

سازگارسازی استانداردهای اعتباربخشی ملی با ساختار عملکردی بیمارستان‌های ایران برای بیمارستان‌های کوچک: یک مطالعه ترکیبی

علی غفاریان^{۱*}، اعظم چراغی^۲، مسعود فردوسی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: در ایران و در سالیان اخیر، ملاک اعتباربخشی بیمارستان‌ها، نسل پنجم راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بوده است که برای همه انواع بیمارستان‌ها از نظر اندازه به طور یکسان استفاده می‌گردد. هدف این پژوهش، سازگارسازی و انطباق راهنمای مذکور با ساختار عملکردی بیمارستان‌های کوچک بود.

روش‌ها: این پژوهش، یک مطالعه‌ی ترکیبی از نوع متوالی اکتشافی بود که در دو فاز انجام شد. فاز اول (فاز کیفی) مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختار یافته با ۲۲ نفر مشارکت کننده شامل مدیران داخلی و مدیران بهبود کیفیت بیمارستان‌های هدف، ارزیابان کشوری اعتباربخشی و کارشناسان مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. در فاز دوم (فاز کمی) برای اعتبارسنجی یافته‌های به دست آمده، از پنل خبرگان و تکنیک دلفی تعدیل شده استفاده شد.

یافته‌ها: راهنمای جامع اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران (ویرایش پنجم)، ۵۰۵ سنجه دارد که مطابق یافته‌های این پژوهش، ۸۲ مورد آن (معادل ۱۶/۲ درصد) برای بیمارستان کوچک قابل حذف یا قابل ویرایش‌اند. از این تعداد، ۷۱ سنجه قابلیت حذف و ۱۱ سنجه، قابلیت ویرایش دارند. دلایل اصلی حذف/ویرایش سنجه‌ها، محدودیت‌های فیزیکی و ساختمانی این بیمارستان‌ها، فقدان کادر درمان به خصوص پزشکان متخصص و همچنین نداشتن تجهیزات پزشکی بود.

نتیجه‌گیری: با در نظر گرفتن ویژگی‌های خاص بیمارستان‌های کوچک، می‌توان نسل پنجم راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی را بازنویسی کرد. این اقدام می‌تواند فرایند اعتباربخشی را تسهیل کرده و هزینه‌های اضافی را کاهش دهد.

واژگان کلیدی: اعتباربخشی بیمارستانی؛ بیمارستان کوچک؛ پژوهش ترکیبی؛ سازگارسازی

ارجاع: غفاریان علی، چراغی اعظم، فردوسی مسعود. سازگارسازی استانداردهای اعتباربخشی ملی با ساختار عملکردی بیمارستان‌های ایران برای بیمارستان‌های کوچک: یک مطالعه ترکیبی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۵۷): ۴۷۰-۴۷۸.

مقدمه

بیمارستان‌ها به عنوان مراکز حیاتی ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی، نقش اساسی در تشخیص و درمان بیماری‌ها، حفظ سلامت جامعه و ارتقاء کیفیت زندگی افراد ایفا می‌کنند (۱). در تقسیم‌بندی انواع بیمارستان‌ها، از ملاک‌های چندگانه‌ای استفاده می‌شود، نظیر: «تعداد تخت بستری» و «نوع فعالیت» بیمارستان. بر اساس «تعداد تخت»، انواع بیمارستان‌ها عبارت‌اند از: کوچک، متوسط، بزرگ، خیلی بزرگ و مجتمع بیمارستانی (۲). بیمارستان کوچک تعاریف متعددی دارد. «نظام

ملی سلامت» (National Health Services) NHS انگلستان، بیمارستان‌های زیر ۴۰۰ تخت را به عنوان بیمارستان کوچک تعریف کرده است (۳)، درحالی‌که «بورد اعتباربخشی ملی هندوستان برای بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت»، تعداد ۵۰ تخت و کمتر را در تعریف بیمارستان کوچک در نظر دارد (۴). در سالنامه‌ی آمار و اطلاعات بیمارستانی منتشر شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، بیمارستان‌ها از نظر اندازه، به هشت دسته تقسیم‌بندی شده‌اند که کوچکترین دسته، بیمارستان‌های تا ۳۲ تخت

۱- دانش‌آموخته دکترای تخصصی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

۲- کارشناسی اشد، اداره اعتباربخشی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: مسعود فردوسی: استاد، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: ferdosi1348@yahoo.com

خواهی هستند. بر اساس سالنامه‌ی مذکور، از مجموع ۱۰۶۶ بیمارستان فعال در ایران، ۱۱۱ بیمارستان (۱۰/۴ درصد)، ۳۲ تختخوابی و کمتر هستند (۵). بنابراین، ارزیابی و اعتباربخشی منظم در این بیمارستان‌ها برای تضمین کیفیت خدمات و بهبود مستمر آن‌ها ضروری است.

نوع مشتریان و ویژگی‌های خدمات بیمارستان‌ها، صرف‌نظر از اندازه‌ی آن‌ها، ضرورت ایجاد یک نظام برنامه‌ریزی، بهبود و ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد (۶). اعتباربخشی به‌عنوان یکی از سازوکارهای مؤثر در ارتقاء کیفیت خدمات درمانی، به معنای ارزیابی منظم مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی بر اساس استانداردهای مشخص برای اطمینان از عملکرد صحیح آن‌ها تعریف می‌شود (۷، ۸). بسیاری از کشورها به‌منظور بهبود خدمات، نظام اعتباربخشی ملی خود را ایجاد کرده‌اند. به‌عنوان مثال، در ایالات متحده، بیمارستان‌ها برای ورود به برنامه‌ی «مدیکر» (Medicare) ملزم به رعایت استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی هستند (۹). در این میان، یکی از مهم‌ترین چالش‌ها، تطابق استانداردهای اعتباربخشی با ساختار و نیازهای خاص بیمارستان‌های کوچک است که نقش کلیدی در اجرای مؤثر فرایندهای ارزیابی و توسعه‌ی پایدار این مراکز دارد.

اعتباربخشی، همانند سایر مداخلات و برنامه‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت، نیازمند ارزیابی و تحلیل علمی دقیق است. این فرآیند همچنین با محدودیت‌ها و چالش‌هایی روبروست که در پژوهش‌های متعدد مورد بررسی قرار گرفته است (۱۰-۱۲). ازجمله این چالش‌ها، استفاده از استانداردهای اعتباربخشی یکسان برای همه انواع بیمارستان‌هاست (۱۰، ۱۲، ۱۳). استانداردهای اعتباربخشی یکسان برای بیمارستان‌های بزرگ و کوچک، یکی از دلایل انحراف بیمارستان‌های کوچک از مسیر توسعه درست است. این امر، بیمارستان‌های کوچک را به دردرس می‌اندازد و آن‌ها را وادار می‌کند که برای کسب امتیازات لازم، هزینه‌های جانبی زیادی را متحمل شوند. هزینه‌هایی که حتی اگر برای یک بیمارستان بزرگ لازم باشد، برای یک بیمارستان کوچک منطقی نیست. به‌طور مثال، ساخت محل و خرید تجهیزات بی‌خطرسازی پسماندهای بیمارستانی با روش اتوکلاو در یک بیمارستان کوچک، هزینه‌ای تقریباً برابر یک بیمارستان متوسط یا بزرگ دارد؛ درحالی‌که این‌همه هزینه برای یک بیمارستان کوچک به‌راحتی قابل توجیه نیست. نظیر همین خطای راهبردی در سایر زمینه‌های غیر هزینه‌ای نیز قابل‌شناسایی است. مثلاً درباره کمیته‌های بیمارستانی (۱۴). تجربیات کشورهای هند و استرالیا در تدوین و اجرای استانداردهای خاص برای بیمارستان‌های کوچک، نشان‌دهنده‌ی اهمیت سازگاری استانداردهای اعتباربخشی با نیازهای محلی و اندازه‌ی این مراکز است.

در طول دهه‌ی گذشته، سازمان‌های اعتباربخشی کشورهای هند و استرالیا، اقدام به تدوین و انتشار استانداردهای اعتباربخشی اختصاصی

برای بیمارستان‌های کوچک نموده‌اند (۱۵، ۱۶) که نتیجه‌ی آن بهبود چشمگیر در کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌های غیرضروری بوده است. به‌عنوان مثال، در استرالیا، استانداردهای خاص برای بیمارستان‌های کوچک و مناطق روستایی طراحی شده است که بر نیازهای خاص این مراکز تمرکز دارد. این استانداردها، با ارزیابی دقیق‌تر از منابع و شرایط عملیاتی، توانسته است فرایندهای درمانی را بهبود بخشیده و رضایت بیماران را افزایش دهد (۱۵).

همچنین، در هند، استانداردهای اعتباربخشی برای بیمارستان‌های کوچک بر توسعه قابلیت‌های محلی و بهبود نیم‌رخ‌سازی خدمات تمرکز کرده‌اند، که منجر به کاهش هزینه‌های کلان و افزایش اثربخشی سیستم‌های سلامت محلی شده است (۱۶). نتایج این تجربیات نشان می‌دهد که استانداردهای اختصاصی، با سازگاری بیشتری با شرایط عملیاتی، توانسته‌اند میزان خطاهای پزشکی، هزینه‌های غیرضروری، و زمان انتظار بیماران را کاهش دهند و این، در نهایت، نفع‌های اقتصادی و کیفیتی قابل توجهی را به همراه داشته است.

اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران از سال ۱۳۹۱ شروع شده است. طی دوره‌های مختلف اعتباربخشی، تعداد و محتوای استلزامات و سنج‌های اعتباربخشی با توجه به بازخوردها و تجارب کسب شده، دستخوش تغییرات شده‌اند (۱۷، ۱۸). آخرین ویرایش راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران (نسخه مورد استاندارد دور پنجم و ششم اعتباربخشی ملی) در سال ۱۴۰۱ ابلاغ شد (۱۹). با توجه به چالش ذکر شده، هدف پژوهش حاضر، سازگارسازی و انطباق راهنمای مذکور با ساختار عملکردی بیمارستان‌های کوچک از طریق بازنگری کامل آن بود.

روش‌ها

این پژوهش از نوع ترکیبی متوالی اکتشافی بود که در دو فاز انجام شد.

فاز اول (کیفی)

جامعه پژوهش:

در فاز اول (کیفی توصیفی) با افراد آگاه در زمینه‌ی اعتباربخشی بیمارستانی مصاحبه گردید. مشارکت‌کنندگان شامل مدیران داخلی و مدیران بهبود کیفیت بیمارستان‌ها، ارزیابان کشوری اعتباربخشی و کارشناسان ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع (از نظر جغرافیایی و پست سازمانی) انتخاب شدند. معیارهای ورود به این فاز، شامل حداقل پنج سال سابقه‌ی کار، درگیر بودن با مسئله اعتباربخشی بیمارستان و گذراندن دوره‌های آموزشی اعتباربخشی بود.

روش گردآوری داده‌ها:

روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته بود. در

مجموع با ۲۲ نفر مصاحبه انجام شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه داشت. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۵ تا ۵۰ دقیقه بود. سؤالات اصلی مصاحبه عبارت بودند از: ۱- کدام سنجه‌های راهنمای جامع اعتباربخشی (نسل پنجم) را برای بیمارستان‌های کوچک (۳۲ تختخوابی و کمتر) می‌توان حذف کرد و به چه دلیل؟ ۲- کدام سنجه‌های راهنمای جامع اعتباربخشی (نسل پنجم) برای بیمارستان‌های کوچک (۳۲ تختخوابی و کمتر) قابلیت ویرایش دارند و به چه دلیل؟

با توجه به حجم بالای کتاب راهنمای جامع اعتباربخشی، در راهنمای مصاحبه‌ای که دو هفته قبل از برگزاری جلسه‌ی مصاحبه برای مصاحبه‌شوندگان ارسال می‌گردید، از آنان خواسته می‌شد که لیست سنجه‌های قابل حذف و قابل ویرایش را برای روز مصاحبه آماده نمایند.

روش تحلیل داده‌ها:

برای تحلیل داده‌های کیفی، از روش تحلیل موضوعی شش مرحله‌ای «براون و کلارک» استفاده شد (۲۰). محتوای مصاحبه‌ها چندین بار مرور شدند تا شناخت کاملی نسبت به جوانب مختلف داده‌ها به دست آید. کدهای اولیه در متن مصاحبه‌ها شناسایی و استخراج شدند. کدهای مشابه و دارای معنای نزدیک، در درونمایه‌های فرعی و در نهایت در تم‌های اصلی جایگذاری شدند. درونمایه‌های اصلی و فرعی چندبار مرور و در صورت نیاز، ترکیب، تعدیل و تفکیک شدند تا یک نقشه موضوعی منطقی از روابط بین درونمایه‌های اصلی و فرعی ایجاد شود. سپس تم‌های اصلی و فرعی نامگذاری و تعریف عملیاتی شدند. برای انجام موارد فوق‌الذکر، از نسخه‌ی ۲۰ نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد.

در نهایت با توجه به سؤال‌های پژوهش و استفاده از کدهای شناسایی شده و نقل قول‌های مرتبط مصاحبه‌شوندگان، درونمایه‌های اصلی و فرعی به صورت گزارش آماده شد. برای افزایش اعتبار داده‌های گردآوری شده، از چهار معیار روایی، پایایی، تأییدپذیری و قابلیت انتقال براساس معیارهای پیشنهاد شده «Lincoln و Guba» استفاده شد (۲۱).

فاز دوم (کمی)

پنل خبرگان:

یافته‌های حاصل از فاز اول پژوهش، ابتدا در یک جلسه پانل خبرگان بررسی شدند. اعضا پانل مذکور، دو نفر از اعضای هیأت علمی رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و سه نفر از ارزیابان کشوری اعتباربخشی (مجموعاً پنج نفر) بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع (از نظر جغرافیایی) انتخاب شدند.

دلفی:

پس از جرح و تعدیل، یافته‌ها وارد دور اول دلفی شدند. در این پژوهش از تکنیک دلفی کلاسیک تعدیل شده استفاده گردید. در این

نوع دلفی، یک مدل اولیه که از مراحل گذشته پژوهش استخراج شده به پنل کارشناسان ارائه می‌گردد (۲۲). دو دور دلفی انجام شد. مشارکت‌کنندگان در دور اول دلفی، ۲۸ نفر شامل مدیران داخلی، مدیران بهبود کیفیت و سوپروایزران بالینی بیمارستان‌ها بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع (از نظر جغرافیایی و پست سازمانی) انتخاب شدند. معیارهای ورود به جلسات دلفی داشتن حداقل دو دور سابقه‌ی حضور در اعتباربخشی درمانی به عنوان کارمند بیمارستان و یا ارزیاب کشوری بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این مرحله، پرسشنامه محقق ساخته بود. این پرسشنامه مشتمل بر دو قسمت بود و برای امتیازدهی از مقیاس لیکرت ۹ تایی استفاده شد (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم). به غیر از سؤالات جمعیت‌شناختی، قسمت دیگر، خروجی پنل خبرگان برگزار شده بود. برای تأیید روایی، ابزار گردآوری داده به تأیید چهار نفر از اساتید مدیریت خدمات بهداشتی درمانی رسید. برای پایایی پرسشنامه هم از چهار نفر از اساتید و مصاحبه‌شوندگان خواسته شد که میزان ارتباط هر کدام از گویه‌ها را با پیشنهادات استخراج شده از ۱ تا ۷ نمره دهند. در نهایت از ضریب آلفای کرونباخ برای میزان پایایی استفاده شد. ضریب آلفای استلندارد شده بدست آمده برابر با ۰/۹۱۷ بود که بیانگر پایایی پرسشنامه بود. نتایج، در قالب پرسشنامه‌ای، مشابه دور اول، برای مشارکت‌کنندگان در دور دوم دلفی که ۲۱ نفر بودند، ارسال شد. این مقاله منتج از پایان‌نامه مقطع دکتری در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.NUREMA.REC.1401.082 است.

یافته‌ها

فاز اول:

چهار مدیر داخلی، سه مدیر بهبود کیفیت، ۱۰ نفر از ارزیابان کشوری اعتباربخشی درمانی و پنج نفر از کارشناسان ستادی، شاغل در دفتر نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان وزارت بهداشت، به روش هدفمند وارد مطالعه شدند. دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان ۲۴ تا ۵۵ سال و سابقه‌ی کاری حداقل ۵ و حداکثر ۲۶ سال بود (جدول ۱).

از مجموع ۵۰۵ سنجه راهنمای جامع اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران (نسل پنجم)، ۸۲ مورد آن (معادل ۱۶/۲ درصد)، برای بیمارستان کوچک قابل حذف یا قابل ویرایش هستند. از این تعداد، ۷۱ سنجه قابلیت حذف داشتند (جدول ۲). بیشترین تعداد سنجه‌های قابل حذف به ترتیب مربوط به سه محور مراقبت‌های جراحی بیهوشی، مراقبت‌های مادر و نوزاد و مراقبت‌های حاد و اورژانس بود. پس از بررسی نظرات مصاحبه‌شوندگان، کدگذاری و تحلیل موضوعی، در نهایت، دلایل حذف/ویرایش سنجه‌های پیشنهادی در قالب ۳ مضمون اصلی و ۶ مضمون فرعی شناسایی گردید و کدهای هر مصاحبه در دسته مربوط

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه شونده‌گان

متغیر	گروه	تعداد
سن	کمتر از ۳۰ سال	۳
	۳۰-۴۰ سال	۸
	۴۱-۵۰ سال	۷
	بیشتر از ۵۰ سال	۴
جنس	زن	۱۲
	مرد	۱۰
پست سازمانی	مدیر بهبود کیفیت	۳
	مدیر داخلی	۴
	ارزیاب کشوری	۱۰
	کارشناس وزارت بهداشت	۵
رشته تحصیلی	مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی	۸
	پرستاری	۹
	پزشکی	۲
	اقتصاد سلامت	۲
	سایر	۱
سابقه‌ی کاری	کمتر از ۱۰ سال	۵
	سال ۱۵-۱۰	۴
	سال ۲۰-۱۵	۸
	بیشتر از ۲۰ سال	۵

قرار گرفت (جدول ۳). دلایل اصلی بیان شده برای حذف سنجها، فعال نبودن بعضی بخش‌های بستری به دلیل محدودیت‌های فیزیکی و ساختمانی این بیمارستان‌ها و همچنین فقدان کادر درمان به خصوص پزشکان متخصص و نداشتن تجهیزات پزشکی بود.

تعداد ۱۱ سنجه برای بیمارستان‌های کوچک از جانب مصاحبه‌شوندگان، قابل ویرایش معرفی شدند (جدول ۴). بیشترین سنجه‌های قابل ویرایش، مربوط به محور رهبری و مدیریت کیفیت بود.

فاز دوم:

پس از تحلیل یافته‌های به‌دست آمده از مرحله‌ی اول پژوهش، اعضاء پنل خبرگان به این جمع‌بندی رسیدند که با توجه به روشنی توجیه حذف سنجه‌های مربوط به بیمارستان‌های کوچک (برای مثال، حذف سنجه‌های مرتبط با بخش‌های ویژه در بیمارستان‌هایی که فاقد این بخش‌ها هستند)، نیازی به مطرح شدن این سنجه‌ها در مرحله دلفی وجود ندارد. بنابراین، ۱۱ سنجه‌ی پیشنهادی که قابلیت ویرایش داشتند در قالب پرسشنامه‌ی محق ساخته وارد دور اول دلفی شدند. مشارکت‌کنندگان در این دور، سوپروایزران، مدیران بهبود کیفیت و مدیران داخلی بیمارستان بودند که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند (جدول ۵).

جدول ۲. شماره‌ی سنجه‌های قابل حذف به ترتیب فهرست راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی (نسخه‌ی مورد استناد دور پنجم)

ردیف	شماره سنجه	ردیف	شماره سنجه	ردیف	شماره سنجه	ردیف	شماره سنجه
۱	الف-۱-۲-۸	۲۰	ب-۲-۱-۵	۳۹	ب-۳-۲-۴	۵۸	ب-۶-۲-۵
۲	الف-۱-۴-۸	۲۱	ب-۲-۱-۶	۴۰	ب-۳-۳-۳	۵۹	ب-۶-۲-۸
۳	الف-۱-۱۲-۱	۲۲	ب-۲-۱-۷	۴۱	ب-۴-۱-۲	۶۰	ب-۶-۵-۱
۴	الف-۱-۱۲-۲	۲۳	ب-۲-۶-۴	۴۲	ب-۴-۱-۳	۶۱	ب-۷-۱-۲
۵	الف-۱-۱۲-۳	۲۴	ب-۲-۶-۵	۴۳	ب-۴-۱-۴	۶۲	ب-۷-۳-۶
۶	الف-۱-۱۲-۴	۲۵	ب-۳-۱-۱	۴۴	ب-۴-۲-۲	۶۳	ب-۱۰-۴-۸
۷	الف-۲-۲-۳	۲۶	ب-۳-۱-۲	۴۵	ب-۴-۲-۳	۶۴	ب-۱۰-۴-۹
۸	الف-۲-۲-۴	۲۷	ب-۳-۱-۳	۴۶	ب-۴-۲-۴	۶۵	ب-۱۰-۴-۱۰
۹	الف-۶-۴-۶	۲۸	ب-۳-۱-۴	۴۷	ب-۴-۳-۱	۶۶	ب-۱۰-۴-۱۱
۱۰	الف-۶-۴-۱۰	۲۹	ب-۳-۱-۵	۴۸	ب-۴-۳-۲	۶۷	ب-۱۰-۴-۱۲
۱۱	الف-۶-۴-۱۱	۳۰	ب-۳-۱-۶	۴۹	ب-۴-۳-۳	۶۸	ب-۱۰-۴-۱۳
۱۲	الف-۶-۶-۱	۳۱	ب-۳-۱-۷	۵۰	ب-۴-۳-۴	۶۹	ب-۱۰-۵-۱
۱۳	الف-۶-۶-۲	۳۲	ب-۳-۱-۸	۵۱	ب-۴-۳-۵	۷۰	ج-۱-۳-۲
۱۴	ب-۱-۷-۲	۳۳	ب-۳-۲-۱	۵۲	ب-۴-۳-۶	۷۱	ج-۱-۳-۳
۱۵	ب-۱-۷-۴	۳۴	ب-۳-۲-۲	۵۳	ب-۴-۴-۱		
۱۶	ب-۱-۱-۲	۳۵	ب-۳-۲-۳	۵۴	ب-۴-۴-۲		
۱۷	ب-۱-۱-۲	۳۶	ب-۳-۳-۱	۵۵	ب-۴-۴-۳		
۱۸	ب-۱-۲-۳	۳۷	ب-۳-۳-۲	۵۶	ب-۴-۵-۲		
۱۹	ب-۱-۲-۴	۳۸	ب-۴-۱-۳	۵۷	ب-۴-۵-۳		

جدول ۳. دلایل ارائه شده از جانب مصاحبه‌شوندگان برای حذف/ویرایش سنجه‌ها

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کد
ساختاری	ساختمانی	غیرفعال بودن اتاق عمل
	فرایندی	غیرفعال بودن بخش‌های ویژه فقدان خدمات اسکوپ نداشتن خدمات تصویربرداری پیشرفته
منابع انسانی	ملزومات مربوط به نیروی انسانی	فقدان پزشک متخصص چند پست داشتن برخی کارکنان امکانات رفاهی ناکافی
	نیازهای آموزشی و توسعه حرفه‌ای	بعد مسافت کلاس‌های حضوری بودجه آموزشی ناکافی
تجهیزاتی	کمبود تجهیزات پزشکی	تجهیزات پزشکی ناکافی در اتاق عمل تجهیزات پزشکی ناکافی در بخش‌های ویژه
	مدیریت پسماند	تحمل هزینه به دلیل گرانی دستگاه بی‌خطر ساز امکان عقد قرارداد همکاری با شهرداری‌ها

جدول ۴: شماره‌ی سنجه‌های قابل ویرایش به ترتیب فهرست راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی (نسخه مورد استناد دور پنجم) و متن پیشنهاد اصلاحی

ردیف	شماره سنجه	پیشنهاد اصلاحی
۱	الف-۱-۴-۲	برخی از فرایندهای اصلی یک بیمارستان کوچک می‌توانند باهم تلفیق شوند (به عنوان مثال، به جای تعریف دو فرایند مجزای پذیرش و اعزام، این دو فرایند در قالب یک فرایند شناسایی شوند).
۲	الف-۱-۵-۱	در بیمارستان‌های کوچک، به دلیل چند پست بودن برخی کارکنان، علاوه بر موارد ذکر شده در راهنما، می‌توان کمیته‌ها را در هم ادغام نمود (به عنوان مثال کمیته پایش و سنجش کیفیت و کمیته اخلاق بالینی ادغام شوند).
۳	الف-۱-۷-۹	در بیمارستان‌های کوچک، به دلیل محدودیت منابع مالی و تجهیزاتی، احتمال اختلال / تأخیر در روند ارائه خدمات وجود دارد.
۴	الف-۱-۱۰-۱	از آن جا که بسیاری از بیمارستان‌های کوچک به دلیل مشکلات مالی و قرار گرفتن در شهرستان‌های حاشیه استان معمولاً برای انتخاب پیمانکار گزینه‌های چندانی در دسترس ندارند، سطح استاندارد مربوط به پیمانکاران از سطح یک (سنجه‌های با امکان تحقق بالا) به سطح دو (سنجه‌های با امکان تحقق متوسط) تغییر پیدا کند.
۵	الف-۳-۱-۲	با توجه به مشکلات مالی بیمارستان‌های کوچک دانشگاهی، لزوم تخصیص بودجه آموزشی کارکنان از طرف دانشگاه می‌تواند در سنجه‌ها ذکر شود. همچنین به دلیل دسترسی پایین و امکانات محدود برخی بیمارستان‌های کوچک به مراکز استان که معمولاً برگزار کننده دوره‌های آموزشی هستند، تأکید بیشتری بر دوره‌های آموزشی مبتنی بر وب/مجازی برای این بیمارستان‌ها شود.
۶	الف-۳-۴-۶	می‌توان حداقل امکانات رفاهی برای کارکنان را در سنجه‌ها تعیین کرد.
۷	الف-۴-۳-۴	تفاهم‌نامه با نزدیک‌ترین بیمارستان جنرال برای اعزام و دریافت سرویس (حمایت تشخیصی و تسهیل ارجاع) منعقد گردد.
۸	الف-۵-۳-۵	اکثر بیمارستان‌های کوچک با محدودیت فضای فیزیکی مواجه هستند. در راستای استفاده بهینه از فضاها در بیمارستان‌های مذکور، تبدیل بایگانی فیزیکی به الکترونیک می‌تواند یک الزام باشد.
۹	الف-۶-۴-۴	سنجه‌های مربوط به استاندارد دفع پسماند برای بیمارستان کوچک می‌تواند تغییر کنند (به جای تحمیل هزینه اضافه برای خرید دستگاه بی‌خطر ساز، از روش‌های جایگزین مانند همکاری با شهرداری یا سایر بیمارستان‌ها برای بی‌خطر سازی استفاده گردد).
۱۰	الف-۷-۴-۱	در بیشتر بیمارستان‌های کوچک، به جای بخش دیالیز از دستگاه دیالیز پرتابل برای بیماران بستری استفاده می‌شود. استاندارد خدمات دیالیز برای این بیمارستان‌های کوچک می‌تواند با توجه به شرایط ویرایش گردد.
۱۱	الف-۷-۴-۲	در بیشتر بیمارستان‌های کوچک، به جای بخش دیالیز از دستگاه دیالیز پرتابل برای بیماران بستری استفاده می‌شود. استاندارد خدمات دیالیز برای این بیمارستان‌های کوچک می‌تواند با توجه به شرایط ویرایش گردد.

پیگیری‌های مداوم تیم پژوهش، دور اول دلفی با جمع‌آوری ۲۸ پرسشنامه به پایان رسید (نرخ پاسخ‌دهی: ۸۰ درصد). برای تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی و میانگین رتبه)

لینک پرسشنامه از طریق فضای مجازی (ایمیل و شبکه‌های اجتماعی) برای ۳۵ نفر از افراد واجد معیارهای ورود ارسال شد. پس از دادن یک زمان سه هفته‌ای به افراد برای تکمیل پرسشنامه و

به ترتیب ۱۴۹ و ۲۶۵ سنجه است. با توجه به همپوشانی استانداردهای هر سه راهنمای مذکور، تعداد بالاتر سنجه های راهنمای اعتباربخشی ایران، حاکی از مفصل تر بودن تعداد سنجه‌های زیر مجموعه هر استاندارد است.

اقدام کشورهای هند و استرالیا در تدوین راهنمای اختصاصی اعتباربخشی برای بیمارستان های کوچک، اهمیت توجه به مختصات این بیمارستان‌ها را در فرایند اعتباربخشی منعکس می‌کند و نشان‌دهنده تحولی جدید در نحوه ارزیابی و اعتباربخشی خدمات بهداشتی است. نکته قابل توجه این است که نظر به آغاز اعتباربخشی در تاریخ بهداشت و درمان جهانی در دهه ۱۹۵۰ میلادی توجه به تفاوت‌های موجود بین بیمارستان‌های بزرگ و کوچک در فرایند اعتباربخشی، قدمتی نسبتاً کوتاه دارد. می‌توان این طور نتیجه‌گیری نمود که در اوایل شروع اعتباربخشی، تأکید عملاً بر ارزیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های بزرگ و پر ازدحام بود، و بنابراین، بیمارستان‌های کوچک به‌طور خاص در نظر گرفته نمی‌شدند. با مرور زمان، به دلیل افزایش جمعیت و تغییر نیازهای جامعه در حوزه بهداشت و درمان، اهمیت و ضرورت تدوین استانداردهای اختصاصی برای بیمارستان‌های کوچک بیش‌تر نمایان شد، چرا که این مراکز نقش حیاتی در ارائه خدمات اولیه و کاهش فشار بر بیمارستان‌های بزرگ ایفا می‌کردند (۲۴).

با توجه به محدودیت‌های منابع مالی، نیروی انسانی و تجهیزات، بیمارستان‌های کوچک اغلب در مقایسه با بیمارستان‌های بزرگ‌تر با چالش‌های متفاوتی روبه‌رو هستند؛ اما این چالش‌ها تنها به کمبود منابع محدود نمی‌شوند. عوامل دیگری مانند جمعیت هدف، یعنی جمعیتی با نیازهای خاص و متنوع، نوع خدمات ارائه شده که ممکن است محدود به خدمات پایه و اولیه باشد، و سطح تخصص و مهارت پرسنل نیز نقش مؤثری در فرایند اعتباربخشی ایفا می‌کنند. به عنوان نمونه، بیمارستان‌های کوچک ممکن است بیش‌تر در ارائه خدمات اولیه و اورژانسی فعال باشند، در حالی که بیمارستان‌های بزرگ‌تر با امکانات و تجهیزات پیشرفته، قادر به ارائه خدمات تخصصی‌تر و پیچیده‌تر هستند. این مواجهه با شرایط محلی و فرهنگی می‌تواند نیازمند وجود استانداردها و سنجه‌های متناسب با واقعیت‌های این بیمارستان‌ها باشد. به طور خاص، استانداردها باید انعطاف‌پذیری لازم را داشته باشند تا بتوانند تنوع نیازهای بیمارستان‌ها را برآورده کنند و به همین سبب، سنجه‌ها و معیارها باید متناسب با واقعیت‌های هر نوع بیمارستان طراحی شوند تا فرایند اعتباربخشی مؤثر و کارآمد باشد. سنجه‌های مرتبط با خدمات ویژه‌ای که ممکن است فقط در بیمارستان‌های بزرگ قابل ارائه باشند، در بیمارستان‌های کوچک با کمبود امکانات مواجه هستند و در نتیجه نیاز به بازبینی دارند. به

استفاده شد. بر اساس پاسخ‌های ارائه شده، گویه‌هایی که میانگین امتیاز آن‌ها بالاتر از ۷ بود، انتخاب شدند (ردیف ۲،۳،۵،۶،۷،۸،۹،۱۱). گویه‌هایی که میانگین امتیاز آن‌ها ۷-۴ بود، وارد مرحله دوم دلفی شده (ردیف ۱، ۴، ۱۰) و گویه‌هایی که میانگین امتیاز آن‌ها معادل ۴-۵ داشتند، حذف شدند. سه سنجه در قالب یک پرسشنامه جدید وارد دور دوم دلفی شدند که حاوی میانه نمرات صاحب‌نظران و نیز نمره هر صاحب‌نظر در دور اول بود. در این دور، صاحب‌نظران با ملاحظه این موارد، اقدام به نمره‌دهی مجدد به گویه‌ها نمودند. برای گردآوری داده‌ها، مشابه با دور اول، لینک پرسشنامه از طریق مجازی برای افراد ارسال شده و پس از دو هفته، از تعداد ۲۵ پرسشنامه‌ی ارسالی، ۲۱ پرسشنامه تکمیل شد (نرخ پاسخ‌دهی: ۸۴ درصد). هر سه گویه با کسب نمره‌ی بالاتر از ۷، مورد توافق قرار گرفتند.

جدول ۵. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در دور اول دلفی

متغیر	گروه	تعداد
سن	< ۳۰ سال	۴
	۳۰-۳۹ سال	۱۳
	۴۰-۴۹ سال	۷
	> ۵۰ سال	۴
جنس	زن	۱۵
	مرد	۱۳
پست شغلی	سوپروایزر	۷
	مدیر بهبود کیفیت	۷
	مدیر بیمارستان	۱۴
رشته تحصیلی	پرستاری	۱۴
	مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی	۱۳
	مدیریت دولتی	۱

بحث

تاریخچه‌ی بحث در مورد اینکه آیا توسعه‌ی استانداردهای اعتباربخشی اختصاصی و جداگانه برای همه انواع بیمارستان‌ها از جمله بیمارستان‌های کوچک مفید است یا خیر، یک موضوع بین‌المللی است و به قدمت خود اعتباربخشی است (۲۳). در طول دهه‌ی گذشته، استرالیا و هند در انتشار استانداردهای اعتباربخشی بر اساس اندازه‌ی بیمارستان پیشگام بوده‌اند. در ابتدا، به مقایسه راهنمای اصلاح شده اعتباربخشی حاصل از پژوهش، با نمونه‌های هند و استرالیا می‌پردازیم. نسل پنجم راهنمای اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران، ۵۰۵ سنجه دارد که بعد از کم کردن ۷۱ سنجه‌ی قابل حذف برای بیمارستان‌های کوچک، ۴۳۴ سنجه خواهد داشت. این تعداد، برای راهنماهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کوچک در هند و استرالیا،

علاوه بر این، فاصله زیاد از مراکز استان و کمبود زیرساخت‌های حمل‌ونقل و ارتباطی، فرآیندهای نظارتی و ارزیابی را دشوارتر می‌سازد و نیازمند استانداردها و راهنماهای متفاوت و متناسب است. بنابراین، امکان بازنویسی نسل پنجم راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی وجود دارد، تا این استانداردها به نحو مؤثرتری با محدودیت‌ها و واقعیت‌های این نوع بیمارستان‌ها هم‌خوانی یافته و زمینه بهبود کیفیت خدمات در این مناطق فراهم گردد. این اقدام می‌تواند به تسهیل فرایند اعتباربخشی و همچنین کاهش هزینه‌های تحمیلی به این بیمارستان‌ها کمک کند.

این مطالعه محدودیت‌هایی داشت شامل تعمیم‌پذیری محدود به دلیل نمونه‌گیری هدفمند و منطقه‌ای بودن آن. همچنین، تحلیل بر اساس ساختار و ویژگی‌های بیمارستان‌های کوچک در ایران بوده و عوامل مالی یا سیاست‌گذاری مورد بررسی قرار نگرفت. علاوه بر این، اثرات عملی اصلاحات پیشنهادی در محیط‌های واقعی بررسی نشده است. پیشنهاد‌های برای پژوهش‌های آتی، می‌تواند شامل توسعه معیارهای اعتباربخشی متناسب با بیمارستان‌های کوچک، ارزیابی اثرات اجرای نسخه اصلاح‌شده، مطالعه تطبیقی با کشورهای دیگر و تحلیل عوامل مالی و سیاست‌گذاری مؤثر بر فرایند اعتباربخشی باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع دکتری در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد علمی ۳۴۰۱۳۷۴ است. بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب تشکر خود را از مشارکت‌کنندگان محترم ابراز می‌دارند.

عنوان مثال، خدمات مراقبتی مربوط به پیوند اعضا، نیازمند در اختیار داشتن تیمی چند نفره با تخصص‌های مختلف به علاوه تجهیزات پزشکی پیچیده و گران قیمت است که وجود آن‌ها فقط در یک بیمارستان بزرگ قابل تصور است. ویرایش سنج‌های اعتباربخشی با توجه به شرایط خاص این بیمارستان‌ها می‌تواند موجب بهبود فرایندهای ارائه خدمات و افزایش سطح رضایت بیماران گردد. نکته‌ی قابل توجه این که شش ماه بعد از اتمام این مطالعه، وزارت بهداشت کشور به عنوان متولی اعتباربخشی بیمارستانی، در نیمه‌ی دوم سال ۱۴۰۲، فایل «راهنمای تشخیص و تأیید سنج‌های غیر قابل ارزیابی در دور پنجم» را منتشر کرد. نگاهی به فایل مذکور توجه به شرایط خاص برخی از انواع بیمارستان‌ها از جمله بیمارستان‌های کوچکی که فاقد بخش‌های ویژه هستند را نشان می‌دهد. موضوعی که می‌تواند تأیید کننده‌ی شکافی باشد که برانگیزاننده پژوهشگران برای طراحی و انجام پژوهش حاضر بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به ویژگی‌ها و شرایط خاص بیمارستان‌های کوچک، از جمله موقعیت جغرافیایی غالب آن‌ها در مناطق دورافتاده و کم‌جمعیت از مراکز استان، این مراکز با چالش‌های متنوعی روبه‌رو هستند. این چالش‌ها شامل محدودیت‌های شدید در دسترسی به تجهیزات و فناوری‌های پیشرفته، کاهش تعداد نیروهای متخصص، دشواری در تأمین و نگهداری مواد مصرفی و دارویی، و مشکلات مربوط به ارتباط و ارائه خدمات در شرایط جوی و جغرافیایی خاص است.

References

1. Mosadeghrad AM, Ghazanfari F. Iran hospital accreditation governance: Challenges and solutions [in Persian]. Payavard 2020; 14(4): 311-32.
2. Sodagar H. Hospital Design. 2nd ed. Tehran, Iran: Danesh and Fan Publications; 2020. p. 67. [In Persian]
3. Portela D, Nogueira-Leite D, Almeida R, Cruz-Correia R. Economic impact of a hospital cyberattack in a national health system: Descriptive case study. JMIR Form Res 2023; 7: e41738.
4. Small Healthcare Organization Accreditation Program General Information Brochure. National Accreditation Board for Hospitals and Health Care Providers; 2020. p. 4.
5. Hospital Statistics and Information Yearbook 1401. Ministry of Health and Medical Education; 2022. p. 235. [in Persian].
6. Van Wilder A, Bruyneel L, De Ridder D, Seys D, Brouwers J, Claessens F, et al. Is a hospital quality policy based on a triad of accreditation, public reporting and inspection evidence-based? A narrative review. Int J Qual Health Care 2021; 33(2): mzab085.
7. Algunmeeyn A, Alrawashdeh M, Alhabashneh H. Benefits of applying for hospital accreditation: The perspective of staff. J Nurs Manag 2020; 28(6): 1233-40.
8. Alhawajreh MJ, Paterson AS, Jackson WJ. Impact of hospital accreditation on quality improvement in healthcare: A systematic review. PLoS One 2023; 18(12): e0294180.
9. Hines K, Mouchtouris N, Knightly JJ, Harrop J. A brief history of quality improvement in health care and spinal surgery. Global Spine J 2020; 10(1 Suppl):5S-9S.
10. Raiesi A, Sharbafchizade N, Mohammadi F. Challenges of the third generation of hospital accreditation program from the perspective of accreditation officials in Isfahan city, Iran [in Persian]. Health Information Management 2021; 18(2): 53-9.
11. Niroomand sadabad H, Vafaei najar A, Houshmand E, Jamali J, Keyvanloo Z, Dehnavi M. Investigating the challenges of physicians' participation in Accreditation of the hospital from the point of view of

- physicians working in social security hospitals [in Persian]. *Journal of Hospital* 2023; 21(4): 1-10.
12. Ghaffarian A, Cheraghi A, Ferdosi M. Hospital accreditation challenges in small and single-specialty hospitals: A qualitative study [in Persian]. *Hospital* 2024; 23(2): 126-40.
 13. Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 280.
 14. Ferdosi M. Commentary: The development path of local hospitals: gold plate does not fill belly [in Persian]. *Health Inf Manage* 2021; 18(1): 48-50.
 15. Pre Accreditation Entry Level Standards for Small Healthcare Organizations (SHCO). 1st ed. National Accreditation Board for Hospitals and Health Care Providers; 2014. Available from: <https://drs.iihmrdelhi.edu.in:8443/jspui/bitstream/123456789/1836/1/NABH%20Certification%20Standard%20for%20Entry%20Level%20SHCO.pdf>
 16. NSQHS Standards Guide for Small Hospitals. Australian commission on safety and quality in health care; 2013.
 17. Mosadeghrad AM, Ghazanfari F. Developing a hospital accreditation model: a Delphi study. *BMC Health Serv Res* 2021; 21(1): 879.
 18. Jaafariipooyan E, Mosadeghrad AM, Salarvand A. Hospital Accreditation Surveyors' Evaluation Criteria in Iran [in Persian]. *Payavard* 2019; 13(2): 110-22.
 19. Supervision and Accreditation Office of the Vice President of Treatment of the Ministry of Health. A comprehensive guide to national accreditation standards for Iran hospitals. Iran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education; 2023. p. 244. [in Persian].
 20. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health* 2019; 11(4): 589-97.
 21. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research* 1994; 2(163-194): 105.
 22. Custer RL, Scarcella JA, Stewart BR. The modified Delphi technique-A rotational modification. *Journal of Vocational and Technical Education* 999; 15(2): 1-10.
 23. Duckett SJ. Evaluation of hospital accreditation in New South Wales [PhD Thesis]. Sydney, Australia: New South Wales University; 1981.
 24. Humphreys P, Spratt B, Tariverdi M, Burdett RL, Cook D, Yarlagadda PK, Corry P. An overview of hospital capacity planning and optimisation. *Healthcare (Basel)* 2022; 10(5): 826.

Customization of the Comprehensive Guide to National Accreditation Standards for Iranian Hospitals for Small Hospitals: A Mixed Methods Study

Ali Ghaffarian¹, Azam Cheraghi², Masoud Ferdosi³

Original Article

Abstract

Background: In Iran, in recent years, the criterion for hospital accreditation has been the fifth generation of the Comprehensive Guide to National Accreditation Standards, which is used equally for all types of hospitals regardless of size. This study aimed to adapt the aforementioned guide to the functional structure of small hospitals.

Methods: This research was a mixed study of sequential exploratory type which conducted in two phases. The first phase (qualitative phase) was a semi-structured in-depth interview with 22 participants, including internal managers and quality improvement managers of the target hospitals, national accreditation assessors, and experts from the Center for Monitoring and Accreditation of Medical Affairs of the Ministry of Health, who were selected using a purposive sampling method with maximum diversity. In the second phase (quantitative phase), a modified Delphi technique was used to validate the findings.

Findings: The Comprehensive Guide to National Accreditation of Iranian Hospitals (5th Edition) has 505 issues, of which, according to the findings of this study, 82 (equivalent to 16.2%) can be deleted or edited for small hospitals. Of these, 71 issues can be deleted and 11 issues can be edited. The main reasons for deleting or editing issues were the physical and structural limitations of these hospitals, the lack of medical staff, especially specialist doctors, and the lack of medical equipment.

Conclusion: Taking into account the specific characteristics of small hospitals, the fifth generation of the Comprehensive Accreditation Standards Guide can be rewritten. This can simplify the accreditation process and reduce additional costs.

Keywords: Accreditation, Adapting, Hospital bed capacity under 100, Mixed methods study

Citation: Ghaffarian A, Cheraghi A, Ferdosi M. Customization of the Comprehensive Guide to National Accreditation Standards for Iranian Hospitals for Small Hospitals: A Mixed Methods Study. J Isfahan Med Sch 2026; 44(857): 470- 8.

1- PhD, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

2- Department of Hospital Supervision and Accreditation, Vice-Chancellor for Clinical Affairs, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Professor, Health Management and Economics Research Center AND Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Masoud Ferdosi, Professor, Health Management and Economics Research Center AND Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: ferdosi1348@yahoo.com