



Hospital Accreditation Challenges in Small and Single-Specialty Hospitals: A Qualitative Study

Ghaffarian. Ali¹, Cheraghi. Azam², Ferdosi. Masoud^{*3}

- 1- Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
- 2- Department of Hospital Supervision and Accreditation, Vice-Chancellery for Clinical Affairs, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
- 3- Health Management and Economics Research Center, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Received Date:

2024.10.14

Accepted Date:

2024.12.21

*Corresponding

Author Email:

ferdosi1348@yahoo.com

Abstract

Background and purpose: Accreditation is one of the most widely recognized and reliable methods for evaluating the quality of hospital services. However, its implementation is often accompanied by various challenges for hospitals. This study aimed to identify the challenges associated with accreditation in small and single-specialty hospitals from the perspective of those involved in the process.

Methods: This qualitative descriptive study was conducted with the participation of 30 individuals, including hospital staff, national accreditation evaluators, and experts from the Ministry of Health's Monitoring and Accreditation Office. Data were collected through semi-structured interviews and individual sessions. Content analysis was used to process the data, which was analyzed using Max-QDA software (version 20).

Results: The accreditation challenges of small hospitals were categorized into four main themes: "accreditation process," "human resources," "structural issues," and "financial constraints." For single-specialty hospitals, challenges were grouped into three themes: "accreditation process," "human resources," and "uniformity of accreditation standards." Common challenges for both hospital types included low staff motivation, insufficient training in accreditation procedures, and issues related to evaluators.

Conclusion: In addition to general accreditation challenges, small and single-specialty hospitals face unique obstacles due to their specific conditions and inherent differences from other hospitals. To ensure the successful implementation of accreditation programs in Iran, policymakers should thoroughly examine the identified challenges and incorporate these insights into national hospital accreditation planning and implementation strategies.

Keywords: Accreditation, Small Hospitals, Single-Specialty Hospitals, Challenges, Healthcare Quality



Copyright©2024 Scientific Association of Hospital Affairs, and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

چالش‌های اعتباربخشی درمانی بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی: یک مطالعه کیفی

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

۱- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

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

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

چکیده:

زمینه و هدف: پیاده‌سازی اعتباربخشی به‌عنوان یکی از رایج‌ترین و معتبرترین روش‌های ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی، همواره برای بیمارستان‌ها با چالش‌هایی همراه بوده است. هدف این پژوهش، شناسایی چالش‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی از دیدگاه افراد درگیر در این فرایند بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه کیفی توصیفی با رویکرد تحلیل محتوا است که با مشارکت ۳۰ نفر از کارکنان بیمارستان‌های هدف، ارزیابان کشوری اعتباربخشی و کارشناسان ستادی دفتر نظارت و اعتباربخشی وزارت بهداشت انجام شد. مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختاریافته و جلسات انفرادی برگزار شد. داده‌ها با روش تحلیل محتوا و با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزار Max QDA مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: چالش‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های کوچک در قالب ۴ تم «فرایند اعتباربخشی»، «نیروی انسانی»، «ساختاری» و «مالی» طبقه‌بندی شدند. چالش‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های تک تخصصی در قالب ۳ تم «فرایند اعتباربخشی»، «نیروی انسانی» و «یکسان بودن سنج‌ها» طبقه‌بندی شدند. پایین بودن انگیزه کارکنان و آموزش ناکافی آن‌ها در زمینه اعتباربخشی و چالش‌های مرتبط با ارزیابان، چالش‌های مشترک اعتباربخشی بین بیمارستان‌های کوچک و بیمارستان‌های تک تخصصی بودند.

نتیجه‌گیری: بیمارستان‌های کوچک و بیمارستان‌های تک تخصصی علاوه بر چالش‌های عمومی اعتباربخشی، با توجه به شرایط خاص خود از لحاظ تفاوت‌های ماهیتی با سایر بیمارستان‌ها، با چالش‌های دیگری نیز مواجه هستند. به سیاست‌گذاران پیشنهاد می‌شود برای اجرای موفق این برنامه در ایران، جوانب مختلف تمامی چالش‌های شناسایی شده را مطالعه و این نکات را در برنامه‌ریزی‌ها برای پیاده‌سازی برنامه اعتباربخشی بیمارستانی در سطح کشور مدنظر قرار دهند.

کلیدواژه: اعتباربخشی درمانی، بیمارستان تک تخصصی، بیمارستان کوچک، چالش، مزیت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱

* نویسنده مسئول مقاله:

ferdosi1348@yahoo.com

مقدمه

بیمارستان‌ها، سازمان‌هایی پیچیده، بوروکراتیک و چند تخصصی هستند که بخش قابل توجهی از بودجه نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند (۱). در تقسیم‌بندی انواع بیمارستان‌ها، از ملاک‌های چندگانه‌ای استفاده می‌شود، نظیر: «تعداد تخت بستری» و «نوع فعالیت» بیمارستان (۲، ۳). بر اساس «تعداد تخت»، انواع بیمارستان‌ها عبارت‌اند از: کوچک، متوسط، بزرگ، خیلی بزرگ و مجتمع بیمارستانی (۳). بیمارستان کوچک تعاریف متعددی دارد. «نظام ملی سلامت» انگلستان بیمارستان‌های زیر ۴۰۰ تخت را به‌عنوان بیمارستان کوچک تعریف کرده است (۴)، در حالی که «بورد اعتباربخشی ملی هندوستان برای بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت»^۱ تعداد ۵۰ تخت و کمتر را در تعریف بیمارستان کوچک در نظر دارد (۵). در تعریفی دیگر، بیمارستان کوچک عبارت است از بیمارستان‌هایی که دارای کمتر از ۱۰۰ تخت بستری فعال هستند که در ایران بیشتر همین عدد مبنای قرار گرفته است (۶). بیمارستان‌ها بر مبنای «نوع فعالیت» به چهار دسته «عمومی»، «تخصصی»، «تک تخصصی» و «بیمارستان‌های صحرایی» تقسیم‌بندی می‌شوند. بیمارستان تک تخصصی طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، یک مرکز بهداشتی درمانی است که مسئولیت ارائه خدمت به بیماران یک ارگان خاص مثل چشم، گوش و حلق و بینی، ارتوپدی، مغز و اعصاب و ... یا بیماران با شرایط خاص مثل بیماری‌های عفونی (مانند سل)، تصادفات و یا گروه معینی از جمعیت (مانند کودکان) را بر عهده دارد (۱). بر اساس آخرین آمار منتشره از جانب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در اردیبهشت ۱۴۰۳، از مجموع

۱۰۶۶ بیمارستان فعال در ایران، اکثر بیمارستان‌ها (۴۷.۶ درصد) کمتر از ۱۰۰ تختخوابی هستند. ۳۲۵ بیمارستان کشور، دارای ۶۴ تختخواب و کمتر هستند. همچنین ۱۴.۴ درصد مجموع بیمارستان‌های کشور، بیمارستان‌های تک تخصصی هستند (۷).

نوع مشتریان و ماهیت خدمات بیمارستان‌ها، فارغ از اندازه و نوع فعالیتشان ایجاب می‌کند که یک نظام هدفمند برای برنامه‌ریزی، بهبود و ارزشیابی کیفیت خدمات ارائه‌شده، ایجاد شود (۸). اعتباربخشی یکی از راه‌های بهبود کیفیت خدمات درمانی بوده و به معنای ارزیابی نظام‌مند مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص به منظور اطمینان از عملکرد آن‌هاست (۹، ۱۰). اعتباربخشی یکی از نظام‌های ارزشیابی استاندارد است که به دلیل اهمیت کارایی و نقش اساسی آن در ارتقای کیفیت خدمات سلامت به‌طور گسترده در سطح جهان برای ارزیابی نظام‌های خدمات درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۱). تعداد زیادی از کشورها نظام اعتباربخشی ملی خود را به‌عنوان یک راهبرد برای بهبود خدمات راه‌اندازی کرده‌اند؛ به‌عنوان مثال در ایالات متحده آمریکا، بیمارستان‌ها برای اینکه در برنامه «مدیکر»^۳ پذیرفته شوند، نیاز به اجرای اعتباربخشی بیمارستانی دارند (۱۲).

اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران از سال ۱۳۹۱ شروع شده است. طی دوره‌های مختلف اعتباربخشی، تعداد و محتوای استانداردها و سنج‌های اعتباربخشی با توجه به بازخوردها و تجارب کسب‌شده، دستخوش تغییرات شده‌اند. آخرین ویرایش راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران (نسخه مورد استناد دور پنجم اعتباربخشی ملی) در سال ۱۴۰۱ ابلاغ شد (۱۳، ۱۴). اعتباربخشی همانند تمامی مداخلات و برنامه‌های مراقبت

¹ National Health Services (NHS)

² National Accreditation Board for Hospitals & Healthcare Providers

³ Medicare

نقاط مثبت، اعتباربخشی اثربخش تر می‌گردد. از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش، دسترسی به مشارکت‌کنندگان و تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش بود.

بررسی‌های پژوهشگران در زمینه پیشینه پژوهش نشان داد که علی‌رغم انجام مطالعات متعدد در رابطه با چالش‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌های مختلف، تاکنون بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی به صورت مشخص هدف این‌گونه پژوهش‌ها نبوده‌اند. بر این اساس، هدف از پژوهش حاضر شناسایی چالش‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی از دیدگاه کارکنان بیمارستان‌های مذکور، ارزیابان کشوری و کارکنان ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کیفی توصیفی است و در سال ۱۴۰۲ انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل مدیران داخلی و مدیران بهبود کیفیت بیمارستان‌ها، ارزیابان کشوری اعتباربخشی و کارشناسان ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بودند. مشارکت‌کنندگان از طریق نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل حداقل ۵ سال سابقه کار، درگیر بودن با مسئله اعتباربخشی بیمارستان و گذراندن دوره‌های آموزشی اعتباربخشی بود. معیار خروج، ابراز عدم تمایل به همکاری از جانب مشارکت‌کنندگان بود. روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه داشت که در مجموع ۳۰ نفر شامل ۱۶ نفر از کارکنان بیمارستان، ۱۰ ارزیاب کشوری و ۴ کارشناس ستادی مورد مصاحبه قرار گرفتند. معیارهای اشباع بر اساس تنوع نمونه‌ها، روش انتخاب شرکت‌کنندگان، روش جمع‌آوری داده‌ها،

سلامت به ارزیابی و آنالیز علمی نیاز دارد؛ همچنان که محدودیت‌ها و چالش‌هایی نیز دارد که در مطالعات مختلف به آن‌ها پرداخته شده است (۱۵-۱۸). از جمله این چالش‌ها می‌توان به استفاده از استانداردها و روش‌های نامناسب برای ارزیابی سازمان‌ها، افزایش هزینه، افزایش حجم کار، استرس، نبود انگیزه و نارضایتی بیمارستان‌ها اشاره کرد (۱۹). بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی نقش قابل توجهی در تأمین خدمات بهداشتی و درمانی در مناطق کمتر توسعه‌یافته و حاشیه‌ای ایفا می‌کنند و می‌توانند به عنوان اولین نقطه تماس بیماران با نظام سلامت عمل کنند (۱۲). این مراکز به دلیل محدودیت منابع و ساختار سازمانی خاص خود، ممکن است با چالش‌هایی همچون عدم تطابق استانداردهای اعتباربخشی با نیازهای خاص آن‌ها، کمبود منابع انسانی و مالی و مشکلات در مدیریت کیفیت خدمات مواجه شوند (۱۶، ۱۵). در حالی که اعتباربخشی می‌تواند به عنوان ابزاری برای ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات در نظر گرفته شود، عدم توجه کافی به ویژگی‌ها و نیازهای این بیمارستان‌ها می‌تواند منجر به نتایج ناخواسته و کاهش کیفیت خدمات ارائه‌شده شود؛ بنابراین، شناسایی این چالش‌ها و پیشنهاد راهکارهای مناسب برای آن‌ها، نه تنها به بهبود عملکرد این بیمارستان‌ها کمک می‌کند، بلکه به ارتقای کلی نظام سلامت نیز منجر می‌شود. با ارزشیابی ساختارها، فرایندها و نتایج اعتباربخشی بیمارستان‌ها و شناسایی مشکلات و چالش‌های آن، اطلاعات مفیدی در اختیار مدیران و کارکنان مربوط قرار می‌گیرد تا با اعمال اصلاحات لازم، عملکرد بیمارستان‌ها را ارتقا دهند. با توجه به اهمیت اعتباربخشی مؤثر برای بیمارستان، بررسی نواقص و چالش‌های این برنامه بسیار ضروری است. با بررسی فرایند و نحوه اجرای اعتباربخشی، نقاط قوت و چالش‌های آن تعیین می‌گردد و با رفع چالش‌ها و تقویت

روایی، پایایی، تأیید پذیری و قابلیت انتقال بر اساس معیارهای پیشنهاد شده «گوبا و لینکلن»^۲ استفاده شد (۲۲). به منظور تأیید روایی پژوهش، شرکت کنندگان و اساتید خبره، مصاحبه‌های کتبی انجام شده را بررسی کردند. برای اطمینان از پایایی و تأیید پذیری نیز، پژوهشگران روش‌های جمع‌آوری و تحلیل داده‌های خود را با دقت مستند کردند. آن‌ها همچنین گزینه‌های منتخبی از مصاحبه‌ها را با متخصص روش‌شناسی تحقیق کیفی، به اشتراک گذاشتند که تأیید شد. از نظر قابلیت انتقال، تلاش شد با ارائه توضیحات جامع و درج کلیه جزئیات مرتبط با پژوهش، هرگونه ابهامی برطرف شود. برای افزایش کیفیت پژوهش اقدامات متعددی انجام شد، از جمله: صرف زمان کافی برای مصاحبه‌ها، شرح دقیق روش انجام مصاحبه، کدگذاری مصاحبه‌ها به صورت جداگانه توسط دو تن از پژوهشگران، مقایسه دائم بین اطلاعات به دست آمده و تبادل نظر با هم‌تایان. ملاحظات اخلاقی رعایت شد، از جمله: اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، توضیح شفاف اهداف پژوهش به مصاحبه‌شوندگان و اخذ رضایت آگاهانه آن‌ها، آزاد بودن مصاحبه‌شوندگان نسبت به شرکت در مصاحبه، حق کناره‌گیری مصاحبه‌شوندگان در طول مطالعه، کسب اجازه در خصوص ضبط صدا، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی مصاحبه‌شوندگان و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها.

یافته‌ها

۷ مدیر داخلی، ۸ مدیر بهبود کیفیت، ۱۰ نفر از ارزیابان کشوری اعتباربخشی درمانی و ۵ نفر از کارشناسان ستادی، شاغل در دفتر نظارت و اعتباربخشی

بودجه و منابع در دسترس متفاوت است. اشباع داده‌ها در مطالعات کیفی زمانی اتفاق می‌افتد که بر اساس بررسی حداقل دو پژوهشگر متخصص، کدهای جدید طی انجام جمع‌آوری داده‌های بیشتر و تحلیل داده‌ها حاصل نشود (۲۰). مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۵۰ دقیقه بود. سؤالات اصلی مصاحبه عبارت بودند از: ۱- چالش‌های بیمارستان‌های کوچک در مسیر پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی کدام‌اند؟ ۲- چالش‌های بیمارستان‌های تک تخصصی در مسیر پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی کدام‌اند؟ در این مقاله مصاحبه‌شوندگان با حرف «P» مشخص شدند. برای تحلیل داده‌های کیفی، از روش تحلیل موضوعی شش مرحله‌ای «براون و کلارک»^۱ استفاده شد. مراحل این روش عبارت‌اند از آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور درون‌مایه، تعریف درون‌مایه‌ها و درنهایت، تهیه گزارش (۲۱). 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 درنهایت در تم‌های اصلی جایگذاری شدند. درون‌مایه‌های اصلی و فرعی چند بار 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 نسخه ۲۰ نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد.

درنهایت با توجه به سؤال‌های پژوهش و استفاده از کدهای شناسایی شده و نقل‌قول‌های مرتبط مصاحبه‌شوندگان، درون‌مایه‌های اصلی و فرعی به صورت گزارش آماده شد. برای افزایش اعتبار داده‌های گردآوری‌شده، از چهار معیار

² Guba & Lincoln

¹ Braun & Clarke

معاونت درمان وزارت بهداشت، به روش هدفمند وارد مطالعه شدند (۱۷ زن، ۱۳ مرد) (جدول ۱). دامنه سنی شرکت کنندگان ۲۴ تا ۵۵ سال و سابقه کاری حداقل ۵ و حداکثر ۲۲ سال بود (جدول ۱).

جدول ۱ - اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان

متغیر	گروه	تعداد
سن	> ۳۰ سال	۴
	۳۰ تا ۳۹ سال	۱۲
	۴۰ تا ۴۹ سال	۱۲
	< ۵۰ سال	۲
مجموع		۳۰
جنس	زن	۱۹
	مرد	۱۱
مجموع		۳۰
پست شغلی	مدیر بهبود کیفیت	۸
	مدیر داخلی بیمارستان	۷
	ارزیاب کشوری	۱۰
	کارشناس وزارت بهداشت	۵
مجموع		۳۰
رشته تحصیلی	اقتصاد سلامت	۳
	پرستاری	۱۲
	پزشکی	۲
	مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۱۰
	سایر	۳
مجموع		۳۰
تجربه کاری	> ۱۰ سال	۵
	۱۰ تا ۱۴ سال	۱۱
	۱۵ تا ۱۹ سال	۸
	< ۲۰ سال	۶
مجموع		۳۰

فکر می‌کنم جالب نیست. یک جورایی آدم فکر می‌کند نگاه بالا به پایین دارند" (P2).

۲-۱ بازخورد اعتباربخشی

نحوه ارائه بازخورد به بیمارستان پس از اتمام فرایند اعتباربخشی، از مواردی بود که مصاحبه‌شوندگان به‌عنوان چالش به آن اشاره داشتند: "پروتکل مشخصی وجود ندارد که وقتی که فرایند اعتباربخشی تمام شد، بیمارستان بالاخره بفهمد در این دو سه روزی که ارزیابی انجام شده است، وضعیت بیمارستان چطور بوده است" (P23). "در جلسه اختتامیه که ارزیابان برگزار می‌کنند، بیشتر صحبت‌ها صورت کلی داشته و مشخص نیست نقاط ضعف بیمارستان دقیقاً چه بوده است" (P1).

۲- نیروی انسانی

موضوع نیروی انسانی در سه زیرتم کمبود نیرو، آموزش ناکافی کارکنان و عدم انگیزه و مشارکت، از جمله موارد پرتکرار مورد اشاره در صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان بود.

۲-۱ کمبود نیرو

از جمله چالش‌های پرتکرار، موضوع کمبود نیروی انسانی پزشکی و پرستاری بود: "بیش‌ترین توجه ما به‌عنوان ارزیاب در زمان اعتباربخشی بیمارستان‌های کوچک، به حضور پزشکان متخصصی است که باید مشغول به کار باشند. ولی خیلی از این بیمارستان‌ها متأسفانه با کمبود نیرو، مخصوصاً پزشک متخصص دست‌به‌گریبان هستند" (P4). دیگر چالش، لزوم ایفای نقش‌های متعدد توسط برخی کارکنان بود: "به دلیل کمبود نیرو، یک نفر معمولاً نقش‌های چندگانه‌ای در بیمارستان بر عهده دارد. مثلاً یک نفر هم‌زمان هم مسئول بهداشت محیط است، هم کنترل عفونت و هم مسئول کمیته‌ها. این امر به‌خودی‌خود، فشار کاری بر دوش کارکنان را افزایش داده و منجر به بهره‌وری پایین می‌گردد" (P3).

پس از بررسی نظرات مصاحبه‌شوندگان، کدگذاری و تحلیل موضوعی، در نهایت چالش‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های کوچک در ۴ تم اصلی^۱ (طبقه اصلی) و ۹ زیرتم^۲ (طبقه فرعی) و چالش‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های تک تخصصی در ۳ تم اصلی و ۶ زیرتم شناسایی گردید. کدهای هر مصاحبه در دسته مربوط قرار گرفت. بیشترین فراوانی چالش‌ها در بیمارستان‌های کوچک، کمبود نیروی انسانی پزشک و پرستار و محدودیت مالی و در بیمارستان‌های تک تخصصی، متفاوت بودن فرایندهای ارائه خدمت و دشواری جلب همکاری پزشکان متخصص در زمینه اعتباربخشی بود. پایین بودن انگیزه کارکنان و آموزش ناکافی آن‌ها در زمینه اعتباربخشی و چالش‌های مرتبط با ارزیابان، چالش‌های مشترک اعتباربخشی بین بیمارستان‌های کوچک و بیمارستان‌های تک تخصصی بودند.

چالش‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های کوچک

۱- فرایند اعتباربخشی

مصاحبه‌شوندگان به مجموعه چالش‌هایی اشاره داشتند که طی زمان انجام اعتباربخشی در بیمارستان، با آن‌ها مواجه شده‌اند. این چالش‌ها در دو زیر طبقه زیر طبقه‌بندی شدند:

۱-۱ ارزیابان

پیش‌فرض‌های ذهنی ارزیابان و نگرش منفی برخی، به‌عنوان موانع مربوط به ارزیابان مورد اشاره قرار گرفتند:

"بعضی ارزیابان بیشتر از اینکه روی آموزش بیمارستان تأکید داشته باشند، مثل یک بازرس عمل می‌کنند. یعنی بیشتر به دنبال دست گذاشتن بر نقاط ضعف بیمارستان هستند تا توجه به نقاط قوت" (P13). "لحن و برخورد برخی ارزیابان زمانی که می‌خواهند از کارکنان سالی بپرسند، بعضی وقت‌ها

¹ Theme

² Sub-theme

۲-۲ آموزش ناکافی

ضعف در فراهم آوری الزامات آموزش به کارکنان از جمله آموزش‌های مورد نیاز در رابطه با اعتباربخشی، درک پایین از اهمیت اعتباربخشی و بعد مسافت تا محل برگزاری برخی کارگاه‌ها، از سوی بعضی مصاحبه‌شوندگان مطرح شد: "بر اساس یکی از سنجه‌های سطح دو اعتباربخشی، مدیران بیمارستان باید در دو حیطه عمومی و اختصاصی آموزش ببینند. یکی از مشکلات ما دقیقاً در همین راستاست. مثلاً رئیس بیمارستان چون جراح است، اصلاً وقتی برای شرکت در دوره‌های آموزشی ندارد. علاوه بر این، به عنوان یک بیمارستان کوچک دور از دانشگاه، در دسترسی به این آموزش‌ها مشکل داریم" (P16). "نیروی خدمات معمولاً در مورد اهمیت فرایند اعتباربخشی کمتر هدف برنامه‌های آموزشی هستند و بنابراین به اهمیت آن کمتر واقف‌اند" (P20).

۲-۳ فقدان انگیزه و مشارکت

در پژوهش حاضر، انگیزه پایین برای مشارکت در پیاده‌سازی سنجه‌ها، از سوی بیشتر مصاحبه‌شوندگان، مورد تأکید قرار گرفت: "یکی از چالش‌های عمده‌ای که در اعتباربخشی بیمارستان‌های کوچک با آن مواجه می‌شویم این است که کارکنان بیمارستان مخصوص پرستاران، از همکاری ضعیف پزشکان در پیاده‌سازی راهنمای اعتباربخشی انتقاد دارند" (P6). "زمانی که به عنوان مسئول بهبود کیفیت برای انجام ممیزی‌های روتین اعتباربخشی به بخش‌های بستری مراجعه می‌کنم، کارکنان خیلی وقت‌ها می‌گویند دوره قبلی که بیمارستان حائز رتبه یک شد، در پرداختی ما با افرادی که هیچ زحمتی برای اعتباربخشی متحمل نشدند، تفاوتی مشاهده نشد" (P7).

۳-۳ ساختاری

استانداردهای اعتباربخشی مجموعه‌ای از انواع استانداردهای درون دادی، فرایندی و برون دادی هستند (۱۳). بیشتر استانداردهای برون دادی، مربوط به زیر محور مدیریت خطر حوادث و بلایا و در رابطه با ساختمان بیمارستان هستند. از این روی در صورت فرسودگی ساختمانی، بسیاری از نمرات مربوط به حیطه مذکور به بیمارستان تعلق نخواهد گرفت. همین موضوع در رابطه با استانداردهای فرایندی نیز صادق است. مصاحبه‌شوندگان از مجموعه‌ای از چالش‌های مرتبط با ساختمان بیمارستان و فرایندهای بالینی و مدیریتی به عنوان موانع دستیابی به امتیازات اعتباربخشی، صحبت کردند.

۳-۱ فیزیکی

فرسودگی ساختمانی، فقدان برخی از بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی و عدم امکان توسعه بیمارستان به دلایل مختلف، از چالش‌هایی بودند که بسیاری از مصاحبه‌شوندگان، به آن‌ها اشاره داشتند. "اخذ تأییدیه‌های مربوط به مدیریت بحران برای ما همیشه چالش بوده است که دلیل اصلی آن فرسودگی ساختمان بیمارستان است. یا مثلاً سیستم اطفاء حریق در بعضی بخش‌ها نداریم هنوز" (P11).

۳-۲ فرایندی

ارائه خدمت در بیمارستان حاصل انجام گام‌به‌گام فرایندهایی بالینی و غیر بالینی است. چالش‌هایی که در حین انجام فرایندهای مذکور، گریبان‌گیر کارکنان می‌شود، در قالب زیرترم فرایندی دسته‌بندی گردید. بعضی اشارات مصاحبه‌شوندگان به این گونه چالش‌ها بدین ترتیب بیان شدند: "به نظر من فرایندهای اصلی یک بیمارستان کوچک مثل بیمارستان ما، می‌تواند متفاوت از یک بیمارستان بزرگ واقع در مرکز استان باشد. مثلاً فرایند اعزام فرایند اصلی و درجه اول

چالش‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های تک تخصصی

۱- فرایند اعتباربخشی

مشابه با بیمارستان‌های کوچک، مصاحبه‌شوندگان در مورد بیمارستان‌های تک تخصصی نیز به مجموعه چالش‌هایی اشاره داشتند که طی زمان انجام اعتباربخشی در بیمارستان، با آن‌ها مواجه شده‌اند. این چالش‌ها در دو زیر طبقه زیر طبقه‌بندی شدند:

۱-۱ ارزیابان

بعضی مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند ارزیابان اعتباربخشی، دانش و تجربه کافی در زمینه اعتباربخشی بیمارستان نداشته و گاهی اوقات نیز نحوه برخورد و تعاملشان در زمان اعتباربخشی با کارکنان بیمارستان مناسب نیست: "آخرین باری که بیمارستان ما اعتباربخشی شد، ارزیاب بالینی اصلاً سابقه کار در بیمارستان زنان و زایمان نداشت. برخی فرایندهایی که در بیمارستان ما به عنوان یک بیمارستان تخصصی ارائه می‌شود تا حدود زیادی برای ارزیاب تازگی داشت" (P12). زمانی که ارزیاب وارد بخش می‌شود معمولاً چک‌لیستی جهت ارزیابی به همراه دارد. ولی مشخص نیست آیا واقع براساس همان عمل می‌کند یا بیشتر سلیقه و نظر شخصی دخیل است" (P26).

۱-۲ زمان اعتباربخشی

مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند مدت زمانی که ارزیابان در بیمارستان حضور دارند، برای ارزیابی جامع و بی‌کم و کاست، کافی نیست. همچنین تقسیم ساعات حضور ارزیابان در شیفت‌های مختلف، به صورتی است که همه جوانب ارائه خدمت و فرایندهای اصلی بیمارستان پایش نمی‌شوند: "به نظر من، حضور پاره‌وقت سه تا چهار نفر، نمی‌تواند دید شفاف و درستی از وضعیت بیمارستان به ارزیابان بدهد" (P20). "بیشتر

از نظر اهمیت برای ماست. چون خیلی وقت‌ها مجبوریم بیمار را برای دریافت خدمات تخصصی تر اعزام کنیم به مرکز استان" (P3). "یکی از مشکلات ما این است که چون بیمارستان کوچکی هستیم، ارتقاء شغلی یا جانشین پروری به آن صورتی که در یک بیمارستان بزرگ مطرح است، نداریم" (P16).

۴- مالی

کسب نمره اعتباربخشی توسط بیمارستان، مانند هر برنامه دیگری، در کنار داشتن پرسنل مجرب، نیازمند در اختیار داشتن منابع مالی لازم برای هزینه کرد در راستای پیاده‌سازی استانداردهاست (۱۸). کمبود منابع مالی و محدودیت درآمدی که موجب کاهش توانایی تیم مدیریت و رهبری بیمارستان برای فراهم آوردن زیرساخت‌های لازم کسب نمره اعتباربخشی می‌شود، از چالش‌هایی بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره داشتند:

۴-۱ مضیقه مالی

کمبود شدید منابع مالی مورد نیاز برای فراهم آوری الزامات پیاده‌سازی سنج‌ها، از دید مصاحبه‌شوندگان مانعی در زمینه اعتباربخشی بود: "هزینه بالای اندازه‌گیری عوامل شیمیایی و بیولوژیک باعث می‌شود که خیلی از بیمارستان‌های کوچک با توجه به منابع مالی محدودشان نتوانند از عهده آن برآیند" (P18).

۴-۲ عدم وصول درآمدها

وابستگی زیاد به بودجه تخصیص شده از سمت دانشگاه به دلیل کم بودن میزان سایر منابع درآمدی بیمارستان، مورد توجه برخی مصاحبه‌شوندگان قرار گرفته بود: "با وجود اینکه مبلغ بستانکاری ما از بیمه‌های پایه به نسبت یک بیمارستان بزرگ رقم بالایی نیست اما همین الان هشت ماه معوقات پرداخت داریم" (P5). "بالینکه ردیف بودجه هر بیمارستان سالانه مشخص می‌شود، اما خیلی وقت‌ها بودجه اختصاصی دانشگاه بین واحدهای مختلف از جمله حیطه آموزش و درمان جابه‌جا می‌گردد" (P26).

استانداردهای اعتباربخشی و پیش‌نیازهای مالی آن‌ها اصلاً طرف توجه سطوح مدیریتی بیمارستان نیستند، انگیزه خود را از دست می‌دهند" (P21).

۳- یکسان بودن سنجه‌ها برای انواع بیمارستان‌ها

یکی از چالش‌های مورد اشاره بعضی از مصاحبه‌شوندگان، تأکید بر نادیده گرفته شدن ویژگی‌ها و خصوصیات منحصربه‌فرد بیمارستان‌های تک تخصصی در راهنمای جامع اعتباربخشی بود. به اعتقاد این افراد، یک بیمارستان تک تخصصی، از نظر نوع خدماتی که ارائه می‌دهد و هم‌زمان کارکنان متخصص و تجهیزات اختصاصی که دارد، می‌تواند برخی سنجه‌های اختصاصی هم داشته باشد. علاوه بر آن، با توجه به اینکه خدمات ارائه شده در یک بیمارستان تک تخصصی و نوع بیماران مراجعه‌کننده به آن در مقایسه با یک بیمارستان جنرال، از تنوع کمتری برخوردار است. همین موضوع در رابطه با ماهیت بیمارستان که به نوع ماموریت بیمارستان برمی‌گردد نیز صادق است. در نتیجه این تفاوت‌های ماهوی بین بیمارستان‌های تک تخصصی و جنرال، اعتباربخشی همه انواع بیمارستان‌ها با استانداردهای یکسان، می‌تواند چالش‌هایی را برای بیمارستان‌های تک تخصصی به همراه داشته باشد. لزوم توجه به همین تفاوت‌ها بود که باعث گردید تا در آخرین ویرایش راهنمای جامع اعتباربخشی (ویرایش پنجم) که از سوی وزارت بهداشت ابلاغ شد، استانداردهای اختصاصی بیمارستان‌های روان‌پزشکی، به عنوان یکی از انواع بیمارستان‌های تک تخصصی در قالب ۲ زیر محور و ۱۷ استاندارد به راهنمای مذکور اضافه گردید (۷). این چالش‌ها در قالب دو زیر طبقه به شرح زیر دسته‌بندی شدند:

تمرکز ارزیابان روی شیفت صبح است و در شیفت‌های عصر و شب هم اگر باشند، ساعت کمتری حضور دارند" (P7).

۲- نیروی انسانی

یکی دیگر از چالش‌های مشترک بیمارستان‌های تک تخصصی با بیمارستان‌های کوچک، در حیطه نیروی انسانی بود.

۲-۱ آموزش ناکافی

متولی اعتباربخشی در سطح هر دانشگاهی، دفتر نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان آن دانشگاه است. این دفتر، نقش رفرنس برای بیمارستان‌ها در راستای پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی را دارد. ضعف دانشی کارکنان این دفتر، مورد اشاره برخی مصاحبه‌شوندگان بود "مطابق روال عادی کار، هر جایی که در زمینه سنجه‌ها به مشکل برمی‌خوریم، از دفتر اعتباربخشی معاونت درمان دانشگاه کمک می‌گیریم. اما خیلی از مواقع نمی‌توانند پاسخگوی ابهامات مطرح شده باشند و مجبورند از سطح وزارت استعلام کنند. این موضوع خیلی زمان‌بر و طولانی می‌شود" (P4). عدم تمایل به شرکت در کلاس‌های آموزشی مربوط به اعتباربخشی، مخصوصاً از سوی کادر درمان، مورد اشاره قرار گرفت: "بیشتر کارکنان تیم درمان بیمار، از جمله پزشک معالج، به نحوی برای حضور در کلاس‌های آموزشی مقاومت می‌کنند" (P11).

۲-۲ فقدان انگیزه و مشارکت

مشارکت ضعیف پزشکان متخصص در پیاده‌سازی سنجه‌ها و بی‌توجهی تیم مدیریت و رهبری بیمارستان به اعتباربخشی، باعث تأثیر منفی بر کارکنان و روند پیاده‌سازی سنجه‌ها بود: "با وجود اینکه بسیاری از استانداردها مربوط به فرایندهای بالینی و الزامات پروسیجرهای درمانی هستند، اما کمتر شاهد این هستیم که پزشک مسئول درمان، توجهی به آن‌ها نشان دهد" (P17). "کارکنان وقتی می‌بینند که

۳-۱ خدمات ارائه شده

"پروسیجرهای درمانی انجام شده توسط پرستاران، مثل خون‌گیری از اطفال در مقایسه با بیماران بزرگسال، زمان برتر است. به همین دلیل به نظر من باید نیروی پرستاری بیشتری برای بیمارستان‌های اطفال در نظر گرفته شود" (P28). در یک بیمارستان چشم‌پزشکی، تعداد و ماهیت پروسیجرهایی که ارائه می‌شوند، بسیار کمتر از یک بیمارستان جنرال است. این موضوعی است که در استانداردهای اعتباربخشی به آن توجه کافی نشده است. مثلاً سنجه‌های مربوط به انتقال خون در بیمارستان‌های چشم‌پزشکی باید مختصرتر دیده شوند، چون خیلی کم به آن نیاز پیدا می‌شود" (P4).

۳-۲ ماهیت بیمارستان

"یکی از چالش‌های پیاده‌سازی سنجه‌های اعتباربخشی، غفلت از مأموریت بیمارستان است؛ منظورم این است که سنجه‌های هر بیمارستان باید مطابق با مأموریت آن بیمارستان تدوین گردد" (P17). "برای بیمارانی که معتادان و سیگار می‌خوان بکشن (در بیمارستان سوختگی)، اتاق سیگار نداریم و وزارت خانه هم مخالفت می‌کند که اتاق سیگار فقط برای بیمارستان‌ها و بخش‌های روان است" (P3).

بحث

بیمارستان‌های ایران در طول پنج دوره‌ای که تاکنون اعتباربخشی شده‌اند، با چالش‌هایی مواجه بوده‌اند. پژوهش حاضر در سال ۱۴۰۲ و با هدف تبیین چالش‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی انجام شد. یافته‌ها نشان داد در بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی، به ترتیب ۴ تم اصلی و ۹ زیرتم و ۴ تم اصلی و ۸ زیرتم اصلی، نقش بسزایی در ایجاد چالش‌های اعتباربخشی دارند. در

ادامه چالش‌ها را به ترتیب ذکر شده در قسمت یافته‌ها مورد بحث و بررسی قرار می‌دهیم.

تم اصلی فرایند اعتباربخشی در بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی مشترک بودند. در حیطه چالش‌های مرتبط با ارزیابان، مصاحبه‌شوندگان به عواملی چون سلیقه‌ای رفتار کردن ارزیابان، عدم تجربه، تخصص و دانش کافی و ذهنیت بازرسی ارزیابان اشاره کردند که با مطالعه مصدق راد و همکاران (۲۳) و حمیدی و همکاران (۲۴) مطابقت دارد. نتایج مطالعات فوق نشان‌دهنده این موضوع است که ارزیابان نیاز بیشتری به کسب آموزش‌های لازم در زمینه نحوه ارزیابی دارند. روش ارائه بازخورد اعتباربخشی به بیمارستان‌ها از جمله مواردی بود که مصاحبه‌شوندگان به شکل فعلی آن انتقاد داشته و پیشنهاد کردند این بازخورد به همراه مقایسه مستند نتایجشان با سایر بیمارستان‌های مشابه در سطح کشور باشد.

نتایج مطالعه حاضر در بیمارستان‌های کوچک نشان داد که عواملی چون کمبود منابع مالی، فراهم نبودن زیرساخت‌ها و کمبود تجهیزات اشاره دارد که با مطالعه هانگ (۲۵)، تبریزی و همکاران (۲۶)، یوسفی نژاد و همکاران (۲۷)، سعادت‌ی و همکاران (۲۸) و محمودیان و همکاران (۲۹) مطابقت دارد. آن‌ها دریافتند که فرهنگ سازمانی، زیرساخت‌ها و منابع مالی لازم برای اعتباربخشی فراهم نیست. این یافته‌ها همچنین می‌تواند نشان‌دهنده شرایط اقتصادی حاکم بر کشور و کمبود شدید منابع مالی جهت تأمین زیرساخت‌ها و نیروی انسانی نیز باشد. دیگر تم اصلی مشترک بین دو نوع بیمارستان مورد بررسی، نیروی انسانی بود. نیروی انسانی، پایه و قلب نظام سلامت است و حیات و بقای آن نیازمند نیروی انسانی متخصص است (۳۰). ارائه مؤثر خدمات بیمارستانی، به‌طورجدی تحت تأثیر منابع انسانی است. نگرانی‌های عمده در این زمینه شامل نامناسب

برنامه را به دنبال خواهد داشت. نتایج یک پژوهش نشان داد تا زمانی که کارکنان درک درستی از اهداف اجرای برنامه نداشته باشند و معتقد نباشند که انجام آن در راستای بهینه کردن سازمان در همه ابعاد مؤثر خواهد بود، این دسته ارزیابی‌ها در عمل، تغییراتی در راستای اهداف ارزیابی ایجاد نخواهد کرد (۳۸). مجموعه این چالش‌ها باعث می‌گردد بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی در مقایسه با سایر بیمارستان‌ها، علاوه بر مشکلاتی که گریبان‌گیر همه انواع بیمارستان هست، با توجه به شرایط مختص خود، با چالش‌های اختصاصی هم مواجه باشند.

در بیمارستان‌های تک تخصصی، عدم توجه به مالکیت و تنوع بیمارستان‌ها در تدوین استانداردها موجب می‌شود که برخی از سنج‌ها قابلیت اجرا نداشته باشند (۴۰). شرایط خاص هر بیمارستان از جمله با توجه به تعداد تخت بستری یا نوع فعالیت، از جمله مواردی است که مطابق با نظر مصاحبه‌شوندگان، باید در تدوین سنج‌ها مدنظر قرار گیرد. این یافته با یافته‌های پژوهش رئیسی و همکاران (۲۵) مطابقت دارد. هم‌اکنون استانداردهای اعتباربخشی یکسانی برای همه انواع بیمارستان‌ها به کار می‌رود که جز در موارد معدودی که به اصطلاح غیرقابل تطبیق خوانده می‌شوند، در سایر موارد به‌طور یکسان اعمال می‌شود. عجیب نیست که این روند، بیمارستان‌های کوچک را به دردمر 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 بی‌خطر سازی پسماندهای بیمارستانی با روش اتوکلاو در یک بیمارستان کوچک، هزینه‌ای تقریباً برابر یک بیمارستان متوسط یا بزرگ دارد؛ درحالی‌که این همه هزینه برای یک بیمارستان کوچک

بودن تعداد، نوع و عملکرد کارکنان هستند (۳۱). داشتن کارکنانی توانا و کارآمد، نیازمند افزایش سطح دانش آنان و کسب مهارت‌های مورد انتظار است (۳۲). سرمایه انسانی بنیان توسعه و نوآوری سازمانی است و سازمان‌های بسیاری از جمله بیمارستان‌ها بر آموزش و کارآموزی کارکنان تمرکز جدی دارند تا بدین وسیله ظرفیت‌های آنان و عملکرد سازمانی را ارتقا دهند (۳۳). یکی از زیرتم‌های نیروی انسانی که برای هر دو نوع بیمارستان مشترک بود، مبحث انگیزه ناکافی پرسنل بیمارستان بود. پیاده‌سازی اعتباربخشی در بیمارستان، فرایندی مشارکتی است که نیازمند تشریک مساعی کلیه کارکنان در سطوح مختلف مدیریتی، پشتیبانی و بالینی است (۳۴). اعتباربخشی فرایندی است که به مشارکت طیف گسترده‌ای از کارکنان نیاز دارد و فرصتی را بهبود ارتباطات بین کارکنان، اطلاع از اهمیت فعالیت‌های آنان و سهم شدن در برنامه‌های بهبود کیفیت فراهم می‌کند؛ اما مشارکت کارکنان، ایجاد حس همکاری در آنان و برقراری ارتباط بین واحدها، یکی از چالش‌های اصلی فرایند اعتباربخشی محسوب می‌شود. مطالعه حاضر نیز چنین چالش‌هایی را نشان داد. اهمیت مشارکت کارکنان، مخصوصاً پزشکان در برنامه‌های ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستانی مانند حاکمیت بالینی و اعتباربخشی، در مطالعات زیادی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۷، ۳۵-۳۷). عدم فرهنگ‌سازی برنامه اعتباربخشی و عدم مشورت با ذینفعان هنگام طراحی و تدوین استانداردها و یا عدم اعمال نظر آن‌ها، مشکلات دیگری را به دنبال دارد که از آن جمله می‌توان به عدم وجود اعتقاد قلبی کارکنان بیمارستان به فواید اعتباربخشی و در نتیجه انگیزه ناکافی، عدم همکاری اعضای هیئت علمی و پزشکان و عدم همکاری‌های درون سازمانی و برون سازمانی اشاره نمود که مجموع این موارد عدم موفقیت

نتیجه گیری

وجود چالش‌های مرتبط با اعتباربخشی، مانع از اجرای درست و رسیدن به هدف در بیمارستان‌ها می‌گردد. بیمارستان‌هایی که فرایند اعتباربخشی را در بدنه آموزش و فرهنگ سازمانی خود جای می‌دهند، می‌توانند به سطح بالاتری از کیفیت در خدمات درمانی برسند. به سیاست‌گذاران پیشنهاد می‌شود برای اجرای موفق این برنامه در ایران، جوانب مختلف تمامی چالش‌های شناسایی شده را مطالعه نموده و این نکات را در برنامه‌ریزی‌ها جهت پیاده‌سازی برنامه اعتباربخشی بیمارستانی در سطح کشور مدنظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه مقطع دکتری در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با عنوان «توسعه محورهای استانداردهای اعتباربخشی برای انواع بیمارستان‌های ایران» و کد اخلاق IR.MUI.NUREMA.REC.1401.082 است. پژوهشگران مراتب تشکر خود را از مصاحبه‌شوندگان محترم ابراز می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را گزارش نکردند.

به راحتی قابل توجیه نیست. نظیر همین خطای راهبردی در سایر زمینه‌های غیر هزینه‌ای نیز قابل شناسایی است. مثلاً درباره کمیته‌های بیمارستانی (۴۱). استانداردهای فعلی اعتباربخشی به صورت ژنریک طراحی شده و برای اعتباربخشی همه بیمارستان‌های عمومی و تک تخصصی استفاده می‌شوند. برخی از این استانداردها در بیمارستان‌های تک تخصصی کاربرد ندارند. از طرف دیگر، برخی از استانداردهای اختصاصی این نوع بیمارستان‌ها در استانداردهای ژنریک اعتباربخشی بیمارستانی ایران وجود ندارد. بیمارستان‌های تک تخصصی شرایط خاصی دارند که ارزشیابی دقیق و صحیح آن‌ها مستلزم استفاده از استانداردها و سنجش‌های اختصاصی است. متفاوت بودن فرایندهای کاری، تجهیزات مورد استفاده و کارکنان در بیمارستان‌های تک تخصصی با بیمارستان‌های عمومی امری بدیهی است (۴۲). مجموعه این چالش‌ها باعث می‌گردد بیمارستان‌های کوچک و تک تخصصی در مقایسه با سایر بیمارستان‌ها، علاوه بر مشکلاتی که گریبان گیر همه انواع بیمارستان‌هاست، با توجه به شرایط مختص خود، با چالش‌های اختصاصی هم مواجه باشند.

References

1. Cartwright A. Human relations and hospital care: Routledge; 2023.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006761>.
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=hospital+size>.
4. Bosque-Mercader L, Siciliani L. The association between bed occupancy rates and hospital quality in the English National Health Service. *The European Journal of Health Economics*. 2023;24 (2):209-36.
5. kanyal D, Ghewade B. A protocol to study the impact of implementation of National Accreditation Board for Hospitals & Healthcare Providers (NABH) standards among health care workers in a tertiary care hospital in India. *F1000Research*. 2023;12:1454.
6. Sodagar H. Hospital Design: Danesh and Fan Publications; 2020.
7. Treatment VPo. Hospital Statistics and Information Yearbook 1401. In: services Cfhmaeic, editor.: Ministry of Health and Medical Education; 2022. p. 235.
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. *International Journal for Quality in Health Care*. 2021;33 (2):mzab085.
9. Algunmeeyn A, Alrawashdeh M, Alhabashneh H. Benefits of applying for hospital accreditation: The perspective of staff. *Journal of Nursing Management*. 2020;28 (6):1233-40.
10. Alhawajreh MJ, Paterson AS, Jackson WJ. Impact of hospital accreditation on quality improvement in healthcare: A systematic review. *PloS one*. 2023;18 (12):e0294180.
11. Parente AdN, Ferreira GRON, Cunha CLF, Ramos AMPC, Sá AMM, Haddad MdCFL, et al. Permanent education for quality and patient safety in an accredited hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2023;37:eAPE00041.
12. Hines K, Mouchtouris N, Knightly JJ, Harrop J. A brief history of quality improvement in health care and spinal surgery. *Global Spine Journal*. 2020;10 (1_suppl):5S-9S.
13. Mosadeghrad AM, Ghazanfari F. Developing a hospital accreditation model: a Delphi study. *BMC Health Services Research*. 2021;21:1-16.
14. Supervision and Accreditation Office of the Vice President of Treatment of the Ministry of Health TaME. A comprehensive guide to national accreditation standards for Iran hospitals. In: Office SaA, editor. Iran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education; 2023. p. 244.
15. 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 services research*. 2015;15:1-10.
16. Buetow S, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *BMJ Quality & Safety*. 2003;12 (2):129-35.
17. Ebrahimipour H, Houshmand E, Varmaghani M, Javan-Noughabi J, Mojtbaeian SM. Investigating the challenges of physicians' participation in accreditation programs from the perspective of physicians in public hospitals. *Iranian Journal of Health Education & Promotion*. 2022;9 (4):383.
18. Tashayoei N, Raeissi P, Nasiripour AA. Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: an exploratory factor analysis. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2020;95:1-10.
19. Bahrami M, Akbari M, Emami M, Falahzadeh H. Designing an administrative structure for Iranian hospitals. 2016.
20. Tonon G. Qualitative studies in quality of life: Methodology and practice: Springer; 2015.
21. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research in sport, exercise and health*. 2019;11 (4):589-97.
22. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*. 1994;2 (163-194):105.
23. Mosadeghrad AM, AKBARI SA, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. 2017.
24. Hamidi Y, Zare O, Chaleh K. Explaining the Challenges of Implementing third generation accreditation measures from the perspectives of

- Kermanshah hospitals managers]: A qualitative study. *Health Promotion Management*. 2020;9 (2):1-10.
25. 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 Information Management*. 2021;18 (2):53-9.
 26. Teymourzadeh E, Babaei M. Hospital accreditation program and its effectiveness in evaluating military hospitals. *Journal of Military Medicine*. 2018;20 (3):242-3.
 27. Ferdosi M. Commentary: The Development Path of Local Hospitals: Gold Plate Does Not Fill Belly. 2021.
 28. Imanian Z, Mosadeghrad AM, Amiri M, Ghadami M, McShery R. Brief Report: An accreditation model for children friendly hospitals: brief report. 2019.
 29. Huang P. An overview of hospital accreditation in Taiwan, Republic of China. *The International Journal of Health Planning and Management*. 1995;10 (3):183-91.
 30. Tabrizi JS, Gharibi F, Wilson AJ. Advantages and disadvantages of health care accreditation models. *Health promotion perspectives*. 2011;1 (1):1.
 31. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Mohammad A, Ramezani M, Sari AA. An analysis of hospital accreditation policy in Iran. *Iranian Journal of public health*. 2017;46 (10):1347.
 32. Saadati M, Bahadori M, Teymourzadeh E, Ravangard R, Alimohammadzadeh K, Mojtaba Hosseini S. Accreditation in one teaching hospital: a phenomenology study among Iranian nurses. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2018;31 (7):855-63.
 33. Mahmoodian SS, Safaei F, Meraji M, Kimiafar K, Farsinegar N, Ghasemi R. Challenges and strengths of implementing accreditation process from health information management staff perspective. *Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation*. 2016;5 (2):25-33.
 34. Handayani R, Kasidin K. Employee Performance Analysis Based on Human Resources Management Practices in Private Hospital in Surakarta. *Media Ekonomi Dan Manajemen*. 2022;37 (1):109-26.
 35. Suprpto S, Lalla NN, Mulat TC, Arda D. Human resource development and job satisfaction among nurses. *Int J Public Health*. 2023;12 (3):1056-63.
 36. Birks J, Sinclair C. Successful education and human resource development-the key to sustained economic growth. *Oman: Economic, Social and Strategic Developments: Routledge*; 2023. p. 145-67.
 37. Garnier A, Vanherp R, Bonnabry P, Bouchoud L. Use of simulation for education in hospital pharmaceutical technologies: a systematic review. *European Journal of Hospital Pharmacy*. 2023;30 (2):70-6.
 38. Al-Alawy K, Azaad Moonesar I, Ali Mubarak Obaid H, Gaafar R, Ismail Al-Abed Bawadi E. A mixed-methods study to explore the impact of hospital accreditation. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2021;58:0046958020981463.
 39. Ferdosi M, Ziyari FB, Ollahi MN, Salmani AR, Niknam N. Implementing clinical governance in Isfahan hospitals: Barriers and solutions, 2014. *Journal of education and health promotion*. 2016;5 (1):20.
 40. Mainz J, Kristensen S, Bartels P. Quality improvement and accountability in the Danish health care system. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015;27 (6):523-7.
 41. Nair M, Baltag V, Bose K, Boschi-Pinto C, Lambrechts T, Mathai M. Improving the quality of health care services for adolescents, globally: a standards-driven approach. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57 (3):288-98.
 42. Sheikhy-Chaman M, Faghisolouk F, Mobaderi T, Miankoochi E, Hasanazadeh E. Accreditation of hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences: Nurses perspective (Short-Communication). *Payesh (Health Monitor)*. 2020;19 (6):693-7.