

Customizing the National Accreditation Standards in Iran for Single-Specialty Hospitals: A Mixed Methods Study

Ali Ghaffarian¹, Azam Cheraghi², Masoud Ferdosi³

1. Ph.D. Candidate, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. ORCID ID: 0000-0002-5104-2476

2. Staff Member, Department of Accreditation and Treatment Supervision, Vice-Chancellery for Clinical Affairs, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. ORCID ID: 0000-0001-8096-4894

3. Professor, Health Management and Economics Research Center and Department of Health Services Management, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author), Tel: +983137925174, Email: ferdosi1348@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-0683-2719

ABSTRACT

Background and Aim: In recent years in Iran, the criterion for hospital accreditation has been the fifth generation of the Comprehensive Guide to National Accreditation Standards, which is applied uniformly across all hospital types, regardless of size. According to the most recent statistics released by the Ministry of Health, 14.2 percent of the 1066 active hospitals in Iran are special hospitals. The aim of this study was to customize and adapt the aforementioned guide to the unique conditions and characteristics of special hospitals.

Materials and Methods: This mixed-methods study was conducted in two phases: 1) a qualitative phase comprising 23 semi-structured interviews with key stakeholders, including internal managers and quality improvement managers at target hospitals, national accreditation assessors, and experts from the Center for Monitoring and Accreditation of Medical Affairs of the Ministry of Health, selected through purposive sampling with maximum diversity; and 2) a quantitative phase using a modified Delphi technique (2 rounds) with 28 participating experts.

Results: A total of 18 issues from the Comprehensive Accreditation Guide were identified as editable for special hospitals. Among these, seven issues pertained to ophthalmology hospitals, four to burn hospitals, two to pediatric hospitals, and five applied to all types of special hospitals.

Conclusion: Given the unique conditions and characteristics of special hospitals, including the presence of specialist physicians and the use of advanced medical equipment, the fifth edition of the Comprehensive Guide to National Accreditation Standards can be revised to better align with these hospitals. The executive and policy consequence of this action will be to facilitate the accreditation process and reduce accreditation costs for single-specialty hospitals.

Keywords: Accreditation, Accreditation Guide, Iran, Special Hospital

Received: May 26, 2025

Accepted: June 9, 2025

How to cite the article: Ali Ghaffarian, Azam Cheraghi, Masoud Ferdosi. Customizing the National Accreditation Standards in Iran for Single-Specialty Hospitals: A Mixed Methods Study. SJKU 2026;30(6):133-144.

Copyright © 2025 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اختصاصی سازی راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران برای بیمارستان های تک تخصصی: یک مطالعه کمی کیفی

علی غفاریان^۱، اعظم چراغی^۲، مسعود فردوسی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. کد ارکید: ۲۴۷۶-۵۱۰۴-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۲. کارمند، اداره اعتباربخشی و نظارت بر درمان، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. کد ارکید: ۴۸۹۴-۸۰۹۶-۰۰۰۱-۰۰۰۰-۰۰۰۰

۳. استاد، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: ferdosi1348@yahoo.com، شماره تماس: ۰۹۸۳۱۳۷۹۲۵۱۷۴، کد ارکید: ۲۷۱۹-۰۶۸۳-۰۰۰۲-۰۰۰۰-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: در ایران و در سالیان اخیر، ملاک اعتباربخشی بیمارستان ها، نسل پنجم

راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بوده است که برای همه انواع بیمارستان های عمومی و تک تخصصی به طور یکسان استفاده می شود. مطابق با آخرین آمار منتشرشده وزارت بهداشت، از مجموع ۱۰۶۶ بیمارستان فعال در ایران، ۱۴/۲ درصد بیمارستان های تک تخصصی هستند. هدف این پژوهش، اختصاصی سازی و انطباق راهنمای مذکور با شرایط و خصوصیات منحصربه فرد بیمارستان های تک تخصصی بود.

مواد و روش ها: این مطالعه آمیخته در دو فاز انجام شد: ۱. فاز کیفی ۲۳ مصاحبه نیمه ساختاریافته با ذی نفعان کلیدی، شامل مدیران داخلی و مدیران بهبود کیفیت بیمارستان های هدف، ارزیابان کشوری اعتباربخشی و کارشناسان مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت بود که با روش نمونه گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. ۲. فاز کمی با تکنیک دلفی تعدیل شده (دو دور) با مشارکت ۲۸ متخصص.

یافته ها: در مجموع، ۱۸ سنجه از راهنمای جامع اعتباربخشی، قابل ویرایش برای بیمارستان های تک تخصصی شناسایی شدند. از این تعداد، هفت سنجه مربوط به بیمارستان چشم پزشکی، چهار سنجه مربوط به بیمارستان سوختگی، دو سنجه مربوط به بیمارستان اطفال و پنج سنجه نیز مربوط به همه انواع بیمارستان های تک تخصصی بودند.

نتیجه گیری با توجه به شرایط و خصوصیات منحصربه فرد بیمارستان های تک تخصصی، ازجمله حضور پزشکان متخصص و به کارگیری تجهیزات پزشکی پیشرفته، می توان نسل پنجم راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی را برای انطباق با بیمارستان های مذکور بازنویسی کرد. پیامد اجرایی و سیاستی این عمل، تسهیل فرایند اعتباربخشی و کاهش هزینه های اعتباربخشی برای بیمارستان های تک تخصصی خواهد بود.

کلمات کلیدی: اعتباربخشی، ایران، بیمارستان تک تخصصی، راهنمای جامع اعتباربخشی

وصول مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۱۳ اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۴/۰۱/۲۱ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۰۵

مقدمه

استانداردسازی خدمات بیمارستانی، به عنوان یکی از ارکان اصلی ارتقای کیفیت نظام سلامت، در بهبود شاخص های بهداشتی و اقتصادی نقش تعیین کننده ای ایفا می کند. بیمارستان ها به عنوان نهادهایی کلیدی در نظام سلامت، در ساختار اجتماعی و اقتصادی جوامع تأثیرگذار هستند. وجود بیمارستان های مناسب در یک منطقه می تواند به بهبود کیفیت زندگی و افزایش سطح سلامت جامعه کمک کند (۱). در تقسیم بندی انواع بیمارستان ها، از ملاک های چندگانه ای استفاده می شود، نظیر تعداد تخت بستری و نوع فعالیت. بیمارستان ها بر مبنای نوع فعالیت به چهار دسته عمومی، تخصصی، تک تخصصی و صحرایی تقسیم بندی می شوند (۲). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان تک تخصصی نوعی مرکز بهداشتی درمانی است که مسئولیت ارائه خدمت به بیماران یک ارگان خاص، مثل چشم، گوش و حلق و بینی، قلب، ارتوپدی، مغز و اعصاب، یا بیماران با شرایط خاص مثل بیماری های عفونی (مانند سل)، بیماران سرطانی، تصادفی ها یا گروه معینی از جمعیت (مانند کودکان) را بر عهده دارد (۳). براساس آخرین آمار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در اردیبهشت ۱۴۰۳، از مجموع ۱۰۶۶ بیمارستان فعال در ایران، ۱۴/۲ درصد مجموع بیمارستان های کشور بیمارستان های تک تخصصی هستند (۴).

نوع مشتریان و ماهیت خدمات بیمارستان ها، فارغ از اندازه و نوع فعالیتشان، ایجاب می کند که نظامی هدفمند برای برنامه ریزی، بهبود و ارزشیابی کیفیت خدمات ارائه شده ایجاد شود (۵). اعتباربخشی روش مؤثری در ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی شناخته می شود و به طور کلی به فرایندی اشاره دارد که در آن، مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت براساس استانداردهای معین ارزیابی می شوند تا اطمینان حاصل شود که وظایف خود را به درستی انجام می دهند (۶-۸). این نظام ارزشیابی استاندارد به خاطر نقشی که در بهبود کارایی و کیفیت خدمات بهداشتی ایفا می کند،

در سطح جهانی به طور وسیع استفاده می شود. بسیاری از کشورها سیستم های اعتباربخشی ملی را به عنوان راهبردی برای بهبود خدمات درمانی پیاده سازی کرده اند. برای نمونه، در ایالات متحده، بیمارستان ها برای پذیرش در برنامه مدیر ملزم به پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی هستند (۹).

اعتباربخشی، همانند تمامی مداخلات و برنامه های مراقبت سلامت، به ارزیابی و آنالیز علمی نیاز دارد؛ همچنان که محدودیت ها و چالش هایی نیز دارد که در مطالعات مختلف به آن ها پرداخته شده است. از جمله این چالش ها، استفاده از استانداردهای اعتباربخشی یکسان برای همه انواع بیمارستان ها است. استفاده از استانداردهای یکسان برای بیمارستان های عمومی و تک تخصصی نه تنها به ارزیابی نادرست کیفیت خدمات منجر می شود، بلکه هزینه های غیرضروری را نیز به این مراکز تحمیل می کند (۱۰-۱۲). برخی از استانداردهای اعتباربخشی راهنمای جامع در بیمارستان های تک تخصصی کاربردی ندارند. از طرفی، برخی از استانداردهای تک تخصصی این نوع بیمارستان ها در استانداردهای عمومی اعتباربخشی بیمارستان ایران وجود ندارند. بیمارستان های تک تخصصی شرایط خاصی دارند که ارزیابی دقیق و صحیح آن ها نیازمند استانداردها و مسائل تک تخصصی است. فرایندهای کاری، تجهیزات پزشکی مورد استفاده و پرسنل در بیمارستان های تک تخصصی در مقایسه با بیمارستان های عمومی متفاوت است (۱۰).

کمیته مشترک اعتباربخشی بیمارستانی آمریکا (JCI)، قدیمی ترین و معتبرترین نهاد اعتباربخشی در سطح جهانی است. این کمیته استانداردهایی اختصاصی را برای انواع بیمارستان های تک تخصصی، مانند بیمارستان های اطفال و مراکز درمان ناباروری، تدوین کرده است (۱۳-۱۶).

اعتباربخشی بیمارستان ها در ایران از سال ۱۳۹۱ شروع شده است. طی دوره های مختلف اعتباربخشی، تعداد و محتوای استانداردها و سنجهای اعتباربخشی، با توجه به بازخوردها و تجارب کسب شده، دستخوش تغییرات شده اند (۱۷، ۱۸). آخرین ویرایش راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی

ملی بیمارستان‌های ایران (نسخه مورد استناد دور پنجم و ششم اعتباربخشی ملی) در سال ۱۴۰۱ ابلاغ شد (۱۹). به عنوان مقایسه‌ای بین راهنماهای اعتباربخشی آمریکا و ایران، ویرایش ششم برنامه اعتباربخشی بین‌المللی آمریکا، دارای ۳۰۸ استاندارد و ۱۲۷۰ سنجه است، درحالی‌که آخرین ویرایش برنامه اعتباربخشی ملی ایران ۱۱۰ استاندارد و ۵۰۵ سنجه دارد (۸). در این ویرایش، سنجه‌هایی اختصاصی برای بیمارستان‌های تخصصی روان‌پزشکی به مجموعه استانداردهای قبلی اضافه شد. با توجه به چالش ذکر شده، این مطالعه با هدف اختصاصی سازی راهنمای جامع اعتباربخشی ملی برای سه نوع بیمارستان تک تخصصی (چشم‌پزشکی، سوختگی و اطفال) انجام شد، تا امکان ارزیابی دقیق‌تر و کاهش هزینه‌های غیرضروری فراهم شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع آمیخته کمی کیفی بود که در دو فاز انجام شد.

فاز اول (کیفی)

در فاز اول (کیفی توصیفی) با افراد آگاه در زمینه اعتباربخشی بیمارستانی مصاحبه شد. مشارکت کنندگان 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 انتخاب شدند. تنوع مذکور در زمینه متغیرهایی از جمله سابقه کاری، نوع بیمارستان محل اشتغال و رشته تحصیلی بود (جدول ۱). معیارهای ورود به این فاز شامل حداقل پنج سال سابقه کار، درگیر بودن با مسئله اعتباربخشی بیمارستان و گذراندن دوره‌های آموزشی اعتباربخشی بود. افرادی که کمتر از پنج سال سابقه داشتند یا در پروژه‌های مشابه مشارکت نکرده بودند، از مطالعه حذف شدند. روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. در مجموع، با ۲۳ نفر مصاحبه شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه داشت. به

عبارت دیگر، مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت که داده‌های جدیدی به مفاهیم قبلی اضافه نشد (اشباع نظری). مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۵ تا ۵۰ دقیقه بود. سؤال اصلی مصاحبه این بود که کدام سنجه‌های راهنمای جامع اعتباربخشی برای بیمارستان‌های تک تخصصی قابلیت ویرایش دارند و چرا.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان

متغیر	گروه	تعداد
سن	>۳۰ سال	۴
	۳۰-۴۰ سال	۸
	۴۱-۵۰ سال	۷
	<۵۰ سال	۴
جنس	زن	۱۳
	مرد	۱۰
پست سازمانی	مدیر بهبود کیفیت	۴
	مدیر داخلی	۴
	ارزیاب کشوری	۱۰
	کارشناس وزارت بهداشت	۵
رشته تحصیلی	مدیریت خدمات بهداشتی	۸
	درمانی	۱۰
	پرستاری	۲
	پزشکی	۲
	اقتصاد سلامت	۱
	سایر	۱
سابقه کاری	>۱۰ سال	۶
	۱۰-۱۵ سال	۴
	۱۵-۲۰ سال	۸
	<۲۰ سال	۵

برای تحلیل داده‌های کیفی از روش تحلیل موضوعی شش مرحله‌ای «براون و کلارک» استفاده شد؛ شامل آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، جست‌وجوی تم‌ها، بازبینی تم‌ها، تعریف و نام‌گذاری تم‌ها، تولید گزارش (۱۹).

آزادبودن مصاحبه‌شوندگان برای شرکت در مصاحبه، حق کناره‌گیری مصاحبه‌شوندگان در طول مطالعه، کسب اجازه درخصوص ضبط صدا، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی مصاحبه‌شوندگان و دخالت‌ندادن نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها.

فاز دوم (کمی)

یافته‌های حاصل از فاز اول پژوهش، ابتدا در جلسه پانل خبرگان بررسی شدند. اعضای پانل مذکور دو نفر از اعضای هیئت علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و سه نفر از ارزیابان کشوری اعتباربخشی (مجموعاً پنج نفر) بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. دلیل انتخاب پنج نفر استناد به پژوهش‌های مشابه بود (۱۸). بررسی تعارض منافع احتمالی بین مشارکت‌کنندگان، قبل از شروع جلسه از تمامی آن‌ها خواسته شد تا درباره هرگونه تعارض منافع احتمالی که ممکن است در بحث‌ها تأثیر بگذارد صحبت کنند. یافته‌ها پس از جرح و تعدیل وارد دور اول دلفی شدند. در این پژوهش از تکنیک دلفی تعدیل‌شده استفاده شد. در این نوع دلفی، یک مدل اولیه که از مراحل گذشته پژوهش استخراج شده به پانل کارشناسان ارائه می‌شود (۲۱). دلیل استفاده از نوع تعدیل‌شده دلفی این بود که در این مطالعه، مطابق تعریف، الگوی اولیه تدوین‌شده توسط پنل خبرگان به‌منظور اصلاح و تأیید نهایی به جلسه دلفی ارائه شد. دو دور دلفی انجام شد. مشارکت‌کنندگان، شامل مدیران داخلی، مدیران بهبود کیفیت و سوپروایزرهای بالینی بیمارستان‌ها بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. معیارهای ورود به جلسات دلفی داشتن حداقل یک دور سابقه حضور در اعتباربخشی درمانی به‌عنوان کارمند بیمارستان یا ارزیاب کشوری بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این مرحله، پرسش‌نامه محقق‌ساخته بود. این پرسش‌نامه مشتمل بر دو قسمت بود. برای افزایش حساسیت اندازه‌گیری، از مقیاس لیکرت ۵ تایی به جای پنج یا

محتوای مصاحبه‌ها چندین بار مرور شدند تا شناخت کاملی از 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 درنهایت در تم‌های اصلی جای‌گذاری شدند. درون‌مایه‌های اصلی و فرعی چند بار مرور و در صورت نیاز، ترکیب، تعدیل و تفکیک شدند تا نقشه موضوعی منطقی‌ای از روابط بین درون‌مایه‌های اصلی و فرعی ایجاد شود. سپس تم‌های اصلی و فرعی نام‌گذاری و تعریف عملیاتی شدند. برای انجام موارد مذکور از نسخه ۲۰ نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد.

درنهایت، با توجه به سؤال‌های پژوهش و استفاده از کدهای شناسایی‌شده و نقل‌قول‌های مرتبط مصاحبه‌شوندگان، درون‌مایه‌های اصلی و فرعی به‌صورت گزارش آماده شد. برای افزایش اعتبار داده‌های گردآوری‌شده از چهار معیار روایی، پایایی، تأییدپذیری و قابلیت انتقال براساس معیارهای پیشنهادشده «گوبا و لینکلن» استفاده شد (۲۰). به‌منظور تأیید روایی پژوهش، شرکت‌کنندگان و استادان خبره مصاحبه‌های کتبی انجام‌شده را بررسی کردند. برای اطمینان از پایایی و تأییدپذیری نیز پژوهشگران روش‌های جمع‌آوری و تحلیل داده‌های خود را با دقت مستند کردند. همچنین، گزیده‌های منتخبی از مصاحبه‌ها با متخصص روش‌شناسی پژوهش کیفی به اشتراک گذاشته شد که تأیید شد و دو پژوهشگر به‌صورت مستند، تمام مراحل تحلیل را ثبت کردند.

از نظر قابلیت انتقال، تلاش شد با ارائه توضیحات جامع و درج تمامی جزئیات مرتبط با پژوهش، هرگونه ابهامی برطرف شود. برای افزایش کیفیت پژوهش اقدامات متعددی انجام شد، ازجمله صرف زمان کافی برای مصاحبه‌ها، شرح دقیق روش انجام مصاحبه، کدگذاری مصاحبه‌ها به‌صورت جداگانه توسط دو تن از پژوهشگران، مقایسه دائم بین اطلاعات به‌دست‌آمده و تبادل نظر با هم‌تایان. ملاحظات اخلاقی نیز رعایت شدند، ازجمله توضیح شفاف اهداف پژوهش به مصاحبه‌شوندگان و اخذ رضایت آگاهانه آن‌ها،

هفت تایی استفاده شد (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم). به غیر از سؤالات جمعیت شناختی، قسمت دیگر، خروجی پانل خبرگان برگزار شده بود. برای تأیید روایی، ابزار گردآوری داده به تأیید چهار نفر از استادان مدیریت خدمات بهداشتی درمانی رسید. برای پایایی پرسش نامه هم از چهار نفر از استادان و مصاحبه شوندگان خواسته شد که میزان ارتباط هر کدام از گویه ها را با پیشنهاد های استخراج شده از یک تا هفت نمره دهند. در نهایت، برای میزان پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای استاندارد شده به دست آمده ۰/۹۱۷ بود که بیانگر پایایی پرسش نامه بود.

یافته ها

فاز اول

چهار مدیر داخلی، چهار مدیر بهبود کیفیت، ده 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. دامنه سنی شرکت کنندگان ۲۷ تا ۵۵ سال و سابقه کاری حداقل ۵ و حداکثر ۲۷ سال بود.

در مجموع، هجده سنجه از راهنمای جامع اعتباربخشی، قابل ویرایش برای بیمارستان های تک تخصصی شناسایی شدند.

از این تعداد، هفت سنجه مربوط به بیمارستان چشم پزشکی، چهار سنجه مربوط به بیمارستان سوختگی، دو سنجه مربوط به بیمارستان اطفال و پنج سنجه نیز مربوط به همه انواع بیمارستان های تک تخصصی بودند.

سه سنجه زیرمجموعه محور رهبری و مدیریت کیفیت، سه سنجه زیرمجموعه محور مراقبت های عمومی بالینی، دو سنجه زیرمجموعه محور مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای و دو سنجه زیرمجموعه محور تأمین تسهیلات برای گیرنده خدمت بودند. محورهای مدیریت خطر حوادث و بلایا، مدیریت خدمات پرستاری، فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت، بهداشت محیط، مراقبت های حاد و اورژانس، مدیریت دارویی، خدمات سربایی و احترام به حقوق گیرنده خدمت، هر کدام شامل یک سنجه قابل ویرایش بودند. شماره سنجه های مذکور به همراه پیشنهاد اصلاحی در جدول ۲ ارائه شده اند.

پس از بررسی نظرهای مصاحبه شوندگان، کدگذاری و تحلیل موضوعی، در نهایت، دلایل حذف/ویرایش سنجه های پیشنهادی در قالب سه مضمون اصلی و شش مضمون فرعی شناسایی شد و کدهای هر مصاحبه در دسته مربوط قرار گرفت (جدول ۳).

جدول ۲. شماره سنجه های قابل ویرایش به ترتیب فهرست راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی (دور پنجم) و متن پیشنهاد اصلاحی.

ردیف	شماره سنجه	مشکل موجود	پیشنهاد اصلاحی
۱	الف-۱-۴	امکان پذیر نبودن مقایسه عملکرد بیمارستان های تک تخصصی بر مبنای تعریف استانداردهای کشوری اختصاصی	برای امکان پذیری مقایسه عملکرد بیمارستان های تک تخصصی با یکدیگر در سطح ملی، می توان استانداردهای کشوری تعریف کرد.
۲	الف-۱-۴	تفاوت بین مدت زمان اقامت بیمار در بیمارستان چشم پزشکی با بیمارستان های دیگر	در بیمارستان های چشم پزشکی، با توجه به مدت زمان کم اقامت بیمار و متعاقباً گردش تخت بالا، تعریف نوع تخت بستری و شاخص های عملکردی مرتبط با آن باید متناسب با شرایط تعریف شود.

۳	الف-۱-۳-۴	فراوانی تعداد بیماران پذیرش شده در بیمارستان‌های سوختگی از شهرستان‌های اطراف مراکز استان	یکی از شاخص‌های عملکردی این نوع بیمارستان‌ها می‌تواند درصد بیماران پذیرش شده غیربومی (خارج از شهر محل قرارگیری بیمارستان) باشد.
۴	الف-۲-۳-۳	اهمیت بهبود کیفیت هوا در محیط‌های بیمارستان سوختگی به لحاظ کنترل عفونت	می‌توان سنج‌های تحت عنوان تخصیص اعتبار مالی برای پیشبرد سنج‌های تهویه در نظر گرفت.
۵	الف-۳-۱-۲	نبود فهرست توانمندی اختصاصی برای پرسنل تخصصی	برای برخی پرسنل بالینی بیمارستان‌های تک تخصصی، به تفکیک تخصص بیمارستان، می‌توان فهرست توانمندی تدوین کرد.
۶	الف-۳-۴-۶	مشخص نبودن فهرست حداقل امکانات رفاهی	می‌توان حداقل امکانات رفاهی برای کارکنان را در سنج‌ها تعیین کرد.
۷	الف-۴-۳-۴	نبود برخی سرویس‌های تشخیصی در همه بیمارستان‌های تک تخصصی	تفاهم‌نامه با نزدیک‌ترین بیمارستان عمومی برای اعزام و دریافت سرویس (حمایت تشخیصی و تسهیل ارجاع)
۸	الف-۵-۶-۱	نیاز به ارجاع درون بیمارستانی در بیماران چشم‌پزشکی	یکی از چالش‌های بیمارستان‌های تک تخصصی چشم‌پزشکی برای پیاده‌سازی نظام ارجاع الکترونیک آن است که بیمار پس از مراجعه به بیمارستان، باید با توجه به نوع مشکل چشمی خود مجدداً در بیمارستان، به فوق تخصص مربوط ارجاع داده شود. این فرایند می‌تواند در سنج‌ها گنجانده شود.
۹	الف-۶-۱-۹	وابستگی برخی بیماران سوختگی به مصرف دخانیات	در بیمارستان تک تخصصی سوختگی، اتاق سیگار می‌تواند با رعایت الزامات ایمنی برای استفاده بیماران فراهم شود.
۱۰	ب-۱-۳-۳	در بیماران بستری چشم‌پزشکی، مراقبت‌های قبل از عمل (pre-up) با بیماران دیگر تفاوت دارد.	استاندارد مربوط را برای این نوع بیمارستان‌ها می‌توان ویرایش کرد.
۱۱	ب-۱-۳-۴	موارد تزریق خون و فراورده‌های خونی در بیمارستان چشم‌پزشکی به ندرت رخ می‌دهند.	سنج‌های مربوط به انتقال خون در این بیمارستان‌ها خلاصه شوند.
۱۲	ب-۱-۸-۲	نیازداشتن بیماران چشمی به خدمات تغذیه‌ای تخصصی	در بیمارستان چشم‌پزشکی لزوم تهیه گاوآژ می‌تواند حذف شود.
۱۳	ب-۲-۲-۱	تریاز نوزادان در بیمارستان‌های تک تخصصی اطفال با بیماران دیگر متفاوت است.	استاندارد مربوط به تریاز برای این نوع بیمارستان‌ها می‌تواند ویرایش شود (فرم تریاز مخصوص نوزادان تدوین و ابلاغ شود).
۱۴	ب-۶	اجباری شدن اصالت سنجی داروها از جانب وزارت متبوع	اصالت سنجی داروها می‌تواند به سنج‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های تک تخصصی اضافه شود.
۱۵	ب-۱۰-۵-۲	نیازداشتن بیماران چشمی به خدمات توان بخشی	در بیمارستان چشم‌پزشکی، توان بخشی برای مراجعان سرپایی می‌تواند حذف شود.

۱۶	ج-۱-۷-۲	مرگ و میر در بیماران چشمی به ندرت رخ می دهد.	فرایض مذهبی و فرصت دیدار برای خانواده بیمار محضر می تواند حذف شود.	در بیمارستان چشم پزشکی لزوم ارائه تسهیلات لازم برای انجام
۱۷	ج-۱-۱۰-۴	احتمال آسیب به اطفال در نتیجه شکستگی ظروف	چینی غذا	با توجه به احتمال شکسته شدن ظروف چینی، استفاده از آن ها در بیمارستان اطفال مناسب نیست.
۱۸	ج-۲-۲-۱	شرایط خاص بیمار سوختگی		با توجه به شرایط بیمار سوختگی، الزام نوشتن اسم روی تابلو بالای سر بیمار می تواند برای بیمارستان های سوختگی حذف شود.

جدول ۳. دلایل ارائه شده مصاحبه شوندگان برای ویرایش سنجها.

مضمون اصلی	مضمون فرعی	کد
بیماران بستری	مدت بستری	اقامت کم بیماران چشمی
		اقامت طولانی بیماران سوختگی
		میانگین زمان بستری در مقایسه با بیمارستان های عمومی
	نوع بیماری	فراوانی بیماری های خاص در بیمارستان های تک تخصصی
		بازه سنی بیماران بستری در بیمارستان کودکان
		تعداد زیاد بیماران از شهرهای اطراف در بیمارستان سوختگی
سرویس ارائه شده	ویژگی های جمعیت شناختی	بازه سنی بیماران بستری در بیمارستان چشم پزشکی
		فناوری های نوین
		پانسمان های هیدروژل و هیدروفلیک
	فرایند درمانی	آمادگی قبل از عمل بیماران چشمی
		تعویض پانسمان مکرر بیماران سوختگی
		زمان بربودن فرایندهای درمانی کودکان
کارکنان	تخصص	تعداد زیاد پزشکان متخصص در یک رشته خاص
		فرایندهای درمانی نیازمند تخصص
	آموزش ضمن خدمت	اهمیت به روز بودن کارکنان
		متفاوت بودن محتوای دوره های آموزشی
		لزوم تدریس استادان مدعو برای برخی دوره های آموزشی

فاز دوم

پس از تحلیل یافته های به دست آمده از مرحله اول پژوهش، سنجه های پیشنهاد شده از جانب مصاحبه شوندگان ابتدا در جلسه پانل خبرگان بررسی و سپس در قالب پرسش نامه پس از تحلیل یافته های به دست آمده از مرحله اول پژوهش، سنجه های پیشنهاد شده از جانب مصاحبه شوندگان ابتدا در جلسه پانل خبرگان بررسی و سپس در قالب پرسش نامه

محقق ساخته، وارد فاز دلفی شدند. مشارکت کنندگان در این دور از دلفی، سوپروایزران، مدیران بهبود کیفیت و مدیران داخلی بیمارستان بودند که با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند (جدول ۴).

جدول ۴. 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

اول بود. در این دور، صاحب‌نظران با ملاحظه این موارد، مجدداً برای نمره‌دهی گویه‌ها اقدام کردند. برای گردآوری داده‌ها، مشابه با دور اول، لینک پرسش‌نامه از طریق مجازی برای افراد ارسال شد و پس از دو هفته، از ۲۵ پرسش‌نامه ارسالی، ۲۱ پرسش‌نامه تکمیل شد (نرخ پاسخ‌دهی: ۸۴ درصد). بر سر هر پنج گویه با کسب نمره بالاتر از ۷ توافق شد.

نتایج به‌دست‌آمده از آزمون ضریب هم‌بستگی کندال نشان داد که در پایان دور دوم دلفی، بین مشارکت‌کنندگان توافق کلی معناداری حاصل شده است (ضریب هم‌بستگی ۰/۸۲ بود که نشان‌دهنده توافق زیاد بین شرکت‌کنندگان بود. مقدار معناداری نیز ۰/۰۰ محاسبه شد که نشان می‌دهد ضریب هماهنگی مشاهده‌شده معنادار است). این توافق بیانگر انسجام نظرها و دیدگاه‌های آنان در زمینه مورد بررسی و گویای این موضوع بود که در این دور از دلفی، به‌اندازه کافی توافق حاصل شده است و ادامه فرایند جمع‌آوری داده‌ها ضروری به نظر نمی‌رسید.

بحث

تاریخچه بحث درباره اینکه آیا توسعه استانداردهای اعتباربخشی اختصاصی و جداگانه برای همه انواع بیمارستان‌ها، از جمله بیمارستان‌های تک‌تخصصی مفید است یا خیر، موضوع بین‌المللی است و به قدمت خود اعتباربخشی است (۲۲).

یک بیمارستان تک‌تخصصی، از نظر نوع خدمات ارائه‌شده، پرسنل و تجهیزات پزشکی، می‌تواند شرایط مختص به خود داشته باشد. همچنین، خدمات ارائه‌شده در بیمارستان تک‌تخصصی و نوع مراجعه‌کنندگان به آن در مقایسه با بیمارستان عمومی تنوع کمتری دارد. همین موضوع درباره ماهیت بیمارستان نیز صادق است که به مأموریت (رسالت) آن اشاره دارد. در نتیجه این تفاوت‌های اساسی بین بیمارستان‌های تک‌تخصصی و عمومی، اعتباربخشی انواع بیمارستان‌ها با استانداردهای یکسان، می‌تواند چالش‌هایی را

لینک پرسش‌نامه از طریق فضای مجازی (ایمیل و شبکه‌های اجتماعی) برای ۳۵ نفر از افراد واجد معیارهای ورود ارسال شد. پس از تعیین مهلت زمانی سه‌هفته‌ای برای افراد به‌منظور تکمیل پرسش‌نامه و پیگیری‌های مداوم تیم پژوهش، دور اول دلفی با جمع‌آوری ۲۸ پرسش‌نامه به پایان رسید (نرخ پاسخ‌دهی: ۸۰ درصد). برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی و میانگین رتبه) استفاده شد. براساس پاسخ‌های ارائه‌شده، گویه‌هایی که میانگین امتیاز آن‌ها بالاتر از ۷ بود، انتخاب شدند (ردیف ۱، ۲، ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸؛ جدول ۲). گویه‌هایی که میانگین امتیاز آن‌ها ۴ تا ۷ بود، وارد مرحله دوم دلفی شدند (ردیف ۵، ۶، ۱۰، ۱۲، ۱۵؛ جدول ۲) و گویه‌هایی که میانگین امتیاز آن‌ها معادل ۰ تا ۴ بود، حذف شدند. پنج سنج در قالب پرسش‌نامه جدیدی وارد دور دوم دلفی شدند که حاوی میانه نمرات صاحب‌نظران و نیز نمره هر صاحب‌نظر در دور

برای بیمارستان‌های تک تخصصی به همراه داشته باشد. توجه به این تفاوت‌ها بود که سبب شد وزارت بهداشت، استانداردهای اختصاصی بیمارستان‌های روان‌پزشکی را به عنوان یکی از انواع بیمارستان‌های تک تخصصی در قالب دو زیرمجموعه و هفده استاندارد به راهنمای جامع اعتباربخشی بیمارستان‌ها اضافه کند.

یافته‌های این مطالعه همسو با استانداردهای JCI برای بیمارستان‌های تک تخصصی است که بر نیاز به سنج‌های اختصاصی تأکید دارند. به عنوان مثال، در آمریکا برای بیمارستان‌های سوختگی، استانداردهای خاصی مانند ABC Burn Center Standards وجود دارد. یکی از انواع بیمارستان‌های تک تخصصی، بیمارستان سوختگی است. بیمارستان‌های تک تخصصی سوختگی به دلیل تمرکز بر درمان‌های خاص و پیچیده مرتبط با آسیب‌های سوختگی، نیازمند استانداردها و سنج‌های مخصوص به خود هستند. این بیمارستان‌ها معمولاً از شیوه‌های درمانی خاصی پیروی می‌کنند که به طور مشخص با نیازهای بیماران سوختگی مرتبط است. تأمین نکردن این نیازها در راهنمای عمومی می‌تواند به کاهش کیفیت خدمات و نارضایتی از روند درمان منجر شود. درمان سوختگی، به ویژه در مراحل حاد و همچنین در مراحل توان بخشی، فرایندی پیچیده و چندوجهی است. درمان مذکور شامل ارزیابی دقیق عمق و مساحت سوختگی، جراحی‌های ترمیمی احتمالی، مراقبت‌های ویژه و همچنین مشاوره‌های روان‌شناختی به منظور رسیدگی به مشکلات عاطفی و اجتماعی بیماران می‌شود. به همین دلیل، در حوزه‌های مختلف پزشکی و درمانی در این مراکز به سنج‌های دقیق و عمیق‌تری نیاز احساس می‌شود که باید در ویرایش راهنمای اعتباربخشی مورد توجه قرار گیرد. از طرفی، بیمارستان‌های سوختگی به نیروی انسانی متخصص و باتجربه نیاز دارند تا بتوانند به طور مؤثر بیماران را درمان کنند. این تخصص در ارزیابی کیفیت خدمات و بهره‌وری از منابع در این بیمارستان‌ها بسیار اهمیت دارند. از این رو، استانداردها و سنج‌های اعتباربخشی باید

به گونه‌ای طراحی شوند که مهارت‌ها و تخصص‌های خاص مورد نیاز برای درمان به خوبی سنجش و ارزیابی شوند. با توجه به اینکه بیماران سوختگی معمولاً در شرایط حاد و بحرانی درمان می‌شوند، ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار باید به عنوان اولویت اساسی در این نوع بیمارستان‌ها در ویرایش راهنما مورد توجه قرار گیرد. اصلاح استانداردها می‌تواند به بهبود فرایندهای درمانی، کاهش عوارض جانبی و افزایش رضایت بیماران کمک کند.

نکته قابل توجه این که شش ماه بعد از اتمام پژوهش حاضر (نیمه دوم سال ۱۴۰۲)، وزارت بهداشت کشور به عنوان متولی اعتباربخشی بیمارستانی، فایل «راهنمای تشخیص و تأیید سنج‌های غیرقابل ارزیابی در دور پنجم» را منتشر کرد. نگاهی به فایل مذکور توجه به شرایط خاص برخی از انواع بیمارستان‌ها، از جمله بیمارستان‌های تک تخصصی را نشان می‌دهد؛ موضوعی که می‌تواند تأییدکننده شکافی باشد که برانگیزاننده پژوهشگران برای طراحی و انجام پژوهش حاضر بود. این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود، از جمله از بین انواع بیمارستان‌های تک تخصصی، محدود به سه نوع بیمارستان بود (سوختگی، چشم‌پزشکی، اطفال). محدودیت دیگر ارزیابی نکردن عملی سنج‌های پیشنهادی در محیط واقعی بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به ویژگی‌ها و شرایط خاص بیمارستان‌های تک تخصصی، می‌توان راهنمای جامع فعلی اعتباربخشی برای بیمارستان‌های ایران را با تغییراتی کمابیش جزئی به نحوی بازنویسی کرد که مناسب شرایط بیمارستان‌های تک تخصصی باشد؛ بیمارستان‌هایی که با تمرکز بر ارائه خدمات درمانی خاص، به بهبود کیفیت مراقبت‌های پزشکی و افزایش دقت تشخیص و درمان بیماری‌ها کمک می‌کنند. این موضوع در نهایت به افزایش سطح سلامت جامعه منجر می‌شود. این اقدام می‌تواند به تسهیل فرایند اعتباربخشی و همچنین کاهش هزینه‌های تحمیلی به این بیمارستان‌ها

اعتباربخشی برای انواع بیمارستان‌های ایران» با کد اخلاق IR.MUI.NUREMA.REC.1401.082 است و این دانشگاه از آن حمایت مالی کرده است. پژوهشگران مراتب تشکر خود را از مصاحبه‌شوندگان محترم ابراز میکنند. هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد یا دستگاه‌ها تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

کمک کند. پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت با تشکیل کارگروهی متشکل از پژوهشگران و مدیران بیمارستان‌های تک‌تخصصی، این سنجه‌ها را در ویرایش بعدی راهنما بگنجاند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه مقطع دکتری در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با عنوان «توسعه محوره‌های استانداردهای

منابع

1. Moasses-Ghafari B, Abbaszadeh A, Rahmani K. Effect of education and written feedback on the quantity and quality of documenting patients' records in a general teaching hospital: an action research study. *SJKU*. 2024;29(2):79-88.
2. Sodagar H. Hospital design. 2nd ed. Tehran: Danesh and Fan Publications; 2020:67.
3. The Global Health Observatory. Infant mortality rate (indicator) [internet]; 2023. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3590>
4. Ministry of Health and Medical Education. Hospital statistics and information yearbook 1401; 2022:235 .
5. Gutiérrez JP, Rodriguez MA, Torres-Pereda P, Reyes-Morales H. Hospital accreditation in Mexico fails to improve the quality of healthcare: lessons from an impact evaluation. *Front Public Health*. 2024;12:8-13.
6. Jovanovic B. Hospital accreditation as method for assessing quality in health care. *Arch Oncol*. 2005;13(4):156 .
7. Araujo CA, Siqueira MM, Malik AM. Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2020;32(8):533-541.
8. 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):85 .
9. Robbins G, Sweeney B, Vega M. Hospital accreditation systems and salience of organisational tensions. *AAAJ*. 2022;35(90):57-80 .
10. 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;15:1-10.
11. Ghaffarian A, Cheraghi A, Ferdosi M. Hospital accreditation challenges in small and single-specialty hospitals: a qualitative study. *Hospital*. 2024;23(2):126-140 .
12. 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. *Health Inf Manag*. 2021;18(2):53-59.
13. Care PE. Pediatrics trauma standards: Pennsylvania trauma systems foundations standards for trauma center accreditation. Pennsylvania: Williams & Wilkings; 1988.
14. Brown S. Accreditation of ambulatory surgery centers. *AORN J*. 1999;70(5):814-821.
15. Hamilton M. Developing clinical standards and accrediting clinics in infertility care. *Hum Fertil*. 2003;6(2):30-32.
16. Taverna E. Chest pain centers: Surviving the accreditation process. *J Nurs Manag*. 2007;38(4):42-51.

- 17 .Jaafariipooyan E, Mosadeghrad AM, Salarvand A. Hospital accreditation surveyors' evaluation criteria in Iran. *Payavard Salamat*. 2019;13(2):110-122 .
- 18 .Mosadeghrad AM, Ghazanfari F. Developing a hospital accreditation model: a Delphi study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:1-16.
- 19 .Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health*. 2019;11(4):589-597.
- 20 .Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Qual Res*. 1994;2(163-194):105.
- 21 .Hasson F, Keeney S, McKenna H. Revisiting the Delphi technique - research thinking and practice: A discussion paper. *Int J Nurs Stud*. 2025;3(11-15):105.
22. Duckett SJ. Evaluation of hospital accreditation in New South Wales [dissertation]. St. Louis (Mo): UNSW Sydney; 1981.