تعداد زیاد مصدومین و کشته‌شدگان زلزله (۶۴۳۴ نفر کشته و بیش از ۴۳۰۰۰ نفر مصدوم)، نقص در سیستم ملی پزشکی فوریت بود.

وزارت بهداشت، کار و رفاه دولت ژاپن در سال ۱۹۹۶ میلادی سیستم ملی پزشکی حوادث و بلایا را در کشور راه‌اندازی نمود که شامل چهار بخش بود (بیمارستان‌های بر پایه حوادث و بلایا، سیستم اطلاع‌رسانی پزشکی، امداد هوایی و تیم‌های پاسخ اضطراری) و استانداردهایی را برای استقرار آن‌ها تدوین کرد. در این میان بیمارستان‌های بر پایه حوادث و بلایا نقش مهمی در ارتقای آمادگی بیمارستان‌ها داشته است.^{۲۲}

تاریخچه تدوین استانداردهای مدیریت حوادث و بلایا در ایران به زمان تدوین استانداردهای اعتباربخشی ملی در سال ۱۳۸۹ برمی‌گردد. پیش از آن، در نظام ارزشیابی بیمارستانی، فقط به وجود کمیته بحران در بیمارستان و شرح وظایف آن بسنده شده بود.

استانداردهای اعتباربخشی سال ۱۳۹۱ به برنامه آمادگی بیمارستان شامل وجود سامانه فرماندهی حادثه، نحوه فراخوانی تیم در هنگام بروز حادثه، اجرای تمرین‌های سالانه و آموزش کارکنان پرداخت. در تغییرات استانداردهای اعتباربخشی سال ۱۳۹۳ ارزیابی خطر بلایا در بیمارستان به آن اضافه شد.^{۲۳}

محور مدیریت خطر حوادث و بلایا به‌عنوان یک محور مستقل نبود و در محور کمیته‌های بیمارستانی و یا مدیریت و رهبری ادغام شده بود. در نتیجه، در کارنامه بیمارستان‌ها امتیاز و عملکرد این حوزه دیده نمی‌شد و با توجه به تعداد کم سنج‌های آن، اولویت کمتری برای مدیران ارشد بیمارستان‌ها داشت.

با توجه به اهمیت برنامه جامع مدیریت خطر حوادث و بلایا در بیمارستان‌ها، نیاز به تدوین و توسعه استانداردهای جامع برای

است ولی ضروری نیست» و «گویه ضرورتی ندارد» طبقه‌بندی کنند. سپس، بر اساس فرمول زیر، نسبت روایی محتوا محاسبه می‌شود. در این فرمول n_E تعداد متخصصانی است که به گزینه "ضروری" پاسخ دادند و N تعداد کل متخصصان است. حداقل مقدار CVR قابل قبول برای ۲۲ متخصص حدود ۰/۴۰ است.

$$CVR = \frac{n_E - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

از روش Waltz & Bausell برای سنجش شاخص روایی محتوا استفاده شد و از متخصصان خواسته شد تا «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» هر گویه را بر اساس طیف لیکرت چهارقسمتی مشخص کنند.^{۲۷} متخصصان مربوط بودن هر گویه را از ۱ «غیرمرتبط»، ۲ «نسبتاً مرتبط»، ۳ «مرتبط» و ۴ «کاملاً مرتبط»، ساده بودن گویه را به ترتیب از ۱ «پیچیده»، ۲ «تا حدودی پیچیده»، ۳ «ساده» و ۴ «کاملاً ساده» و واضح بودن گویه را به ترتیب از ۱ «واضح نیست»، ۲ «نسبتاً واضح است»، ۳ «واضح است» و ۴ «کاملاً واضح است»، مشخص کردند. برای محاسبه شاخص روایی محتوا از فرمول زیر استفاده شد. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI برابر با ۰/۷۹ است.

$$CVI = \frac{\text{تعداد متخصصینی که به گویه‌ها نمره ۳ و ۴ دادند}}{\text{تعداد کل متخصصین}}$$

نوعشان در جدولی شامل چهار مرحله چرخه مدیریت حوادث و بلایا قرار دادند. استانداردها و سنجه‌های هر محور چرخه مدیریت حوادث و بلایا با دقت بررسی شد. موارد تکراری حذف و موارد مشابه نزدیک به هم ادغام شدند. در نهایت، استانداردها و سنجه‌های سیستمی و جامع برای مدیریت خطر حوادث و بلایا آماده شد.

برای سنجش روایی محتوایی استانداردهای مدیریت حوادث و بلایا، از دو روش نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) با استفاده از پرسش‌نامه حاوی گویه‌های استانداردها استفاده شد. تعداد ۲۲ نفر از متخصصین اعتباربخشی بیمارستانی و مدیریت خطر حوادث و بلایا شامل اساتید دانشگاه، مدیران و کارشناسان وزارت بهداشت، مدیران مراکز مدیریت حوادث دانشگاه‌های علوم پزشکی و دبیران کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان‌ها برای اعتبارسنجی استانداردها و سنجه‌ها انتخاب شدند. جدول ۱ مشخصات متخصصان شرکت‌کننده در پژوهش را نشان می‌دهد. پرسش‌نامه‌ها از طریق ایمیل برای متخصصان ارسال شد و پاسخ‌ها جمع‌آوری و تحلیل شد.

شاخص نسبت روایی محتوا به منظور اطمینان از مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا (ضرورت گویه پرسش‌نامه) از نظر کارشناسان متخصص در زمینه محتوای آزمون موردنظر، توسط لاوشه Lawshe طراحی شد.^{۲۸} از متخصصان خواسته شد تا هر یک از گویه‌ها را براساس طیف لیکرت سه‌قسمتی «گویه ضروری است»، «گویه مفید

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک تیم متخصصین

| مشخصات دموگرافیک جنسیت | تعداد (درصد) | مشخصات دموگرافیک سن | تعداد (درصد) |
|---|--------------|---------------------|--------------|
| مرد | ۱۴ (۶۳/۵) | ۳۰-۳۹ سال | ۱۰ (۴۵/۵) |
| زن | ۸ (۳۶/۵) | ۴۰-۴۹ سال | ۱۱ (۵۰) |
| محل کار | | ۵۰ سال و بالاتر | ۱ (۴/۵) |
| دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی | ۷ (۳۱/۸) | سابقه کار | |
| مرکز مدیریت حوادث و بلایا دانشگاه | ۷ (۳۱/۸) | ۵-۱۰ | ۱۳ (۵۹/۱) |
| سازمان اورژانس وزارت بهداشت | ۳ (۱۳/۷) | ۱۱-۱۵ | ۶ (۲۷/۳) |
| دبیر کمیته مدیریت خطر بیمارستان | ۵ (۲۲/۷) | ۱۵-۲۰ | ۳ (۱۳/۶) |
| مقطع آموزشی | | | |
| کارشناسی ارشد و پزشکی عمومی | ۱۰ (۴۵/۵) | دکترای تخصصی | ۷ (۳۱/۸) |
| متخصص طب اورژانس | ۳ (۱۳/۶) | فوق دکتری | ۲ (۹/۱) |

اعتباربخشی ملی آمریکا به صورت یک محور مستقل بیان شدند. در کشورهای عربستان، مصر و اعتباربخشی بین‌المللی آمریکا در محور «مدیریت تأسیسات و ایمنی» درج شدند. در هند استانداردها در محورهای «مراقبت از بیماران» و «مدیریت تأسیسات و ایمنی» بیان شدند. در کشور تایلند استانداردها در محورهای «مدیریت فرایندها» با عنوان مدیریت فوریت، آمادگی در برابر فوریت‌ها و «ایمنی محیط فیزیکی» ذکر شده است. در برخی از کشورها مثل استرالیا، مالزی، دانمارک و عربستان استانداردها برای حوادث داخلی و خارجی به صورت جداگانه طراحی شدند.

جدول ۲ مشخصات استانداردهای مدیریت خطر حوادث و بلایا را در کشورهای منتخب نشان می‌دهد. بیشترین تعداد استاندارد و سنجه مدیریت خطر حوادث و بلایا مربوط به استانداردهای اعتباربخشی ملی آمریکا با ۱۲ استاندارد و ۱۱۳ سنجه و کمترین آن مربوط به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ترکیه و تایلند با یک استاندارد و سه سنجه بود. استانداردهای اعتباربخشی کشور ایران در حوزه مدیریت خطر حوادث و بلایا با یک استاندارد و نه سنجه و در محور مدیریت رهبری قرار گرفته و در رتبه نهم قرار دارد.

کلیه ملاحظات اخلاقی نظیر دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، توضیح شفاف اهداف مطالعه به متخصصان و دریافت رضایت آگاهانه آن‌ها، آزاد بودن آن‌ها نسبت به شرکت در مطالعه، حق کناره‌گیری در طول مطالعه، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی آن‌ها و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌های بخش‌های مطالعه مرور تطبیقی و پرسش‌نامه‌ای در این پژوهش رعایت شد.

یافته‌ها

کشورهای منتخب از عناوین مختلفی برای نام‌گذاری محورهای اصلی و فرعی استانداردهای مرتبط با مدیریت خطر حوادث و بلایا نظیر آمادگی بیمارستانی، برنامه حوادث و بلایا و مدیریت فوریت استفاده کردند. مدل اعتباربخشی بیمارستانی بیشتر کشورها از نوع کارکردی بوده و استانداردهای مدیریت خطر حوادث و بلایا به صورت محور مستقل یا ادغام‌شده در یک یا چند محور اصلی وجود داشت. به‌عنوان مثال، این استانداردها در کشور دانمارک و

جدول ۲: مشخصات استانداردهای مدیریت خطر حوادث و بلایا در کشورهای منتخب

| ایران | تایلند | هند | دانمارک | ترکیه | عربستان | مصر | مالزی | کانادا | استرالیا (ملی) | آمریکا (بین‌المللی) | آمریکا (ملی) | مدل ارزیابی |
|--------------------|--------------------------|-----------------------------|---------|--------------|-------------------------|-------------------------|--------------|-------------------------|----------------|---------------------|--------------|-------------------------------------|
| بخشی | کارکردی | کارکردی | کارکردی | کارکردی | بخشی و کارکردی | بخشی و کارکردی | بخشی کارکردی | کارکردی | کارکردی | کارکردی | کارکردی | مدل ارزیابی |
| ۲۰۱۱ | ۱۹۹۵ | ۲۰۰۶ | ۲۰۰۱ | ۲۰۰۵ | ۲۰۰۵ | ۱۹۹۵ | ۱۹۸۵ | ۱۹۵۸ | ۱۹۷۳ | ۱۹۹۸ | ۱۹۵۱ | سال شروع اعتباربخشی |
| ۲۰۱۵ | ۲۰۰۶ | ۲۰۱۵ | ۲۰۱۲ | ۲۰۱۵ | ۲۰۱۵ | ۲۰۱۴ | ۲۰۱۳ | ۲۰۱۶ | ۲۰۱۵ | ۲۰۱۴ | ۲۰۱۲ | آخرین ویرایش |
| کمیته مدیریت بحران | آمادگی و مدیریت فوریت‌ها | برنامه اپیدمی‌ها و فوریت‌ها | آمادگی | مدیریت فوریت | فوریت‌های داخلی و خارجی | مدیریت حوادث و فوریت‌ها | برنامه بحران | آمادگی در حوادث و بلایا | مدیریت حوادث | آمادگی در حوادث | مدیریت فوریت | عنوان محور مدیریت خطر حوادث و بلایا |
| ۱ | ۱ | ۲ | ۲ | ۱ | ۲ | ۲ | ۲ | ۱ | ۱ | ۱ | ۱۲ | تعداد استاندارد |
| ۹ | ۳ | ۵ | ۱۵ | ۳ | ۷ | - | ۱۱ | ۱۱ | ۹ | ۵ | ۱۱۳ | تعداد سنجه |

آموزش و تمرین کارکنان به‌عنوان یکی از ارکان اصلی افزایش آمادگی بیمارستانی، در استانداردهای تمام کشورها اشاره شده است.

در محور بازیابی تنها در استانداردهای اعتباربخشی ملی آمریکا، استرالیا و کانادا برنامه تداوم خدمات درج شده و در سایر کشورها به آن توجهی نشده است. جدول ۳ رعایت این استانداردها را در کشورهای منتخب و ایران نشان می‌دهد.

کشورهای منتخب رویکردهای متفاوتی در تدوین استانداردهای مدیریت خطر حوادث و بلایا بر اساس چرخه بلایا داشتند. همه کشورها به‌جز دانمارک، در مرحله پیشگیری و کاهش اثر، استانداردها و سنجه‌هایی را در زمینه‌های تدوین برنامه عملیاتی، تخصیص بودجه، ارزیابی مخاطرات و آسیب‌پذیری داشتند. کشورهای آمریکا (ملی)، استرالیا، کانادا و مالزی از استانداردهای خوبی در مرحله آمادگی و پاسخ برخوردار بودند.

جدول ۳: استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مدیریت خطر حوادث و بلایا کشورها به تفکیک چرخه مدیریت بلایا

| ایران | تایلند | هند | دانمارک | ترکیه | عربستان | مصر | مالزی | کانادا | استرالیا | آمریکا (بین‌المللی) | آمریکا (ملی) | استاندارد اعتباربخشی مدیریت خطر حوادث و بلایا |
|-------|--------|-----|---------|-------|---------|-----|-------|--------|----------|---------------------|--------------|---|
| - | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | تدوین برنامه-بودجه |
| ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ارزیابی مخاطرات و آسیب‌پذیری |
| - | - | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | برنامه عملیات اضطراری |
| ✓ | - | - | - | - | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | نحوه فعال و غیرفعال‌سازی برنامه |
| ✓ | - | - | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | - | فراخوان پرسنل |
| - | - | ✓ | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | افزایش ظرفیت |
| - | - | - | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | ✓ | - | - | ✓ | سامانه سیستم فرماندهی حادثه |
| - | - | ✓ | - | ✓ | - | - | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | سامانه هشدار اولیه |
| - | - | ✓ | - | - | ✓ | - | - | - | - | - | - | اتاق مرکز عملیات اضطراری |
| - | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | تخلیه |
| - | - | - | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ارتباط و هماهنگی با سایر سازمانها |
| - | - | - | - | - | - | - | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | مدیریت منابع |
| - | - | - | - | - | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | امنیت و حفاظت |
| - | - | - | - | - | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | مدیریت کارکنان |
| - | - | - | ✓ | - | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | مدیریت بیماران |
| - | - | - | - | - | - | - | - | - | ✓ | - | ✓ | مدیریت داوطلبین |
| - | - | - | ✓ | - | - | ✓ | - | ✓ | ✓ | - | ✓ | مدیریت تسهیلات (آب، برق، گاز) |
| - | - | - | - | - | - | - | ✓ | ✓ | - | - | ✓ | نحوه اطلاع‌رسانی به مردم |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | آموزش و تمرین |
| - | - | - | ✓ | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | بررسی اثربخشی برنامه |
| - | - | - | - | - | - | - | - | ✓ | ✓ | - | ✓ | تداوم خدمات حیاتی |
| - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | برنامه بازیابی بیمارستان |
| - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ✓ | برنامه‌های حمایتی |

آمادگی و پاسخ

بازیابی

است. تاکنون ۱۲ بار استانداردها بازنگری شده که آخرین آن مربوط به سال ۲۰۱۶ است.^{۳۰}

استانداردها به صورت عملکردی بوده و استانداردهای مدیریت خطر حوادث و بلایا در قالب محور مدیریت و رهبری آمده است. کشور استرالیا هم از سال ۱۹۵۷ میلادی شروع به تدوین استانداردها کرد. آخرین ویرایش استانداردها مربوط به سال ۲۰۱۵ میلادی است. استانداردها به صورت عملکردی است و شامل دو نوع استانداردهای ملی و بین‌المللی است. در استانداردهای ملی، استانداردهای مدیریت خطر حوادث و بلایا تحت عنوان "مدیریت حوادث و فوریت‌ها" آمده است. یک استاندارد تحت عنوان "بیمارستان محیط ایمنی را برای کارمندان، بیماران و مراجعین فراهم می‌کند" دارد که شامل نه سنجه است. حوادث را به فوریت‌های داخلی و خارجی بیمارستان تقسیم‌بندی نموده و به تمام ابعاد چرخه مدیریت خطر حوادث و بلایا توجه کرده است.

کشور مالزی پس از شروع برنامه چهارم توسعه (۱۹۸۵-۱۹۸۱) برنامه‌های اعتباربخشی را شروع کرد. استانداردهای اعتباربخشی مالزی به صورت تلفیقی (بخشی و عملکردی) تدوین شده و به عنوان استانداردهای برنامه حوادث در محور ایمنی خدمات و محیط قرار گرفته است که شامل دو استاندارد کلی برنامه برای حوادث داخلی و خارجی با ۱۱ زیر استاندارد می‌باشد.^{۳۱}

اعتباربخشی بیمارستانی عربستان از سال ۲۰۰۵ میلادی شروع شد. استانداردها به صورت تلفیقی (بخشی و عملکردی) تدوین شده و شامل ۲۳ محور است که استانداردهای بلایا در محور مدیریت تاسیسات و ایمنی قرار گرفته است. این محور شامل ۳۹ استاندارد در ابعاد ایمنی ساختمان، امنیت، ایمنی آتش، برنامه‌های آمادگی بیمارستانی در فوریت‌ها، مواد خطرناک، تجهیزات پزشکی و تاسیسات می‌باشد. دو استاندارد به آمادگی بیمارستانی تعلق گرفته که شامل آمادگی بیمارستان در حوادث خارجی و داخلی و شامل هفت زیر محور است.

اعتباربخشی مصر از سال ۱۹۹۵ میلادی آغاز گردید و استانداردها بومی کشور مورد تایید انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان می‌باشد. استانداردها به صورت عملکردی تدوین شده و استانداردهای مدیریت حوادث-فوریت‌ها در محور مدیریت

استانداردهای ملی اعتباربخشی بیمارستانی آمریکا با ۱۲ استاندارد و ۱۱۳ سنجه، تمام ابعاد چرخه مدیریت خطر حوادث و بلایا را پوشش می‌دهد که شامل توسعه برنامه‌های پیشگیرانه شامل ارزیابی مخاطرات و آسیب‌پذیری، اولویت‌بندی و برنامه‌ریزی آن، هماهنگی ساختار فرماندهی حادثه با ساختار جامعه، برنامه‌های آمادگی و پاسخ شامل افزایش ظرفیت در ابعاد مختلف، آموزش و تمرین، نحوه فعال‌سازی و غیرفعال‌سازی سامانه، سامانه هشدار اولیه، مدیریت اطلاعات ارتباطات، مدیریت منابع و تجهیزات، مدیریت کارکنان، مدیریت تسهیلات (آب، برق، گازهای طبیعی و تاسیسات)، مدیریت بیماران و خانواده آن‌ها، مدیریت داوطلبین متخصص و غیرمتخصص، برنامه‌ریزی تداوم ارائه خدمات درمانی برنامه‌های بازیابی و بررسی اثربخشی برنامه‌ها است.

بیشترین تاکید در این استانداردها بر روی برنامه‌های پیشگیری و آمادگی بیمارستانی است. شاخه بین‌المللی اعتباربخشی بیمارستانی آمریکا با نام کمیسیون مشترک بین‌المللی (Joint Commission International) به منظور تدوین و توسعه یک مجموعه استانداردهای اعتباربخشی در سطح بین‌المللی در سال ۱۹۹۸ میلادی شروع به کار کرد.^{۳۲}

تفاوت زیادی در استانداردهای اعتباربخشی ملی و بین‌المللی آمریکا از لحاظ تعداد و جامعیت استانداردها مشهود است. در حالی که استانداردهای ملی آمریکا در یک محور مستقل و به صورت گسترده به این موضوع پرداخته است، در استانداردهای بین‌المللی آمریکا تنها به صورت یک استاندارد "آمادگی بیمارستان‌ها در بلایا و در محور مدیریت تاسیسات و ایمنی" به این موضوع اشاره شده است.^{۳۳}

این استاندارد به وجود برنامه‌های مدیریت فوریت در پاسخ به فوریت‌ها، اپیدمی‌ها، بلایای طبیعی و سایر مخاطرات اشاره می‌کند و در سنجه‌ها به ارزیابی خطر، تدوین و اجرای برنامه پاسخ، مدیریت منابع، تعیین شرح وظایف کارکنان و نقش آن‌ها، مدیریت خدمات بالینی و پایش سالیانه برنامه‌ها به صورت کلی اشاره شده و در مرحله بازیابی نیز استاندارد تعریف نشده است.

کانادا نیز جزو کشورهای پیشرو در اعتباربخشی بیمارستانی است که از سال ۱۹۵۳ میلادی اعتباربخشی بیمارستانی را شروع کرده

مدیریت پاسخ به حوادث و بلایا تاکید داشت و تمام مراحل چرخه مدیریت حوادث و بلایا را شامل نمی‌شد. استانداردهای مدیریت خطر حوادث و بلایا در محور کمیته‌های بیمارستانی و یا مدیریت رهبری ادغام شده بود.

تعداد ۲۷ استاندارد با تحلیل محتوایی استانداردهای اعتباربخشی کشورهای منتخب، استخراج و در چرخه مدیریت خطر حوادث و بلایا قرار گرفت. نتایج بررسی نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا در محدوده قابل قبول بود (جدول ۴). بر اساس نتایج به دست آمده تمامی استانداردها مورد قبول بوده و نیاز به تغییر و یا حذف آن‌ها نبوده است.

بحث

این پژوهش با هدف تدوین استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی مدیریت خطر حوادث و بلایا انجام شد. استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی محور مدیریت خطر حوادث و بلایا در ۱۱ کشور جهان تحلیل و مقایسه شدند. در نهایت، ۲۷ استاندارد اعتباربخشی مدیریت خطر حوادث و بلایا استخراج و با نظر متخصصان ارزشیابی و تایید شدند.

استانداردهای ملی اعتباربخشی بیمارستانی آمریکا با ۱۲ استاندارد و ۱۱۳ سنجه بیشترین و جامع‌ترین استاندارد و سنجه اعتباربخشی مدیریت خطر حوادث و بلایا را دارد که تمام ابعاد چرخه مدیریت خطر حوادث و بلایا را پوشش می‌دهد. این یافته پژوهش با مطالعه Sauer و همکاران و مطالعه Wise که بر جامعیت استانداردهای مدیریت خطر حوادث و بلایای آمریکا تأکید داشتند، مطابقت دارد.^{۱۹ و ۲۰}

تفاوت زیادی در استانداردهای اعتباربخشی ملی و بین‌المللی آمریکا از لحاظ تعداد و جامعیت استانداردها مشهود است. با توجه به این که استانداردهای بین‌المللی اعتباربخشی آمریکا در بسیاری از کشورهای جهان از جمله کشورهای آسیا و منطقه مدیترانه شرقی اجرا می‌شود که در معرض حوادث بیشتر هستند و نیاز به آمادگی بالاتری دارند، لازم است این کمیسیون نسبت به توسعه و بازنگری این محور اقدام کند. بر اساس این مطالعه تطبیقی در محورهای مدیریت خطر حوادث و بلایا، کشورهای مختلف رویکردهای متفاوتی داشتند.

تاسیسات و ایمنی قرار گرفته است. تدوین برنامه برای مدیریت فوریت‌های داخلی و خارجی الزامی است.

کشور دانمارک نیز از سال ۲۰۰۱ میلادی برنامه‌های اعتباربخشی خود را شروع کرد. استانداردها به صورت عملکردی و در سه حیطه استانداردهای سازمانی، استانداردهای مرتبط با بیماران و استانداردهای بیماری‌های خاص تقسیم‌بندی شده است. استانداردهای مرتبط با مدیریت خطر حوادث و بلایا به عنوان آمادگی بیمارستانی در حوادث داخلی و خارجی و در حیطه استانداردهای سازمانی آمده است.

در هند انجمن اعتباربخشی برای بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در سال ۲۰۰۶ میلادی توسط شورای کیفیت هند تاسیس شد. توسعه استانداردها بیشتر بیمار محور بوده و مورد تایید انجمن بین‌المللی کیفیت در بهداشت و درمان می‌باشند.^{۳۱} برنامه اعتباربخشی بیمارستانی هند شامل ۱۰۰ استاندارد و ۵۰۳ سنجه است. استانداردهای مدیریت حوادث-فوریت‌ها در محور مدیریت تاسیسات و ایمنی قرار گرفته و به صورت یک استاندارد از نه استاندارد این محور قرار گرفته است.

در ترکیه هم به دنبال شروع طرح تحول سلامت از سال ۲۰۰۳ میلادی، کیفیت و ایمنی در مراکز بهداشتی درمانی مورد توجه قرار گرفت و از سال ۲۰۰۵ میلادی اعتباربخشی بیمارستانی توسط کمیسیون مشترک بین‌المللی آمریکا شروع شد.^{۳۲} یک محور مستقل برای آمادگی بیمارستان در فوریت‌ها دارد که شامل حوادث طبیعی، حوادث داخل بیمارستان و فوریت‌های بیماران را شامل می‌شود و برای هر کدام به تحلیل خطر، وجود برنامه‌های پیشگیرانه و آموزش کارکنان اشاره شده است و استانداردهای کمی در این حوزه دارد.

تایلند از سال ۱۹۹۵ میلادی برنامه اعتباربخشی خود را شروع کرد. یک محور مستقل آمادگی در فوریت‌ها و یک استاندارد دارد که به انجام ارزیابی مخاطره و آسیب‌پذیری، وجود برنامه‌های پیشگیری، آمادگی و پاسخ، ایمنی آتش، برگزاری تمرین و تداوم ارائه خدمات به بیماران و جامعه در زمان حوادث اشاره دارد.

در ایران، ویرایش استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی سال ۱۳۹۳، علاوه بر برنامه آمادگی بیمارستانی، دارای استانداردهای ارزیابی خطر بلایا در بیمارستان بود. این استانداردها بیشتر بر رویکرد

جدول ۴: استانداردهای پیشنهادی به تفکیک محورهای چرخه مدیریت خطر حوادث و بلایا

| ردیف | محور | استاندارد | CVI | CVR |
|------|--------------------|---|------|------|
| ۱ | پیشگیری و کاهش اثر | مدیران ارشد بیمارستان در تدوین برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا مشارکت دارند. | ۱ | ۱ |
| ۲ | | مدیران ارشد بیمارستان با ذینفعان جامعه و سایر نهادها همکاری متقابل دارند. | ۰/۹۷ | ۱ |
| ۳ | | مدیران بیمارستان ارزیابی مخاطرات و آسیب‌پذیری و تحلیل آن را انجام دادند. | ۰/۹۵ | ۱ |
| ۴ | | برنامه‌ریزی مدیریت خطر حوادث و بلایا بر مبنای تحلیل خطر انجام می‌شود. | ۰/۹۴ | ۱ |
| ۵ | | برنامه پاسخ به حوادث و بلایا با رویکرد تمام مخاطرات منطبق با سازمان‌های همکار محلی، منطقه‌ای و استانی تدوین شد. | ۰/۸۹ | ۱ |
| ۶ | | مدیریت حوادث و بلایا محیط ایمن و فعالیت ایمن را پوشش می‌دهد. | ۰/۹۷ | ۱ |
| ۷ | | اقدامات پیشگیری و کنترل آتش‌سوزی در بیمارستان اجرا می‌شود. | ۱ | ۱ |
| ۸ | | برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا پیش و اثربخشی آن بررسی می‌شوند. | ۰/۹۳ | ۰/۹۵ |
| ۹ | آمادگی و پاسخ | بیمارستان کارکنان را برای نقش‌های تعیین شده آن‌ها در مدیریت خطر حوادث و بلایا آموزش می‌دهد. | ۱ | ۱ |
| ۱۰ | | برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا به‌طور منظم تمرین می‌شوند. | ۱ | ۱ |
| ۱۱ | | افزایش ظرفیت در حیطه فضای فیزیکی، منابع و تجهیزات و نیروی انسانی انجام می‌شود. | ۱ | ۱ |
| ۱۲ | | سامانه هشدار اولیه طراحی و اجرا گردیده است. | ۰/۹۱ | ۱ |
| ۱۳ | | فعال‌سازی برنامه‌های مدیریت حوادث و بلایا، منطبق با سطح حادثه انجام می‌شود. | ۱ | ۱ |
| ۱۴ | | سیستم‌های ارتباطی درون و برون سازمانی متناسب با شرایط حادثه پیش‌بینی شده است. | ۰/۹۷ | ۱ |
| ۱۵ | | ارایه خدمات درمانی به مصدومین در زمان بروز حوادث و بلایا انجام می‌شود. | ۱ | ۱ |
| ۱۶ | | مدیریت اجساد بیماران انجام می‌شود. | ۱ | ۱ |
| ۱۷ | | نظارت بر عملکرد کارکنان و داوطلبین انجام می‌شود. | ۰/۹۱ | ۱ |
| ۱۸ | | منابع و دارایی‌های بیمارستان در حین حوادث و بلایا مدیریت می‌شوند. | ۰/۹۱ | ۱ |
| ۱۹ | | بیمارستان با جامعه رسانه‌ها در طی فوریت ارتباط برقرار می‌کند. | ۰/۹۲ | ۱ |
| ۲۰ | | امنیت بیمارستان در زمان حوادث و بلایا تامین می‌شود. | ۱ | ۱ |
| ۲۱ | | ایمنی بیمارستان در طی حوادث و بلایا از طریق اقدامات کنترلی و برنامه‌های بهداشتی فراهم می‌شود. | ۱ | ۱ |
| ۲۲ | | تخلیه بیماران به‌صورت ایمن انجام می‌شود. | ۱ | ۱ |
| ۲۳ | بازایی | بیمارستان خدمات حیاتی خود را در طی حوادث و بلایا ادامه می‌دهد. | ۰/۹۳ | ۱ |
| ۲۴ | | بازسازی پس از حوادث و بلایا در بیمارستان انجام می‌گیرد. | ۱ | ۱ |
| ۲۵ | | بیمارستان نیازهای خدمات حمایتی و بهداشت روان کارکنان و خانواده‌هایشان را تامین می‌کند. | ۱ | ۱ |
| ۲۶ | | بیمارستان نیازهای خدمات حمایتی و بهداشت روان مصدومین و خانواده‌هایشان را تامین می‌کند. | ۱ | ۱ |
| ۲۷ | | تحلیل عملکرد بیمارستان پس از حادثه انجام می‌شود. | ۰/۹۱ | ۱ |

برنامه‌ریزی برای حوادث و بلایا با ارزیابی خطر و تحلیل مخاطرات و آسیب‌پذیری شروع می‌شود تا بیشترین خطرات احتمالی برای بیمارستان مشخص شده و اقدامات پیشگیری و کاهش اثر از مخاطرات در بیمارستان انجام شود.^{۳۴}

کشورهای مورد مطالعه، استانداردها و سنجه‌هایی در زمینه ارزیابی مخاطرات و آسیب‌پذیری، تدوین برنامه عملیاتی و تخصیص بودجه برای این منظور داشتند. ولی، در استانداردهای ایران تنها به تکمیل چک لیست شاخص ایمنی بیمارستانی اشاره شده است. این ابزار که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸

در محور پیشگیری و کاهش اثر چند موضوع از اهمیت خاصی برخوردار بود. مشارکت مدیران ارشد بیمارستان در تدوین برنامه‌ها، ارزیابی خطر، برنامه‌ریزی با رویکرد تمام مخاطرات، تعامل و هماهنگی برنامه‌ها با سایر سازمان‌های امدادی و امنیتی از جمله آن‌ها است.

در کشورهای پیشرو در اعتباربخشی (آمریکا، استرالیا و کانادا) به نقش مدیریت و رهبری توجه ویژه‌ای شده و از آن به‌عنوان الزامی پیش از تدوین برنامه‌های مدیریت خطر اشاره شده است. مشارکت مدیران ارشد بیمارستان در تدوین برنامه‌ها، ضمانت اجرایی برای اجرای آن‌ها است که در استانداردهای ایران به آن توجهی نشده است.^{۳۳}

سامانه فرماندهی حادثه یک رویکرد برنامه‌ریزی شده استاندارد برای پاسخ موثر به حوادث و حفظ زندگی جمعیت در معرض خطر است که در آن یک نفر به‌عنوان فرمانده، مدیریت و سازمان‌دهی کارکنان، امکانات و تجهیزات را برای ارایه پاسخ موثر بر عهده می‌گیرد.^{۳۷}

تعیین نقش‌ها و مسئولیت‌ها و انجام تمرین‌ها می‌تواند سطح آمادگی افراد را در زمان بروز حوادث و بلایا افزایش دهد که برخی از کشورها به این موضوع پرداختند. نکته مهم هماهنگی سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان با نیروهای امدادی جامعه در زمان وقوع حوادث و بلایا است که در استانداردهای ملی آمریکا و مالزی به آن اشاره شده است.

در زمان پاسخ به حوادث و بلایا در سطح منطقه‌ای و ملی نیاز به همکاری داوطلبان است. مدیریت داوطلبین شامل طراحی برنامه‌ای برای داوطلبان، فراخوانی داوطلبان، آموزش و آشناسازی داوطلبان، نظارت بر داوطلبان و ارزیابی برنامه بررسی صلاحیت و نظارت بر عملکرد آن‌ها در هنگام بروز حوادث و بلایا است.^{۳۸}

در استانداردهای ملی آمریکا دو استاندارد و ۱۸ سنجه برای داوطلبین متخصص و عادی اختصاص داده شده است. در استانداردهای استرالیا نیز به‌صورت خلاصه به وجود برنامه برای حضور داوطلبین اشاره شده است. ولی، در سایر کشورهای منتخب به این موضوع توجهی نشده است. مدیریت اطلاعات و اطلاع‌رسانی به جامعه یکی از اجزای اصلی است که باید در برنامه پاسخ پیش‌بینی شود که تنها در استانداردهای اعتباربخشی کشورهای کانادا، مالزی و دانمارک به این مقوله توجه شده است.

استانداردهای اعتباربخشی عربستان به وجود محل تجمع ایمن نیز در بیمارستان اشاره کرده است. وجود مرکز هدایت عملیات فوریت تنها در استانداردهای اعتباربخشی عربستان و هند اشاره شده و در استانداردهای کشورهای پیشرو در اعتباربخشی به آن اشاره نشده است. پیش‌بینی خدمات پشتیبانی نقش کلیدی در موفقیت بیمارستان‌ها در مواقع بروز حوادث و بلایا دارد. استانداردهای اعتباربخشی نیمی از کشورهای منتخب در این پژوهش به آن اشاره کرده است.

در محور بازیابی تنها در استانداردهای اعتباربخشی ملی آمریکا، استرالیا و کانادا برنامه تداوم خدمات درج شده و در استانداردهای اعتباربخشی سایر کشورها به آن توجهی نشده است. محور بازیابی

میلاادی توسعه‌یافته یک ابزار سریع برای ارزیابی آسیب‌پذیری‌های بیمارستان در سه حوزه سازه‌ای، غیر سازه‌ای و عملکردی است.^{۳۹} با توجه به این‌که در استانداردهای اعتباربخشی هیچ کشوری این موضوع ذکر نشده، نیاز به بازنگری این استاندارد است.

برنامه‌ریزی با رویکرد همه مخاطرات در کشورهای پیشرو جزو برنامه‌های اصلی مدیریت خطر حوادث و بلایا است. این بدان معنا نیست که بیمارستان باید برای تمام مخاطرات آمادگی داشته باشد بلکه، به این مسئله توجه می‌کند که در صورت وقوع هرگونه حادثه‌ای، بیمارستان‌ها با هجوم مصدومین مواجه می‌شود و برای کنترل آن باید برنامه داشته باشند.^{۴۰}

در زمان بروز حوادث و بلایا در سطح گسترده علاوه بر بیمارستان، سایر سازمان‌های امدادی و امنیتی نظیر آتش‌نشانی، اورژانس پیش‌بیمارستانی و پلیس هم درگیر هستند. تعامل و هماهنگی برنامه مدیریت خطر حوادث و بلایا بیمارستان با سازمان‌های امدادی جامعه نقش مهمی در مدیریت حادثه دارد که در بسیاری از کشورها به این مقوله توجه شده است ولی، در استانداردهای ایران مورد غفلت واقع شده است.^{۴۱}

رویکرد کشورهای منتخب در مرحله آمادگی و پاسخ متفاوت بود. مهم‌ترین نکات در این محور شامل آموزش و تمرین، افزایش ظرفیت، سامانه فرماندهی حادثه، مدیریت داوطلبین، وجود مرکز هدایت عملیات بود. کشورهای آمریکا (استانداردهای اعتباربخشی ملی)، استرالیا، کانادا و مالزی از استانداردهای خوبی در این زمینه برخوردار بودند. آموزش و تمرین کارکنان از ارکان اصلی افزایش آمادگی بیمارستانی بوده و تنها محوری است که در استاندارد تمامی کشورها به آن اشاره شده است.

طراحی و استقرار سامانه هشدار اولیه یکی از مهم‌ترین جنبه‌های مدیریت حوادث و بلایا است. سازمان بهداشت جهانی وجود سامانه هشدار اولیه را اولین قسمت از برنامه پاسخ اعلام کرده است. در سند بین‌المللی سن‌دای (Sendai International Document) نیز افزایش قابل توجه دسترسی به سامانه هشدار اولیه جزو اهداف اختصاصی بیان شده است که نشان از اهمیت این موضوع دارد. ولی، تنها در نیمی از کشورهای منتخب در این پژوهش به آن اشاره شده است.^{۴۲}

بیمارستانی و نظارت بر اجرای آن‌ها می‌تواند به ارتقای سطح آمادگی و پاسخگویی بیمارستان‌ها در حوادث و بلایا کمک کند.

این مقاله استانداردهای اعتباربخشی جامعی را براساس تجارب بین‌المللی و نظرات متخصصین این حوزه، قوانین و اسناد بین‌المللی برای تمام مخاطرات معرفی نموده است. با توجه به این‌که این استانداردها منطبق با اصول مدیریت خطر حوادث و بلایا و تجربیات بین‌المللی است، برای توسعه استانداردهای ایران و سایر کشورها قابل استفاده است.

این پژوهش با استفاده از مطالعه مرور تطبیقی و نظر خبرگان استانداردهایی برای اعتباربخشی مدیریت خطر حوادث و بلایا ارائه کرده است. سایر پژوهشگران می‌توانند با استفاده از این استانداردها به ارزشیابی مدیریت خطر حوادث و بلایا در بیمارستان‌های کشور اقدام کنند.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل بخشی از رساله دکتری با عنوان "طراحی مدل اعتباربخشی مدیریت خطر حوادث و بلایا در بیمارستان‌های ایران" در دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی در سال ۱۳۹۶ با کد اخلاق IR.USWR.REC.1396.290 است. نویسندگان مقاله از مشارکت متخصصان در اعتبارسنجی استانداردهای پیشنهادی کمال تشکر و قدردانی را دارند. همچنین، از داوران محترمی که با نظرات سازنده خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، بسیار تشکر می‌شود.

اولویت بیشتری برای تدوین استانداردها دارد. توجه به کارکنان و بازیابی سلامت روانی آن‌ها نیز جزو محورهایی است که مورد غفلت قرار گرفته است.^{۳۳}

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که کشورهای توسعه‌یافته و پیشرفته در اعتباربخشی بیمارستانی از استانداردهای کاملی در موضوع مدیریت خطر حوادث و بلایا برخوردار هستند. در مقابل، کشورهای در حال توسعه نیاز به بازنگری و توسعه استانداردها در محورهای آمادگی، پاسخ و بازیابی دارند.

با توجه به کامل بودن استانداردها و مدل اعتباربخشی ملی آمریکا می‌توان از آن به‌عنوان الگویی برای تدوین استانداردهای بومی بیمارستانی مدیریت خطر حوادث و بلایا استفاده کرد. تعداد ۲۷ استاندارد از این مطالعه استخراج شد و روایی آن نیز تایید شد که می‌تواند مبنایی برای تدوین و توسعه استانداردها و سنجش‌های اعتباربخشی مدیریت خطر حوادث و بلایا در دور سوم اعتباربخشی بیمارستانی ایران باشد.

نتیجه‌گیری: استانداردهای اعتباربخشی مدیریت خطر حوادث و بلایا ایران و کشورهای در حال توسعه نیاز به بازنگری در محورهای آمادگی، پاسخ و بازیابی دارند. الگوبرداری و بومی‌سازی استانداردهای بین‌المللی، توجه به رویکردهای بین‌المللی، اختصاص محور مستقل مدیریت خطر حوادث و بلایا در اعتباربخشی

References

- Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, Disasters 2019: Year in Review.
- Khankeh H, Masoumi G, Maher A. National Hospital Disaster Risk Management Program Based on Accreditation Indicators. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2018. [Persian]
- Koenig KL, Schultz CH. Koenig and Schultz's Disaster Medicine: Comprehensive Principles and Practices: Cambridge University Press; 2016.
- Shaw R. Community-Based Disaster Risk Reduction: Emerald Group Publishing; 2012.
- Baas S, Ramamasy S, Dey de Pryck J, Battista F. Disaster risk management systems analysis: A guide book. 2008.
- Ciotton GR, Biddinger PD, Darling RG, Fares S, Keim ME, Molloy MS, et al. Ciotton's Disaster Medicine: Elsevier Health Sciences; 2015.
- Mosadeghrad AM. Factors affecting medical service quality. *Iran J Public Health* 2014;43(2):210-20. [Persian]
- Asefzadeh S, Rajaei R, Ghamari F, Kalhor R, Gholami S. Preparedness of Iranian hospitals against disasters. *Biotechnol Health Sci* 2016;3(3):1-6. [Persian]
- Vahedparast H, Ravanipour M, Hajinezhad F, Kamali F, Gharibi T, Bagherzadeh R. Assessing hospital disaster preparedness of bushehr province. *ISMJ* 2013;16(1):69-76. [Persian]
- Ardalan A, Kandi M, Talebian MT, Khankeh H, Masoumi G, Mohammadi R, et al. Hospitals safety from disasters in IR Iran: the results from assessment of 224 hospitals. *PLoS Curr* 2014;6.
- Khankeh H, Mosadeghrad AM, Abbasabadi Arab M. Developing Accreditation Standards for Disaster Risk Management: An Approach for Hospital Preparedness Improvement—Editorial. *J Mil Med* 2019;20(6):574-6. [Persian]
- Alexander D. Towards the development of a standard in emergency planning. *Disaster Prev Manag Int J* 2005;14(2):158-75.
- Mosadeghrad AM. Hospital accreditation: The good, the bad, and the ugly. *Int J Healthc Manag* 2020;1-5.
- Mosadeghrad AM, Akbari Sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of accreditation effects in hospitals. *Tehran Univ Med J* 2019;76(12):804-12. [Persian]
- Mosadeghrad AM, Akbari-Sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation in Tehran. *Tehran Univ Med J* 2018;76(5):354-9. [Persian]
- Mosadeghrad AM. Comments on Iran hospital accreditation system. *Iran J Public Health* 2016;45(6):837-42.
- Ghazanfari F, Mosadeghrad AM, Jaafari Pooyan E, Mobaraki H. Iran hospital accreditation standards: challenges and solutions. *Int J Health Plann Manage* 2021;36(3):958-75.

18. Mosadeghrad AM, Akbari Sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. *Tehran Univ Med J* 2017;75(4):288-98. [Persian]
19. Sauer LM, McCarthy ML, Knebel A, Brewster P. Major influences on hospital emergency management and disaster preparedness. *Disaster Med Public Health Prep* 2009;3(S1):S68-S73.
20. Wise RA. The creation of emergency health care standards for catastrophic events. *Acad Emerg Med* 2006;13(11):1150-2.
21. Christian MD, Kollek D, Schwartz B. Emergency preparedness: what every health care worker needs to know. *Canadian J Emerg Med* 2005;7(5):330-7.
22. Homma M. Development of the Japanese national disaster medical system and experiences during the great east Japan earthquake. *Yonago Acta Med* 2015;58(2):53.
23. Jafari G, Khalifegari S, Danaei K, Dolatshahi P, Ramezani M. Hospital accreditation standards in Iran, Tehran. *Seda Publication* 2010. [Persian]
24. Babones SJ. *Methods for Quantitative Macro-Comparative Research*. Sage Publications; 2013.
25. ISQua. *Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards*. 4th Edition ed: International society for quality in health care; 2015.
26. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Pers psychol* 1975;28(4):563-75.
27. Waltz CF, Bausell RB. *Nursing Research: Design, Statistics, and Computer Analysis*: FA Davis Company; 1981.
28. Organization WH. *Quality and accreditation in health care services: A global review*. Geneva: WHO; 2003
29. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 6th edition. Joint Commission. 2017.
30. Accreditation Canada Standards. Accreditation Canada. 2015. Available from: <https://accreditation.ca/>. [Access date 12 August 2021].
31. History of hospital accreditation in India. National Accreditation Board for Hospitals & Healthcare. Available from: <http://nabh.co/international/faq.html>. [Access date 12 August 2021].
32. Yildiz A, Kaya S. Perceptions of nurses on the impact of accreditation on quality of care: A survey in a hospital in Turkey. *Clin Gov Int J* 2014.
33. Arab MA, Khankeh HR, Mosadeghrad AM, Farrokhi M. Developing a hospital disaster risk management evaluation model. *Risk Manag Healthc Policy* 2019;12:287.
34. Khankeh H, Kolivand P, Fathi M, Lornejad H, Abbasabadi-Arab M. Risk Assessment of Covid-19 in the Iranian Health System: A Brief Report. *Disaster Med Public Health Prep* 2021:1-2.
35. Adelaine SA, Shoaf K, Harvey C. An Assessment of Collaboration and Disasters: A Hospital Perspective. *Prehosp Disaster Med* 2016;31(2):121-5.
36. Nations U, editor Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030. Thied United Nations World Conference on Disaster Risk Reduction (WCDRR) -Resilient People Resilient Planet; 2015.
37. Wang Q, Ma T, Hanson J, Larranaga M. Application of incident command system in emergency response. *Process Safety Progress* 2012;31(4):402-6.
38. Hosseini SH, Amanat N, Ghanbari V, Nakhaee M, Abbasabadi M, Najafi M, et al. Community-based management challenges in disaster risk reduction: a content analysis in Iran. *Health Emerg Disasters* 2017;2(2):63-70.

Development of hospital disaster risk management accreditation standards

Abstract

Received: 24 Apr. 2021 Revised: 01 May. 2021 Accepted: 16 Sep. 2021 Available online: 23 Sep. 2021

Masoumeh Abbasabadi-Arab
Ph.D.^{1*}
Ali Mohammad Mosadeghrad
Ph.D.²
Hamid Reza Khankeh Ph.D.³
Akbar Biglarian Ph.D.⁴

1- National Medical Emergency Organization, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

2- Department of Health Management and Economics, Health Information Management Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Health in Emergency and Disaster Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Background: The preparedness and safety of hospitals in disasters are essential to maintain the health and survival of the community. Numerous studies have shown that the level of preparedness of Iranian hospitals is moderate and low. Lack of comprehensive hospital standards for disaster preparedness is one of the reasons. This study aimed to develop hospital accreditation standards for hospital disaster risk management.

Methods: This comparative study was conducted between April and September 2016. Hospital disaster risk management accreditation standards were extracted from the hospital accreditation standards of 11 countries including the United States, Canada, Australia, Malaysia, India, Thailand, Egypt, Turkey, Saudi Arabia, Denmark and Iran. Overall, 27 hospital disaster risk management accreditation standards were introduced. The opinions of 22 disaster risk management experts were used to assess the content validity of the proposed disaster risk management accreditation standards.

Results: Differences were observed in the quality and quantity of those countries' disaster risk management standards. The national accreditation standards of the United States, Australia, and Canada had comprehensive standards and covered all aspects of the disaster risk management cycle. Finally, 27 standards were proposed for developing Iranian hospitals' disaster risk management accreditation standards. The CVI & CVR validity of the proposed standards were acceptable.

There were significant differences in the quantity and quality of hospital disaster risk management accreditation standards in selected countries. The most comprehensive standards belonged to the US National Standards (12 standards and 113 sub-standards), followed by the Australian and Canadian accreditation standards. The accreditation standards of the developing countries and Iran were not comprehensive and did not meet the international goals of disaster risk management. The proposed hospital disaster risk management accreditation standards had high content validity.

Conclusion: Disaster risk management accreditation standards in Iran and developing countries need to be revised and upgraded. Comprehensive standards based on international experiences and expert opinions were introduced in this study that can be used to develop hospital accreditation standards in Iran and other countries.

Keywords: accreditation, disaster risk, hospital, management, standard.

* Corresponding author: Department of Disaster Risk Management, National Emergency Medical organization, Ministry of Health and medical education.
Tel: +98-21-49231851
E-mail: m.abasabadi85@yahoo.com

