

Mashhad University of
Medical Sciences

Navid No

کمیته تحقیقات دانشجویی
معاونت پژوهش و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی مشهدJournal homepage: <https://nmj.mums.ac.ir/>*Original Article*

Identifying and explaining the main components of the operation process of an educational-therapeutic hospital

Esmaeil Rayatdoost^{1*} , Mahdi Mosalanezhad² , Samaneh Abiri³ , Zeinab Rahmanian Koshkaki⁴ , Mehdi Chegin³ , Abdolazim Jokar⁵ , Navid Kalani^{6*} , Naser Karami Shirazi⁷ , Mohammad Rahmanian^{8*}

1. Associate Professor, Department of Emergency Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
2. General physician, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
4. PhD, Research Center for Social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
5. Bachelor of Nursing, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
6. Ph.D. Student, Research Center for Social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
7. Student Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
8. Assistant Professor, Department of Anesthesiology, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

Corresponding author: m.rahmanian@jums.ac.ir

Received: 11 June 2023; Revised: 12 July 2023; Accepted: 17 July 2023

Abstract

Background and Aims: Despite the increasing progress in the construction and operation of the hospital, this project is still one of the main challenges in the country. The study was carried out in a qualitative format with semi-structured and re-designed questions from a medical-educational hospital.

Materials and Methods: This research is of a qualitative study, which was conducted with the contractual content analysis method, with in-depth semi-structured interviews and open-ended questions, from the managers and officials of Jahrom University of Medical Sciences, who played an important role in the construction and operation of the Seyed al-Shohada Hospital project. Became the interview was conducted in a quiet atmosphere away from interfering factors. The officials' experience of building the hospital was examined in the form of a general question, and then by entering into the depth of the subject, we tried to ask more questions and examine the depth of their experience.

Results: In general, after analyzing the interviews, the main classes are: 1- hospital operation process; 2- Educational-therapeutic hospital; 3- Challenges; 4- The solutions provided to solve the challenges; 5- Documentation of documents and documents; 6- Suggestions were extracted to guide similar projects. The operation process of the hospital, as the main floor, showed itself with 5 sub-floors that include: hospital building, equipment, human resources, patient reception, service provision. The theme of challenges showed itself in three sub-themes which include: financial and project delivery schedule and contracting problems and infrastructure space, systematic and equipment, human, medical and educational forces.

Conclusion: The results of this study showed that since health is one of the most important pillars in the development of any society and the health system of any country, especially hospitals, plays a key role in this field. Therefore, preparing all hospital infrastructures such as: the physical building of the hospital, provision of personnel and manpower, hospital equipment, localization of projects and the use of experts' opinions in the field of hospital construction are among the most important requirements.

Keywords

Challenges, Hospital, Health System.

Cite this article as: Rayatdoost E, Mosalanezhad M, Abiri S, Rahmanian Z, Chegin M, Jokar AA, Kalani N, Karami Shirazi N, Rahmanian M. Identifying and explaining the main components of the operation process of an educational-therapeutic hospital. Navid No, 2023; 26(87): 11-25. <https://doi.org/10.22038/nmj.2023.73001.1395>

E-ISSN: 2645-5927 / P-ISSN: 2645-5919

Open Access: This is an open access article under the CC BY license[\(http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/\)](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).**Publisher's Note:** Mashhad University of Medical Sciences remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



نوع مقاله (پژوهشی)

شناسایی و تبیین مؤلفه‌های اصلی فرآیند بهره‌برداری از یک بیمارستان آموزشی - درمانی

اسماعیل رعیت دوست^۱ ID، مهدی مصلی نژاد^۲ ID، سمانه عبیری^۳ ID، زینب زحمانیان کوشکی^۴ ID، مهدی چگین^۳ ID، عبدالعظیم جوکار^۵ ID، نوید کلانی^۶ ID، ناصر کرمی شیرازی^۷ ID، محمد رحمانیان^۸ ID*

۱. دانشیار، گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۲. دکتری عمومی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۳. استادیار، گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۴. دکتری، مرکز تحقیقات مولفه‌های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۵. کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۶. دانشجوی دکتری، مرکز تحقیقات مولفه‌های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۷. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
۸. استادیار گروه بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

پست الکترونیک نویسنده مسئول: m.rahmanian@jums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۲۱، تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۴/۱۵، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۷

چکیده

مقدمه و هدف: علی‌رغم پیشرفت روزافزون در ساخت و بهره‌برداری از بیمارستان، اما هنوز این پروژه، به عنوان یکی از چالش‌های اساسی در کشور می‌باشد. مطالعات کمی و پرسشنامه‌ای، چندان بیان‌کنندهٔ دغدغه‌ها و تجربیات افراد، در این حیطه نبوده است. لذا این مطالعه با هدف بررسی شناسایی و تبیین مؤلفه‌های اصلی فرآیند بهره‌برداری از یک بیمارستان آموزشی - درمانی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، از نوع کیفی است که با روش تحلیل محتوای قراردادی، با مصاحبهٔ نیمه ساختارمند عمیق و سؤالات باز، از مدیران و مسئولان دانشگاه علوم پزشکی جهرم که در ساخت و بهره‌برداری پروژه بیمارستانی سیدالشهداء نقش مهمی داشتند، انجام گردید. مصاحبه‌ها تا حد اشباع داده‌ها ادامه یافت. تجربهٔ مسئولان از ساخت بیمارستان، در قالب سؤال کلی بررسی و سپس با ورود به عمق موضوع، سعی گردید تا سؤالات بیشتری مطرح و عمق تجربهٔ آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد.

یافته‌ها: در مجموع پس از تحلیل مصاحبه‌ها، طبقات اصلی عبارتند از: ۱- فرآیند بهره‌برداری بیمارستان؛ ۲- بیمارستان آموزشی-درمانی؛ ۳- چالش‌ها؛ ۴- راه‌حل‌های ارائه شده در حل چالش‌ها؛ ۵- مستندسازی اسناد و مدارک؛ ۶- پیشنهادات در جهت هدایت پروژه‌های مشابه استخراج شد. فرآیند بهره‌برداری بیمارستان، به عنوان طبقهٔ اصلی، با ۵ زیر طبقه که شامل: ساختمان بیمارستان، تجهیزات، نیروی انسانی، پذیرش بیمار، ارائه خدمات، خود را نشان داده بود. تم چالش‌ها، در سه زیر مضمون که شامل: مالی و زمان‌بندی ارائه پروژه و مشکلات پیمان‌کاری و فضای زیر ساخت‌ها، سیستماتیک و تجهیزاتی، نیروهای انسانی، درمانی و آموزشی، خود را نشان داده بود. تم راه‌حل‌های ارائه شده در حل چالش‌ها، که مشتمل بر چهار زیر گروه: حل مشکلات و چالش‌های مالی، پیمان‌کاری و فضای زیر ساختی بیمارستان، حل مشکلات تجهیزاتی، حل مشکلات نیروهای انسانی، تشکیل تیم‌های اجرایی بود.

نتیجه‌گیری: از آنجایی که سلامت، یکی از مهم‌ترین رکن‌های اساسی در زمینهٔ رشد هر جامعه می‌باشد و سیستم سلامت هر کشوری، به ویژه بیمارستان‌ها، نقش کلیدی در این حیطه دارند؛ لذا مهیا کردن تمام زیرساخت‌های بیمارستانی مانند: ساختمان فیزیکی بیمارستان، تأمین پرسنل و نیروی انسانی، تجهیزات بیمارستان، بومی‌سازی پروژه‌ها و به‌کارگیری نظر متخصصان در زمینهٔ احداث بیمارستان، از مهم‌ترین ضروریات می‌باشد.

کلمات کلیدی

چالش‌ها، بیمارستان، سیستم سلامت.

مقدمه

دانشگاه علوم پزشکی مشهد: یک مطالعه کیفی»، پرداختند. نمونه پژوهش، شامل ۱۶ نفر از صاحب‌نظران، در حوزه برون‌سپاری، مدیران و کارشناسان بهبود کیفیت بیمارستان، بودند. جمع‌آوری داده‌ها، با مصاحبه عمیق و تحلیل داده‌ها، با روش تحلیل محتوا و با در نظر گرفتن معیارهای موثق بودن، معتبر بودن و قابلیت تثبیت داده‌ها، انجام گرفت. یافته‌های پژوهش، شامل هفت چالش اصلی مشتمل بر: ۱- مسائل اقتصادی (۴ زیر موضوع)؛ ۲- مشکلات ساختاری (۱۲ زیرموضوع)؛ ۳- چالش‌های نیروی انسانی (۷ زیرموضوع)؛ ۴- مسئولیت و پاسخ‌گویی (۴ زیرموضوع)، ۵- چالش‌های برنامه‌ریزی (۷ زیرموضوع)؛ ۶- کارایی (۵ زیرموضوع)؛ ۷- شرکت‌های خصوصی (۷ زیرموضوع)، بود. برون‌سپاری خدمات سلامت، به بخش خصوصی که با چالش‌های زیادی روبه‌رو بوده است؛ در حالی که رفع آن‌ها می‌تواند گام بزرگی، در جهت ارتقاء کیفیت خدمات سلامت باشد. مشکلات ساختاری، از موضوع‌های اصلی و پدیده‌ها مطرح شده از طرف مصاحبه‌شوندگان، بود. در این پژوهش، پیشنهاد شده است که مدیران قبل از اجرای طرح‌های برون‌سپاری، تهمیدات لازم به منظور دوری هرچه بیشتر از این چالش‌ها را در نظر بگیرند (۵). از آنجا که بیمارستان‌ها، به عنوان جزء لاینفک نظام‌های بهداشتی به حساب می‌آیند و بیشترین منابع و بودجه‌های دولتی را به خود اختصاص می‌دهند؛ بنابراین ساخت، اجرا و بهره‌برداری از آن‌ها جزء پروژه‌های پیچیده و حساس در سیستم مدیریت نظام سلامت است. با توجه به هزینه‌های بالای ساخت و تجهیز یک بیمارستان، بی‌تردید در مسیر بهره‌برداری، فرصتی برای آزمون و خطا وجود ندارد؛ پس یکی از مؤثرترین اقدامات در راستای مدیریت بهینه این فرآیند، استفاده و به‌کارگیری تجربیات گذشته است؛ بنابراین تحقیق حاضر، به صورت پدیدار شناسانه گذشته نگر، سعی در ثبت تجربیات مدیران و مسئولان مربوطه، نسبت به چالش‌ها و راه‌حل‌های به‌وجود آمده، در فرآیند بهره‌برداری بیمارستان آموزشی- درمانی سیدالشهداء شهرستان جهرم، دارد که می‌تواند در مدیریت و هدایت پروژه‌های بیمارستانی بعدی، در بررسی و کنکاش، بسیار اهمیت داشته باشد. انجام این

بیمارستان، به عنوان یکی از موضوع‌های اساسی در جامعه، نقش مهمی در حیات انسان و دوام بقا دارد. دولت‌ها و سیاست‌گذاران برای ارتقاء سطح کیفیت بیمارستان، باید برنامه‌ریزی و اهداف ویژه‌ای داشته باشند. هر کدام از ارگان‌های نظام سلامت، اهداف خود را در زمینه بهبودی و بهره‌برداری از این اماکن، شرایط آن‌را مهیا می‌سازند. در بهره‌برداری از بیمارستان، مؤلفه‌های اساسی و مهمی نقش دارند که مهم‌ترین آن ساخت و معماری بیمارستان، هزینه مصرفی و تجهیزات پزشکی این نهاد می‌باشد (۱). تجربه نشان داده است که در بیمارستان‌ها، به دلیل عدم مراقبت از دستگاه‌ها و یا تعمیر به موقع آن‌ها، عمر مفید آن‌ها زودتر از حد معمول نابود و از بین رفته‌اند که برای جایگزین کردن آن بیمارستان باید هزینه هنگفتی را متقبل گردد (۲). در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی، به خاطر آنکه با نهاد دانشگاه، در طی کردن دانشجویان برای کارآموزی و کارورزی رشته‌های پزشکی - پیراپزشکی، در ارتباط است، خواه ناخواه نقایص در آن زیاد می‌باشد؛ به‌گونه‌ای که مردم رغبت در این مکان دولتی نشان نمی‌دهند؛ بنابراین مسئولان و مدیران باید در این زمینه، بسیار هوشمندانه و سیاست‌مدارانه بیمارستان را اداره کنند (۳). محیط بیمارستان آموزشی- درمانی، بسیار پر از چالش و اضطراب می‌باشد؛ به‌گونه‌ای که افراد متخصص و غیرمتخصص، با آن در ارتباط هستند؛ بنابراین حمایت و کیفیت سازمانی، باید آن‌چنان باشد، که باعث ارتقاء مدیریت دانش و سبک مدیریت گردد. این امر زمینه را برای کیفیت شغلی، در این ارگان فراهم می‌سازد؛ زیرا در میان تمام سیستم، نوعی اعتماد و وفاداری به وجود می‌آید که در این هنگام، با توجه به جو بیمارستان، بیمار به طور شخصی - فردی، تصمیم می‌گیرد که آیا در این مکان دولتی باشد یا خیر. هزینه سرسام‌آور بیمارستان‌های خصوصی، مردم را بر این امر تحریک می‌کند که بیشتر به بیمارستان‌های دولتی رجوع کنند؛ اما این مورد نباید چنان باشد که بیمار از آمدن در این مکان، بسیار سرخورده و ناراضی بیرون رود؛ زیرا باعث شکست و نابودی بیمارستان می‌گردد (۴). راثی و همکاران (۱۳۹۷)، به بررسی «چالش‌های برون‌سپاری ارائه خدمات سلامت به بخش خصوصی از دیدگاه کارکنان

پژوهش، پیش از تأخیر افتادن اطلاعات و فراموشی تجربیات از سوی مسئولان، بسیار ضروری است.

روش کار

در مطالعه حاضر به منظور شناسایی و تبیین مولفه های اصلی فرایند بهره برداری از یک بیمارستان آموزشی درمانی دولتی، از رویکرد تحلیل محتوای کیفی به روش مرسوم (قراردادی) استفاده شد. معیارهای ورود به این مطالعه شامل: داشتن مسئولیت اجرایی رسمی در پروژه بهره برداری از بیمارستان سیدالشهداء (ع) شهرستان جهرم و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل؛ عدم تمایل به شرکت در مطالعه و یا انصراف از ادامه همکاری می باشد.

مشارکت کنندگان از طریق نمونه گیری هدفمند با حد اکثر تنوع از نظر سابقه کار، سن، جنس، تخصص و ... انتخاب شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند. پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم (IR.JUMS.REC.1401.114) و با کسب معرفی نامه از دانشگاه، پژوهشگر، مشارکت کنندگان دارای تجارب عمیق و دارای معیارهای ورود به مطالعه را شناسایی و مصاحبه ها را شروع نمود. قبل از شروع مصاحبه، هدف از مطالعه و روش مصاحبه به مشارکت کنندگان توضیح داده شد و با ایجاد اطمینان خاطر مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات، گمنامی و داشتن اختیار برای خروج از مطالعه، از مشارکت کنندگان برای شرکت در مطالعه و ضبط مصاحبه ها رضایت آگاهانه گرفته شد. در زمان و مکان مورد نظر آنها و با استفاده از مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند انجام شد. روند مصاحبه با سوالات عمومی تر شروع گردید و سپس با پیشرفت مصاحبه ها و تحلیل همزمان داده ها و نیز نوع پاسخ مشارکت کنندگان، سوالات جزئی تر پرسیده شد.

با پیشرفت مصاحبه ها و تحلیل همزمان داده ها و نیز نوع پاسخ مشارکت کنندگان سوالات جزئی تر پرسیده شد. بخش ابتدایی شامل فرم مصاحبه اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان و بخش بعدی شامل سوالات کلی و جزئی با تمرکز بر موضوع مورد مطالعه بود.

مصاحبه با سوالات ذیل هدایت شد:

(۱) تعریف شما از فرایند بهره برداری از بیمارستان چیست؟
 (۲) فرآیند بهره برداری از یک بیمارستان با در نظر گرفته آموزشی و دولتی بودن چه مولفه های اصلی دارد؟ (۳) در طول فرایند بهره برداری از بیمارستان سیدالشهداء (ع) با چه چالش هایی مواجه شدید؟ (۴) آیا میتوانید راه حل هایی که برای چالش های مذکور داشتید، بیان کنید؟ (۵) روش تیم اجرایی برای حل چالش ها چه بود؟ (۶) آیا تجربیات شما در اسناد و مدارکی مانند صورتجلسات ثبت شده است؟ (۷) چه توصیه هایی برای مدیریت و هدایت پروژه های بهره برداری مشابه در کشور دارید؟

با پیشرفت مطالعه و شروع تجزیه و تحلیل داده ها، طبقاتی شکل گرفت که در هدایت مصاحبه کمک کننده بود و به عبارتی با پیشرفت مصاحبه، سوالات نیز بر غنی تر نمودن طبقات پدیدار شده متمرکز شد. سوالاتی از قبیل: آیا مثال دیگری در این زمینه سراغ دارید؟ آیا تجربه ای در این خصوص داشتید؟ وقتی این چالش وجود داشت چه راهکارهایی در این خصوص ارائه شد؟ خودتون چی فکر می کنید در راستای رفع این چالش ها چکار باید کرد؟ در پایان تمام مصاحبه ها چند سوال باز دیگر از قبیل فکر می کنید نکته ای وجود دارد که نگفته باشید؟ پرسیده شد. سپس بر اساس پاسخ ها و داده های ظاهر شده از سوی مشارکت کننده، پرسش های روشن کننده و عمق دهنده مصاحبه مثل "در این مورد بیشتر برایم توضیح دهید... این مطلب یعنی چه؟ لطفا بیشتر توضیح دهید" ادامه یافت.

مصاحبه ها در محیطی آرام و در زمان و مکانی مناسب که مشارکت کنندگان تعیین نمودند، انجام شد و با کسب اجازه قبلی از شرکت کنندگان ضبط گردید. همچنین قبل از شروع مصاحبه رضایت نامه آگاهانه شفاهی و کتبی از تمامی مشارکت کنندگان کسب شد. مدت زمان هر مصاحبه نیز بر اساس شرایط مشارکت کنندگان تنظیم گردید. روند مصاحبه معمولاً با احوال پرسشی و گفتگوی دوستانه آغاز شد و سپس بر کسب دیدگاه و تجربیات آنان متمرکز شده و ادامه یافت.

گردآوری داده ها نیز تا اشباع محققین و همچنین اشباع کامل داده ها در درون مایه های ظهور یافته ادامه یافت، به

شدند. کدهای مختلف بر اساس شباهت ها و تفاوت ها با هم مقایسه شده و به طبقه هایی دسته بندی شدند. در نهایت با مقایسه طبقات با یکدیگر و تامل دقیق و عمیق بر روی آنها، محتوای نهفته در داده ها تحت عنوان درون مایه مطالعه معرفی شدند.

یافته ها

در این مطالعه ، ۹ نفر از مدیران و مسئولان دانشگاه علوم پزشکی جهرم، در مصاحبه ها مشارکت داشتند که جزء اصلی پروژه بهره برداری بیمارستان سیدالشهداء و حاضر به مصاحبه بودند و مشخصات دموگرافیک آن ها به تفکیک جنس، سمت، سنوات خدمت، سابقه مدیریت و سطح تحصیلات، در جدول ۱، آورده شده است.

طوری که در مصاحبه های آخر ایده ها، مفاهیم و درون مایه های جدیدی از داده ها حاصل نشد.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از رویکرد تحلیل محتوای کیفی به روش گرا نهاییم و لاندمن (۲۰۰۴) استفاده شد. بدین ترتیب که مصاحبه ها ضبط گردید و سپس در اولین فرصت در نرم افزار Microsoft office 2013 تایپ شد و سپس مصاحبه ها برای تحلیل و کدبندی به نرم افزار MAXQDA 10 منتقل و فرایند کدبندی سازماندهی شد. متن مصاحبه ها پس از چندین بار بازخوانی دقیق توسط پژوهشگر، به صورت سیستم کدگذاری باز برای تولید طبقه های اولیه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بدین منظور ابتدا متن مصاحبه ها به واحدهای معنایی تقسیم شد و در مرحله بعد خلاصه شده و به کدهای اولیه تبدیل

جدول ۱: ویژگی های دموگرافیک و شغلی جمعیت نمونه

تعداد	وضعیت	متغیر
۹	مرد	جنسیت
۴	رئیس	سمت
۲	معاونت	
۳	مدیر	
	۲۴ ۲۷ ۲۰ ۲۴ ۲۳ ۱۱ ۲۰ ۲۵ ۲۱	سنوات خدمت
	۶/۵ ۷ ۷ ۱۴ ۱/۵ ۸ ماه ۷ ۵ ۲	سابقه مدیریت

سطح تحصیلات دکتری تخصصی دکتری پزشکی کارشناس
--

در مطالعه حاضر، پس از بررسی متن مصاحبه انجام شده، طبقات اصلی و زیرطبقات ارائه شده، در جدول ۲ استخراج گردید،

جدول ۲: طبقات اصلی، زیرطبقات و واحدهای معنایی استخراج شده

طبقات اصلی	زیرطبقات	واحدهای معنایی
۱	فرآیند بهره برداری از بیمارستان	۱- تحویل ساختمان فیزیکی بیمارستان از پیمان کار یا مجری طرح، به صورت کامل یا نیمه تمام ۲- توجه به مساحت فضایی و ساختمان بیمارستان، بر اساس اهداف اصلی ارائه خدمات (در بیمارستان مطلقاً درمانی به ازای هر تخت، ۹۰ متر ولی در بیمارستان آموزشی-درمانی، به ازای هر تخت، ۱۳۰ متر فضا تعریف شده است) ۳- توجه به الزامات آموزشی بیمارستان و تمام فضاهای لازم، جهت امر آموزش اعم از کلاس‌های آموزشی، سالن اجتماعات و ... ۱- اداری ۲- پزشکی ۳- فناوری اطلاعات ۴- تأسیسات پزشکی ۵- تأسیسات زیرساختی بیمارستان ۶- ابنیه بیمارستان ۷- تکمیل تمام امکانات رفاهی مانند: تجهیزات سرمایشی، گرمایشی، نور، میز، تخت و ... ۸- به روز بودن تمام تجهیزات بیمارستانی، با هدف ارائه خدمات با حداکثر کارایی و کمترین سطح هزینه
	تجهیزات	
	نیروی انسانی	۱- تجهیز نیروی انسانی بیمارستان، یکسال قبل از تحویل ساختمان ۲- تکمیل کادر پزشکی، متخصصان امر درمان، تیم درمان، پرسنل پرستاری، تیم فنی کار در کنار ضریب اشتغال ۳- حضور نیروهای انسانی با سطوح مختلف آموزشی مانند: entem, exter, studen, کارورز، کارآموز، اساتید آموزشی
	پذیرش بیمار	۱- پذیرش بیمار، با حداکثر ظرفیت و توانایی بیمارستان ۲- انتقال پذیری بیمار ۳- برنامه‌ریزی، با هدف حداکثر کیفیت رضایتمندی بیمار
	ارائه خدمات	۱- خدمات آموزشی-درمانی ۲- استفاده حداکثر، از توانمندی‌های همکاران در هر دو حیطه آموزشی و درمانی ۳- ارائه تمام خدمات، با حداکثر کیفیت ۴- ارائه خدمات، بر اساس امکانات بیمارستان مانند: تجهیزات بیمارستانی و نیروهای متخصص موجود در بیمارستان ۵- ارائه خدمات، بر اساس حداقل هزینه‌ها و حداکثر رضایتمندی ۶- جانمایی بخش‌ها
۲	بیمارستان آموزشی-درمانی	۱- بهره‌گیری از حضور اعضای هیأت علمی دانشگاه، در بیمارستان، جهت آموزش هر چه بیشتر دانشجویان اعم از پزشکان، پرستاران و ... ۲- حضور اساتید بالینی در بیمارستان ۳- استفاده از دانشجوی، در بخش‌های مختلف ۴- چیدمان اعضای هیأت علمی در هر بخش، متناسب با نیاز دانشجویان، تعداد آن‌ها در سطوح مختلف آموزشی ۵- نقش بیمارستان‌های آموزشی-درمانی، به عنوان نوعی نرم‌افزار، در جهت تربیت نیروهای انسانی کارآموز
	آموزشی-پژوهشی-تحقیقاتی	
	درمانی و توانبخشی	۱- ارتقاء سرانه تخت، در شهرستان جهرم و رساندن آن به عدد ۳ به ازای هر ۱۰۰۰۰ ام‌ریض ۲- ارتقاء سطح‌بندی بیمارستان، در هر دو بعد تجهیزات و خدمات ۳- بهره‌گیری حداکثری از ظرفیت بیمارستان، در جهت ارائه خدمات درمانی با کیفیت مطلوب به بیماران ۴- نزدیک‌سازی استانداردهای بیمارستان، به سطح استانداردهای کشوری، در ابعاد مختلفی از جمله: تجهیزات درمانی، کادر درمان و تناسب بین بیماران با امکانات بیمارستان و ... ۵- آماده بودن نیروی انسانی، تجهیزات پزشکی و دارو، در جهت ارائه خدمات درمانی، با کیفیت مطلوب ۶- ارائه تمام خدمات درمانی به نحو احسن، از زمان پذیرش بیمار تا زمان ترخیص وی از بیمارستان ۷- ارائه خدمات توانبخشی در کنار درمان، جهت به حداقل رساندن ناتوانایی بیمار

			<p>۸- حضور نیروهای درمانی در کنار اعضای هیأت علمی در سطوح مختلف پزشکی و گروه‌های پرستاری و ... براساس برنامه‌های ارائه شده توسط معاونت درمان.</p> <p>۹- متناسب‌سازی، توزیع مناسب کادر درمان و پرسنل بیمارستانی، در بخش‌های مختلف.</p> <p>۱۰- متناسب‌سازی، توزیع مناسب کادر درمان، پرسنل و تجهیزات بیمارستان، ی در میان هزینه بیمارستان موجود در شهر.</p>
	<p>مزایای بیمارستان آموزشی - درمانی</p>		<p>۱- مدیریت بهتر بیمار و بازدهی بیشتر بیمارستان آموزشی-درمانی، نسبت به بیمارستان صرفاً درمانی.</p> <p>۲- تربیت نیروهای متخصص در هر رشته، جهت ارائه خدمات.</p> <p>۳- همکاری دو جانبه، میان دانشگاه به عنوان محیط آکادمی و آموزش نظری با بیمارستان، در حیطه محیطی علمی.</p> <p>۴- افزایش تخت‌های بیمارستانی، در بیمارستان‌های آموزشی-درمانی و پذیرش بیماران بیشتر، از طرف شهرستان.</p> <p>۵- کاهش تجمع دانشجویان، در هر بخش.</p> <p>۶- افزایش یادگیری دانشجویان، به علت افزایش دسترسی به بیماران با مشکلات مختلف.</p> <p>۷- ارائه خدمات آموزشی بهتر، توسط اعضای هیأت علمی به دانشجویان.</p> <p>۸- مکمل بودن هر دو بخش آموزشی - درمانی.</p> <p>۹- چیدمان هر دو بخش آموزشی - درمانی، از طریق حوزه کارگزینی و مدیریت منابع انسانی.</p> <p>۱۰- باز و وسیع بودن فضای بیمارستان‌های آموزشی-درمانی.</p> <p>۱۱- کمتر بودن هزینه‌های بیمارستان‌های آموزشی-درمانی، نسبت به بیمارستان‌های صرفاً درمانی.</p> <p>۱۲- کاهش احتمال خطای پزشکی، به علت حضور اساتید هیأت علمی.</p> <p>۱۳- بهبود وضعیت آموزشی دانشگاه و حتی پیشرفت شهرستان، از طریق افزایش تعداد بیماران پذیرش شده، تنوع بیماران، جذب اساتید و ارتباط با دیگر مناطق.</p> <p>۱۴- افزایش ظرفیت، جهت پذیرش بیماران غیر بومی از حومه و اطراف.</p> <p>۱۵- رشد چرخه اقتصادی شهرستان، چه در حوزه پزشکی و چه غیر پزشکی.</p> <p>۱۶- افزایش روحیه استقلال در کادر درمان، جهت پذیرش مسؤلیت بیمار از طریق دریافت آموزش‌های کافی در بیمارستان.</p> <p>۱۷- افزایش پذیرش دانشجو و جذب بیشتر اساتید هیأت علمی.</p> <p>۱۸- افزایش امتیاز و اعتبار علمی دانشگاه.</p> <p>۱۹- افزایش درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های درون شهر.</p> <p>۲۰- حضور افراد با سطوح مختلف آموزشی مانند: اینترن، اکسترن، استیودنت، کارآموز و کارورز، نیروهای طرحی، جهت ارائه خدمات ۲۴ ساعت و در کنار بالین بیمار.</p> <p>۲۱- استفاده از منابع تأمین شده، از طریق آموزش در جهت تحقیق، توسعه آموزش، تکمیل تجهیزات و ...</p> <p>۲۲- توجه به توسعه زیر بناهای شهری، با توجه به پیشرفت دانشگاه‌ها، مراکز درمانی و بیمارستانی، در جهت پاسخ‌گویی به نیازهای شهروندان.</p>
<p>۳</p>	<p>چالش‌ها</p>	<p>مالی و زمان - بندی ارائه پروژه و مشکلات پیمان کاری و فضای زیر ساخت‌ها</p>	<p>۱- مشکلات مالی، در جهت ساخت و مجهزسازی بیمارستان و ...</p> <p>۲- واگذاری پروژه به وزارت مسکن و شهرسازی.</p> <p>۳- عدم هماهنگی میان اعضای شهر.</p> <p>۴- عدم اجرایی شدن پروژه، در زمان مقرر و تحویل به هنگام.</p> <p>۵- شروع بهره برداری از بیمارستان پیش از تمام شدن کامل ساخت به دلیل افزایش تعداد بیماران.</p> <p>۶- فاصله زمان طولانی از دهه ۸۰ تا ۹۰، ۱۰ الی ۱۲ سال، سبب بروز مشکلاتی در زمینه زیرساختی پروژه</p> <p>۷- عدم توجه به نظرات و پیشنهادهای متخصصان و صاحب‌نظران، در زمینه اعمال تغییرات در بیمارستان.</p> <p>۸- مشکلات زیرساختی و پیرامونی بیمارستان مانند: بولوارکشی، جاده‌ای، آسفالت و نبود فضای سبز.</p> <p>۹- رنگ آمیزی نامناسب.</p> <p>۱۰- مشکل دیوارها، از نظر نما و جنس گچی، که باعث شده قابلیت نصب دستگاه مانیتور یا دی‌سی شوک و ... وجود نداشته باشد.</p> <p>۱۱- اندازه نامناسب درها.</p>
		<p>سیستماتیک و تجهیزاتی</p>	<p>۱- تکمیل شدن تجهیزات بیمارستان به تدریج.</p> <p>۲- مشکلات حمل و نقلی بیرون از بیمارستان و مشکلات درون بیمارستان مانند آسانسور و ...</p> <p>۳- تأسیسات زیربنایی ساختمان مانند سیستم سرمایشی و گرمایشی.</p> <p>۴- سیستم اکسیژن‌رسانی.</p> <p>۵- مشکل دیگ بخار.</p> <p>۶- مشکلات مربوط به تأمین خطوط ارتباطی تلفن ثابت و موبایل.</p> <p>۷- مشکل آب، برق، گاز و ...</p>
	<p>نیروهای انسانی، درمانی و آموزشی</p>		<p>۱- مهم‌ترین و بزرگ‌ترین چالش، تأمین نیروی انسانی کارآزموده</p> <p>۲- عدم وجود امتیازات کافی، جهت جذب متخصصان با رتبه‌های عالی علمی، جهت ارائه خدمات، چه در امر آموزش و چه در امر درمان.</p>

			<p>۳- عدم فضا سازی مناسب، جهت اسکان سازی مطلوب برای پزشکان و متخصصان.</p> <p>۴- مشکلات درآمدی، حقوق پزشکان و متخصصان، که بیشتر مربوط به تعرفه های پایین وزارت بهداشت است.</p> <p>۵- عدم ایجاد جاذبه های لازم و همه جانبه، برای پزشکان و متخصصان امر، در جهت ارائه خدمات درمانی، انجام کارهای تحقیقاتی - آموزشی، به ویژه در مراکز دولتی.</p> <p>۶- وجود بودجه محدود در بخش آموزش- پژوهش- تحقیقات.</p>
۴	راه حل های ارائه شده جهت حل چالش ها	حل مشکلات و چالش های مالی، پیمان کاری و فضای زیر ساختی بیمارستان	<p>۱- سعی در به حداقل رساندن تأخیرات ایجاد شده، در زمان تحویل پروژه</p> <p>۲- ایجاد ارتباط مستقیم، میان متخصصان وزارت بهداشت و وزارت مسکن و شهرسازی، جهت اعمال نظرها و حل برخی از مشکلات زیر ساختی.</p> <p>۳- حذف واسطه گری ها و لابی گری ها.</p> <p>۴- در صورت امکان از سپردن پروژه های بیمارستان، به دست وزارت مسکن و شهرسازی، پیمان کار و مشاورى که زیر نظر این ارگان می باشد خودداری کرد؛ زیرا هر کدام به نوعی دنبال سود و منفعت خود هستند</p> <p>۵- سعی در ایجاد همکاری میان تمام ارگان های دخیل در ساخت و راه اندازی بیمارستان.</p>
	حل مشکلات	تجهیزاتی	<p>۱- استفاده از تجهیزات دو بیمارستان استاد مطهری و پیمانیه، کمک های وزارت خانه ای و خیرین سلامت، جهت رفع مشکلات تجهیزاتی و تأمین آن ها در کوتاه مدت و میان مدت.</p> <p>۲- ایجاد همکاری میان تیم تأسیساتی و دفتر فنی دانشگاه، جهت رفع چالش های تأسیساتی.</p> <p>۳- رفع مشکل دستگاه اکسیژن ساز، از طریق دستگاه اکسیژن اکسترا یا اکسیژن داخل کانتینر و رفع مشکل چیلرها، از طریق نصب پمپ.</p>
	حل مشکلات	نیروهای انسانی	<p>۱- ایجاد انگیزه و جاذبه های لازم، در نیروهای جوان و متخصصان، جهت انجام تمام امور آموزشی، درمانی و پژوهشی و ...</p> <p>۲- مهیا کردن زمینه، جهت درآمد و حقوق مکفی برای متخصصان امر، جهت شرکت در جهت آموزش.</p> <p>۳- افزایش درآمد پرسنل.</p> <p>۴- تشکر و قدردانی از تمام پرسنلی که از صمیم قلب و بر اساس حس مسئولیت شناسی، یاری گر بوده اند.</p>
	تشکیل تیم های اجرایی		<p>۱- تشکیل تیم های مختلف، از ۶ سال مانند: دفتر فنی یا در حقیقت عمرانی، فضای فیزیکی دانشگاه، اداره منابع فیزیکی دانشگاه در دو گروه ابنیه ساختمانی و تأسیسات در کنار آن هم زمان تشکیل تیم سیستم فناوری و اطلاعات.</p> <p>۲- تشکیل کارگروه تیمی، جهت تأمین نیروی انسانی، بر اساس نیازسنجی و جذب نیرو.</p> <p>۳- تیم نیازسنجی و تأمین تمام تجهیزات اعم از اداری، بیمارستانی و درمانی، تأسیساتی و ...</p> <p>۴- تشکیل جلسات گروهی و بین تیمی به صورت هفتگی در ساعات های مختلف، جهت حل مشکلات.</p> <p>۵- ایجاد هماهنگی میان تمام تیم های اجرایی.</p> <p>۶- هماهنگی و تعامل میان تمام تیم های اجرایی، در چیدمان نیروها از جمله: بخش ها، فعالیت بخش ها، تعداد نیروهای انسانی، پذیرش بیمار، تأمین تجهیزات، ارائه خدمات درمانی و ...</p> <p>۷- پیگیری تمام تصمیمات اتخاذ شده در جلسات، در سطوح مختلف شهرستان و تهران.</p>
۵	مستند سازی اسناد و مدارک	صورت جلسه و عکس و فیلم	<p>۱- تشکیل جلسات به صورت هفتگی، مطابق با نیاز میان معاونت توسعه، معاونت درمان و سایر تیم ها، در حضور رئیس دانشگاه که تمام موارد مطرح شده به صورت مکتوب ثبت شده اند.</p> <p>۲- تأکید بر ثبت اسناد به صورت کتبی (بیشتر صورت جلسات به شکل مکتوب و نوشتاری و همراه با امضاء حاضران، ثبت شده اند).</p> <p>۳- در هر جلسه، اقدامات صورت گرفته نسبت به جلسات قبلی و نتایج آن ها بررسی و به صورت فیلم یا عکس ثبت شده اند.</p> <p>۴- مستند سازی در قالب یک تیم اجرایی بوده، که با حضور تمام اعضا و دبیر جلسات صورت گرفته است.</p> <p>۵- مستند سازی اسناد و اطلاعات، در مقاطع مختلف تأسیس بیمارستان، صورت گرفته است.</p>
۶	پیشنهادات در جهت هدایت پروژه های مشابه	ساختمان فیزیکی بیمارستان	<p>۱- سعی در اجرای پروژه های بیمارستانی، توسط خود دانشگاه علوم پزشکی یا حداقل وزارت بهداشت.</p> <p>۲- از سپردن پروژه های پزشکی، به خارج از وزارت بهداشت مانند وزارت مسکن و شهرسازی و دیگران اجتناب گردد.</p> <p>۳- پیمان کار، توسط خود دانشگاه انتخاب گردد.</p> <p>۴- طرح اولیه، تحت نظارت دانشگاه و وزارت بهداشت و با حضور متخصصان امر باشد و قبل از اجرای پروژه و طراحی آن از صاحبان فرآیند و کسانی که مجری طرح هستند از جمله: مترون، مدیر و رئیس بیمارستان، مشاوره گرفته شود.</p> <p>۵- بهره بردار، از همان ابتدا تمام نیازها و انتظارات خود را متناسب با اهداف، تعیین کند.</p> <p>۶- بومی سازی پروژه، بر اساس نیاز منطقه.</p> <p>۷- به حداقل رساندن فاصله زمانی میان بیمارستان، احداث و بهره برداری از آن جهت تناسب میان ساختمان بیمارستان و نیازهای زمان (تأکید بر به روز بودن تمام تجهیزات و مصالح).</p> <p>۸- در صورت واگذاری طرح به مسکن و شهرسازی یا پیمان کار، داشتن حداقل نظارت توسط علوم پزشکی یا وزارت بهداشت، بر تمام امور.</p>

<p>۹- ایجاد زیرساخت‌های لازم از جمله: برق، گاز، آب، وجود جاده و... قبل از احداث پروژه، از طریق همکاری با فرماندار و سایر ادارات مربوط.</p> <p>۱۰- تأکید بر رعایت اصول استانداردسازی.</p> <p>۱۱- به‌کارگیری مصالح متناسب، با نیاز بیمارستان.</p> <p>۱۲- به‌کارگیری تجهیزات کامل و با کیفیت، جهت ارائه خدمات درمانی مناسب به بیماران.</p> <p>۱۳- تأکید بر انجام تمام امور به صورت گروهی- تیمی، به جای تأکید بر انجام کارها به صورت فردی (اهمیت گروه‌گرایی و تیم‌ورک (teamwork) به جای فرد گرایی).</p> <p>۱۴- تشکیل جلسات فوری، در جهت رفع مشکلات اضطراری و بهره‌گیری از نظرات متخصصان امر.</p> <p>۱۵- تشکیل جلسات منظم و کمیته‌های اختصاصی درمان، با حضور متخصصان امر و سعی در مستندسازی تمام امور انجام شده در جلسات، به صورت کتبی یا فیلم و عکس.</p> <p>۱۶- بهره‌گیری از تجربیات و سرمایه‌های عظیم انسانی، در سطوح مختلف دانشگاهی، بیمارستانی، بین‌دانشگاهی، بیمارستانی و حتی وزارت‌خانه‌ای، در جهت حل مشکلات.</p>			
--	--	--	--

در این صورت ایجاد تجهیزات تام و ارائه خدمات کامل به بیماران، در طی زمان صورت می‌گیرد.

بیمارستان آموزشی-درمانی

تقریباً تمام مشارکت‌کنندگان، بر تفاوت میان بیمارستان-های صرفاً درمانی، با بیمارستان‌های آموزشی-درمانی و مزیت این نوع از بیمارستان‌ها، اتفاق نظر داشته‌اند و برخی بر مکمل بودن هر دو بخش آموزشی-درمانی، تأکید کرده‌اند. برخی از نظرهای مصاحبه‌شوندگان به شرح زیر بود:

یکی از مشارکت‌کنندگان (شماره ۲)، تفاوت بیمارستان‌های آموزشی-درمانی، با بیمارستان‌های صرفاً درمانی و نیازهای زیرساختی این‌گونه بیمارستان‌ها و مزیت آن‌ها چنین بیان کرده‌اند: «بیمارستان، یا درمانی هست یا آموزشی هست. معمولاً جاهایی که درمانی هست از نظر ساختمانی هم متفاوت هست به عنوان مثال: اگر برای درمانی، به ازای هر تخت، ۹۰ متر ما تعریف بکنیم برای آموزشی، ۱۳۰ متر تعریف می‌کنیم؛ چرا چون باید به الزامات آموزشی داخلش دیده بشه. کلاس‌های آموزشی، سالن اجتماعات، درمانگاه-های مخصوص به خودش و اینا باعث می‌شه، که فضا بزرگ-تر بشه که بتونیم اون فرآیند انجام بدیم، این یه بعد از نظر ساختمانی هست. نوع کسانی هم که توش کار می‌کنن متفاوت هستند، که غیر از نیروی انسانی، از نظر حالا رده-های مختلف آموزشی یا از نظر استیوودنت، اکسترن و اینترن هم اونجا فعالیت می‌کنن. اساتید هست، راندهای آموزشی هست اینکه متفاوت هست با پروژه‌های درمانی و معمولاً انتظاراتی که از بیمارستان آموزشی هست، قطعاً خیلی بیشتر از بیمارستان درمانی هست و مریض‌ها خیلی بهتر

، که در مجموع، ۶ طبقات اصلی با عناوینی مانند: ۱- فرآیند بهره‌برداری از بیمارستان؛ ۲- بیمارستان آموزشی-درمانی؛ ۳- چالش‌ها؛ ۴- راه‌حل‌ها؛ ۵- مستندسازی اسناد و مدارک؛ ۶- پیشنهادات در جهت هدایت پروژه‌های مشابه، استخراج گردید. به طور کلی ۱۲۳، واحد معنایی، در طی انجام فرآیند کدگذاری، به دست آمد که این کدها در مجموع ۶ طبقات اصلی و ۱۷ زیرطبقات، دسته بندی شدند. پس از بررسی متن مصاحبه‌های انجام شده، طبقات اصلی، زیرطبقات و واحدهای معنایی در جدول ۲، استخراج گردید.

فرآیند بهره‌برداری از بیمارستان

طبقه اصلی اول دارای پنج زیرطبقه می‌باشد که در ابتدا سعی شد، تا تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش، تعریف خویش را از فرآیند بهره‌برداری از بیمارستان، به‌گونه‌ای روشن و با بیان جزئیات شرح دهند. از نظر تمامی شرکت‌کنندگان، فرآیند بهره‌برداری از بیمارستان، فرآیندی پیچیده و چند عاملی است که جنبه‌های مختلف از جمله: احداث ساختمان فیزیکی بیمارستان، آماده‌سازی تجهیزات، جذب نیروی انسانی، پذیرش بیمار و ارائه خدمات به بیماران، را در برمی‌گیرد. برای نمونه، تعدادی از نظرهای مصاحبه‌شوندگان آورده شده است:

یکی از مشارکت‌کنندگان (شماره ۲)، فرآیند بهره‌برداری از بیمارستان را شامل احداث ساختمان، تأسیسات، تجهیزات، نیروی انسانی و پزشکی، دانسته‌اند که گاه به صورت کامل، تمامی امکانات مهیا گشته و امکان بهره‌وری عالی و خدمات‌دهی کامل را به بیماران ارائه می‌دهد و گاه بهره‌وری به صورت قطعه‌قطعه و با ظرفیت ۵۰ تا ۶۰ درصد است، که

منیج می‌کنند و معمولاً بازدهی خیلی بیشتری داره نسبت به درمانی داره.»

چالش‌ها

بر اساس عقاید تمام مشارکت‌کنندگان، مهم‌ترین چالش‌ها در زمینه تأسیس و بهره‌برداری از بیمارستان، با سه زیر طبقه شامل: مالی و زمان‌بندی ارائه پروژه و مشکلات پیمان‌کاری و فضای زیرساخت‌ها، سیستماتیک و تجهیزاتی، نیروهای انسانی، درمانی و آموزشی است. برخی از نظرهای شرکت‌کنندگان در این زمینه عبارت بود از:

مشارکت‌کننده (شماره ۳)، ضمن تأکید بر تأمین نیروی انسانی به عنوان بزرگ‌ترین چالش، مهم‌ترین چالش‌ها را این‌گونه بیان کردند: «بزرگ‌ترین چالش‌مون، نیروی انسانی بود و شاید ۸۰٪ انرژی ما رو نیروی انسانی گرفت. بعد از نیروی انسانی، تجهیزات بود، که خب خوشبختانه حالا با پیگیری‌هایی که دانشگاه از رئیس دانشگاه، نماینده محترم، خود دانشگاه، همکاران دیگه و معاونت درمان پیگیر شدند، این قسمت هم به تدریج خوشبختانه حل شد. هنوز به بخش‌هایی هم مونده که حالا این هم ان‌شالله، خب حل بشه این دومین آیم ما بود. سومین آیم ما که مشکل‌ساز بود یه مقداری بود، برای تأسیسات ما بود. تأسیسات زیر بنایی بیمارستان، که تأسیسات گرمایشی و سرمایشی، منظومه؛ چون خصوصاً فصل گرما شروع شد و سرمایشی ما یه مقداری چالش داشت.»

راه‌حل‌های ارائه شده جهت حل چالش‌ها

از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، واسپاری پروژه‌ها به سازمان بهداشت و درمان، دانشگاه‌های علوم پزشکی، ایجاد همکاری درون و برون سازمانی، جهت تأمین کمبود نیروهای انسانی و تجهیزات، خلق انگیزه‌های کافی جهت به‌کارگیری نیروهای متخصص، تشکیل کارگروه‌ها و تیم‌های اجرایی، جهت انجام تمام امور به صورت گروهی، از مهم‌ترین راه-حل‌ها، جهت فائق آمدن بر چالش‌ها می‌باشد. چند مورد از نظرهای شرکت‌کنندگان در این زمینه مطرح شده است:

مشارکت‌کننده (شماره ۵)، نقش تشکیل تیم‌های اجرایی و ایجاد همکاری در میان ارگان‌ها را در جهت حل چالش‌ها، این‌گونه توضیح داده‌اند: «موقعی که می‌خواد یک مجموعه راه‌اندازی بشه؛ چون بحث خدمت‌رسانیه، خب باید کل

مجموعه افرادی که بخوان خدمت بگیرن، کل جاهایی که مثلاً، من منظورم اینه که بیشتر شهر باید درگیر این قضیه بشن. خب باید کل مجموعه‌ای که چون تسهیلات برای یک شهریه، خب باید همه ارگان‌ها خودشون رو درگیر این قضیه بکنن. خب خیلی از این موانع رو می‌شه خیلی راحت‌تر حلش بکنیم؛ ولی همکاری به نظرم خیلی سطح پایین بود. این همکاری‌ها اگر بیشتر بود، شاید خیلی سریع‌تر راه‌اندازی می‌شد و چالش‌هایی که مثلاً انرژی که ما می‌گذاشتیم، برای راه‌اندازی بیمارستان صرف یه کارای دیگه می‌کردند؛ ولی خب این چیزهای ساده اولیه رو بعضی مثلاً از ارگان‌ها، به نظرم دریغ کردند و می‌تونستند سریع‌تر پیگیر کنند.»

پیشنهادات در جهت حل چالش‌ها

تقریباً تمامی مشارکت‌کنندگان، بر ضرورت واسپاری چنین پروژه‌هایی به وزارت بهداشت و درمان و دانشگاه‌های پزشکی، تأکید کردند. برخی از نظرهای مصاحبه‌شوندگان به شرح زیر بود:

یکی از مشارکت‌کنندگان (شماره ۱)، تجربیات خود را چنین بیان کردند: «من فکر می‌کنم، دانشگاه‌های علوم پزشکی بهتره، تمام پروژه‌هاشون توسط خود دانشگاه یا حداقل وزارت بهداشت، اجرا بشه و از سپردنش به خارج از وزارت بهداشت، مثل وزارت مسکن و شهرسازی یا دیگران خودداری بشه. پیمان‌کار، دانشگاه انتخاب کنه، نظارتش دانشگاه انجام بده، طرح اولیه وزارت بهداشت داشته باشه، نه از بیرون. الان ما توی این بیمارستان، مشکلات خیلی زیادی داریم، که در آینده باهاش مواجه خواهیم شد؛ از جمله: فضاهای تنگ، دیوارهایی که بالآخره مشکلات خاص خودش از نظر نما و غیره داره، رنگ‌آمیزی‌های نامناسب، درب‌هایی که اصلاً مناسب نیست، بعضی جاها تخت‌ها نمی‌تونند وارد اتاق بشن و گرفتاری‌های دیگه داره و گرنه ما داریم پروژه‌هایی که خودمون اجرا کردیم و بیمارستانی هم هست و اصلاً خود دانشگاه، اجرا کرده و می‌شه ببینی. تفاوتش خیلی خیلی زیاد هست. نمونش هم بلوک زایمان.»

مستندسازی اسناد و مدارک

تمام مشارکت‌کنندگان (۶ مصاحبه‌شوندگان)، بر ضرورت مستندسازی، اهمیت آن و مستندسازی اطلاعات، چه به صورت مکتوب، چه به صورت فیلم و عکس، اتفاق نظر

موارد دیگری همچون انتقال‌پذیری بیمار، برنامه‌ریزی با هدف حداکثر کیفیت رضایتمندی بیمار هم پرداخته شده است.

در طبقه دوم، بیمارستان آموزشی-درمانی، با سه زیر حیطه در قالب آموزشی-پژوهشی-تحقیقاتی، درمانی و توانبخشی، مزایای بیمارستان آموزشی-درمانی، بیان شده است.

لطفی و همکارانش (۱۳۹۰)، از ۶ متغیر، ۱- الگو بودن؛ ۲- مربی بودن؛ ۳- چهارجوب‌بندی؛ ۴- بیان؛ ۵- بازاندیشی؛ ۶- اکتشافی استفاده کرده‌اند که در این زمینه یادگیری، مستلزم کسب تجربه بالینی، از سوی دانشجو و تمرین مهارت‌ها، با مشاهده کردن، مشارکت، پژوهش-تحقیق، انجام مستقل فعالیت‌های بالینی، استنتاج و اداره بیماران، تحت نظارت اساتید می‌باشد. اساتید بالینی، با ترغیب شاگردان در محیط آموزشی، انگیزه و موقعیت آموزش را آنچنان فراهم می‌کنند، که دانشجویان را در امر یادگیری، سهیم و دخیل می‌دانند. در چنین اوضاعی، جریان تفکر در محیط آموزش امکان‌پذیر و شاگردان احساس لیاقت بیشتری می‌کنند. با وجود عوامل بسیار متعدد در ایجاد محیط مناسب آموزشی، هنوز اساتید نقش به‌سزایی در بیمارستان آموزشی-درمانی دارند، که باعث تربیت نیروهای متخصص و کارآزموده، در هر رشته می‌گردند. نتایج این تحقیق با پژوهش حاضر، هماهنگی دارد؛ (۷) آنگونه که حضور مستقیم اساتید بالینی در بیمارستان، باعث تربیت نیروهای انسانی کارآزموده و استفاده از دانشجو در بخش‌های مختلف می‌گردد، که در این بررسی مورد تأکید قرار گرفته است؛ همچنین در این راستا، سبزواری و همکاران (۱۳۹۴)، کیفیت محیط یادگیری بالینی بیمارستان‌های آموزشی، توسط اساتید، بسیار مطلوب ارزیابی کرده‌اند؛ به طور کلی نتایج این تحقیق نشان داده، که درک از حیطه‌های یادگیری، استاد، فضای حاکم بر آموزش در بیمارستان‌های آموزشی، از آنجایی که اغلب آموزش بالینی در بیمارستان‌های آموزشی-درمانی، انجام می‌شود، دانشکده‌های پزشکی باید تجربیات ناشی از عمل طبابت را با توجه به امکانات، تسهیلات فزاینده تکنولوژی و با در نظر گرفتن منابع محدود اقتصادی در اختیار دانشجویان قرار دهند که این موارد، از منظر اساتید بسیار مطلوب می‌باشد (۸).

داشتند و بر تشکیل جلسات مکرر جهت رفع چالش‌های پیش‌آمده، تأمین تجهیزات، نیروی انسانی و مستندسازی نتایج، در قالب یک تیم اجرایی، با حضور تمام اعضا، توسط دبیر جلسات، تأکید کردند.

بحث

مطالعه حاضر، با هدف شناخت تجارب مدیران و مسئولان دانشگاه علوم پزشکی جهرم، در فرآیند ساخت و بهره‌برداری از بیمارستان سیدالشهداء می‌باشد، که بر اساس تمام تجارب به‌دست آمده، ضمن فرآیند ساخت، مجهزسازی امکانات و تأمین نیروی انسانی، طراحی شده است. با توجه به اینکه مطالعات کمی و پرسشنامه‌ای، چندان بیان‌کننده دغدغه‌ها و تجربه‌های افراد نیست و در حقیقت به جای پرداختن به تجربیات و انتظارات مسؤلان امر، سؤالات برآمده از ذهن پژوهشگر را پاسخ می‌دهد، سعی شد تا به منظور بررسی انتظارات، تجربیات مسؤلان و فرآیند بهره‌برداری بیمارستان سیدالشهداء جهرم، این مطالعه را در قالب کیفی و با پرسش‌های نیمه ساختاریافته و باز، ایجاد گردد تا بتواند در حد امکان، بازگوکننده تجربیات واقعی افراد باشد.

پس از بررسی مصاحبه‌ها، ۶ تم اصلی مشاهده شد که عبارت بودند از: ۱- فرآیند بهره‌برداری بیمارستان؛ ۲- بیمارستان آموزشی-درمانی؛ ۳- چالش‌ها؛ ۴- راه‌حل‌های ارائه شده در حل چالش‌ها؛ ۵- مستندسازی اسناد و مدارک؛ ۶- پیشنهادات در جهت هدایت پروژه‌های مشابه، بود. در مورد طبقه اصلی اول، ۵ زیرطبقه مشاهده شد که این موارد شامل: ساختمان بیمارستان، تجهیزات، نیروی انسانی، پذیرش بیمار و ارائه خدمات بود.

مشابه نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاضر، در زمینه زیر طبقات مربوط به فرآیند بهره‌برداری از بیمارستان، در پژوهش محمدنژاد و همکارانش (۱۳۹۳)، هماهنگی خاصی از دیدگاه، نحوه دسترسی بیمار به خدمات، داشتن اطلاعات از نحوه پذیرش بیمار، نحوه اولین برخوردهای مراکز سلامتی با بیمار، نحوه برخورد پرسنل پزشکی به ویژه پزشک و پرستار، نحوه پرداخت و کاهش هزینه‌های بیمار، کاهش مدت زمان انتظار تا زمان بستری شدن و محیط بیمارستان وجود دارد (۶) که در راستای تحقیق حاضر به

مکانیکی و الکتریکی به دلیل اجرا، نصب و یا کیفیت نامناسب مصالح، عدم تمایل بسیاری از پزشکان و پرستاران برای کار در بیمارستان های موجود به دلیل عدم داشتن فضای کار، استراحت امن و مناسب، حقوق، فضای سبز و ... با کمی دقت در موارد بالا متوجه خواهیم شد که ۹۲٪ مشکلات در بیمارستان های فعال و یا بیمارستان های در حال ساخت مربوط به زیاد بودن هزینه ها و زمان ساخت، کاهش عمر مفید بنا، دقت و توجه کم در زمان ساخت و کیفیت نامناسب اجرا و مصالح می باشد (۱۰). جدا از این مباحث، در تحقیق حاضر یکی از چالش های اساسی و مهم، سپردن طراحی و ساخت بیمارستان به وزارت مسکن و شهرسازی بوده است؛ همچنین رنگ آمیزی نامناسب و اندازه نامناسب درها برای ورود تخت، در این حیطة به آن پرداخته شده است.

ساریخانی و همکاران (۱۴۰۱)، از مسائل مهم در بیمارستان های خیریه، تأمین ناکافی نیروی انسانی متخصص می دانند (۱۱) که با تحقیق حاضر هم خوانی دارد و یافته های مطالعه حاضر در خصوص موانع اجرای استانداردها در حیطة کمبود منابع انسانی و مالی، با نتایج مطالعات مصدق و همکاران (۱۲)، صادقی بازرگانی و همکاران (۱۳)، محمودیان و همکاران (۱۴)، یارمحمدیان و همکاران (۱۵) و فتوحی و همکاران (۱۶)، هم خوانی داشت؛ که بر اجرای اعتباربخشی اثر مثبت دارد.

عامریون و همکاران (۱۳۸۲)، ۲۶ مؤلفه تأثیرگذار بر مدیریت نگهداشت تجهیزات پزشکی، در یک بیمارستان نظامی را آموزش کاربران، تعهد و تجربه کاربران، نیروی انسانی، بازار ارز، بازدیدهای دوره ای، مارک یا نام تجاری دستگاه، را از مهم ترین عوامل بیان کرده اند که این امور بیش از ۷۵٪ مؤلفه های مهم می باشند؛ (۱۷) در حالی که در این تحقیق، از گستردگی بیشتری برخوردار است: تکمیل شدن تجهیزات بیمارستان به تدریج، مشکلات حمل و نقلی بیرون از بیمارستان و مشکلات درون بیمارستان مانند آسانسور و ...، تأسیسات زیربنایی ساختمان، مانند سیستم سرمایشی و گرمایشی، سیستم اکسیژن رسانی؛ مشکل دیگ بخار، مشکلات مربوط به تأمین خطوط ارتباطی تلفن ثابت و موبایل، مشکل آب، برق، گاز و ... در طبقه چهارم، راه حل - های ارائه شده در حل چالش ها، که مشتمل بر چهار زیر گروه از جمله: حل مشکلات و چالش های مالی، پیمان کاری

Mcquide و همکاران (۲۰۰۹)، اعتقاد دارند برنامه ریزی برای توزیع نیروی انسانی در بخش سلامت، باید به دقت ایجاد گردد و مدل ارائه شده برای آن باید کاملاً با توجه به امکان اجرا، داده ها و محدودیت های منابع انتخاب گردد (۹). این مورد با یافته های تحقیق حاضر مطابقت دارد؛ اگرچه معیارهای دیگری در زمینه درمانی و توانبخشی مانند: ارتقای سرانه تخت، سطح بندی بیمارستان، بهره گیری از ظرفیت بیمارستان، نزدیک سازی استانداردهای بیمارستان به سطح کشوری، ارائه تمام خدمات درمانی، آماده بودن تمام نیروها و تجهیزات پزشکی و ... حضور نیروهای درمانی در کنار اعضای هیأت علمی در این مطالعه در سطح وسیع یافت شده است.

طبقه چالش ها، در سه زیر مضمون که شامل: مالی و زمان بندی ارائه پروژه و مشکلات پیمان کاری و فضای زیر ساخت ها، سیستماتیک و تجهیزاتی، نیروهای انسانی، درمانی و آموزشی، می باشد.

دهقان زاده (۱۳۹۷)، مشکلات بیمارستان ها در ایران را به دو دسته، در زمان طراحی و ساخت و در زمان بهره برداری بیان کرده است. عموم این چالش ها با پژوهش حاضر کاملاً هماهنگی و تناسب دارند که عبارتند از: عدم طراحی مناسب براساس استانداردها و ضوابط، کوتاهی در طراحی و ساخت صحیح بیمارستان ها با انتخاب گروه های تخصصی طراحی درمانی کم و حتی بی تجربه، به دلیل انتخاب و پرداخت دستمزدهای کم، طولانی شدن زمان ساخت اغلب بیمارستان ها تا ۸ الی ۳۱ سال و در نتیجه کاهش عمر مفید بنا در زمان بهره برداری، عدم پرداخت به موقع صورت وضعیت های مشاوران و پیمانکاران و گاهی متوقف شدن کوتاه یا میان مدت روند ساخت بیمارستان به دلیل عدم تغذیه مالی توسط کارفرما و مجری، اتمام اعتبار ساخت به علت رشد تورم اقتصادی و متوقف شدن صددرصد ساخت تعداد بسیار قابل توجهی بیمارستان و مراکز درمانی در نقاط مختلف کشور، شروع بهره برداری از بیمارستان پیش از تمام شدن کامل ساخت به دلیل افزایش تعداد بیماران، عدم وجود تعداد تخت کافی برای بیماران در نقاط مختلف ایران به جهت رشد سریع جمعیت و روند کند و طولانی مدت ساخت بیمارستان ها و مراکز درمانی، عدم بازسازی و مقاوم سازی بیمارستان از جمله: دیوارها، جاده و ...، تجهیزات و خرابی و از کارافتادگی تأسیسات

است. در سه دهه اخیر، تیم‌ها به منظور تحقق تغییرات و ماهیت پیچیده فعالیت‌ها ایجاد شده و گسترش یافته-اند (۲۰) که در تحقیق حاضر، چنین صحبت‌هایی، در مصاحبه‌های انجام شده مشاهده گردید، که هماهنگی میان تیم‌های اجرایی در بیمارستان، نقش بسیار مهمی، در اخذ تصمیمات درون و برون‌سازمان (سطوح مختلف شهرستان و تهران)، چیدمان نیروها، تأمین نیروی انسانی بر اساس نیازسنجی، جذب نیرو و حل مشکلات دارد. از جمله محدودیت‌های حاکم بر این مطالعه می‌توان به: ۱- غیر قابل تعمیم بودن نتایج مطالعات کیفی؛ ۲- عدم تمایل به شرکت در مطالعه؛ ۳- صرف وقت زیاد در گردآوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها؛ دانست. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران، پس از انجام این تحقیق، بر روی هر یک از این مؤلفه‌ها، در تحقیقات آتی خود، تمرکز و پیشنهادات مسئولان امر را برای بهره‌برداری بهتر، در ساخت بیمارستان‌های آموزشی-درمانی در کشور مهیا سازند.

نتیجه‌گیری

اهمیت مراکز آموزشی-درمانی، به ویژه بیمارستان‌ها در عصر حاضر، بر هیچ کس پوشیده نیست؛ چراکه بیمارستان‌ها به نوعی هم‌آغازگر و هم‌پایان‌گر حیات آدمی هستند و وسعت فعالیت بیمارستان‌ها، به فراخنای گستره حیات انسانی است؛ از این جهت مهیا کردن زیرساخت‌های مناسب و امکانات کافی، در جهت درمان بیماران، امری ضروری است. به‌کارگیری نظر متخصصان و صاحب‌نظران امر، در زمان احداث بیمارستان در الویت است؛ چراکه تنها توجه صرف به دیدگاه پیمان‌کاران، نمی‌تواند تأمین‌کننده نظر متخصصان باشد. همکاری‌های درون و برون‌سازمانی در میان وزارت مسکن و شهرسازی، وزارت بهداشت، از یک‌سو و دانشگاه علوم پزشکی و مراکز فرمانداری، نیروگاه‌های تأمین‌کننده خدمات شهری از سوی دیگر، بسیار مهم است. استفاده از مصالح مناسب، بومی‌سازی پروژه، فراهم‌آوری زیرسازها از جمله: امکانات ارتباطی، آب، برق، گاز از دیگر الویت‌ها می‌باشد. تأمین نیروی انسانی و تجهیزات مجهز بیمارستانی، برای ارائه خدمات مناسب به بیماران، بسیار بااهمیت است. در بعد نیروی انسانی، مجموعه‌ای از افراد، بالاترین سطوح آموزشی تا سطوح پایین‌تر در بیمارستان‌ها، حضور دارند که با وجود دشواری شرایط کاری، به وجود

و فضای زیر ساختی بیمارستان، حل مشکلات تجهیزاتی، حل مشکلات نیروهای انسانی، تشکیل تیم‌های اجرایی است.

در بررسی طبیبی (۱۳۸۲)، مهم‌ترین الگو برای برنامه‌ریزی استراتژیک در توسعه منابع انسانی در بیمارستان را در ۸ مورد بیان می‌کند: ۱-گزینش اصلی کارکنان؛ ۲-آموزش کارکنان جدید؛ ۳-آموزش کارکنان قدیمی؛ ۴-جابه‌جایی نیروها؛ ۵-سیاست‌های حقوق و دستمزد؛ ۶-ایجاد انگیزه در کارکنان؛ ۶-افزایش تعهد کارکنان به بیمارستان؛ ۸-برخورد با موانع می‌باشد که این موارد حول محورهای چهارگانه توسعه سرمایه، منابع انسانی، برنامه‌ریزی و آموزش، در بخش بهداشت و درمان و مخصوصاً کادرهای بیمارستانی، می‌چرخد (۱۸). این نتایج در راستای تحقیق حاضر می‌باشد که شامل: ۱-ایجاد انگیزه و جاذبه‌های لازم در نیروهای جوان و متخصصان، جهت انجام تمام امور آموزشی-درمانی و پژوهشی و...؛ ۲- مهیا کردن زمینه جهت درآمد و حقوق مکفی برای متخصصان امر، جهت شرکت در جهت آموزش؛ ۳- افزایش درآمد پرسنل؛ ۴- تشکر و قدردانی از تمام پرسنلی که از صمیم قلب و بر اساس حس مسئولیت-شناسی یاری‌گر بوده‌اند.

طیبی و همکاران (۱۴۰۰)؛ طراحی الگوی ساختار مدیریت تجهیزات پزشکی برای اصلاح ساختار، به مواردی از جمله: ۱-ارتقاء ایمنی و سلامت لازم برای بیماران؛ ۲-صرفه-جویی و کمک به مدیریت هزینه؛ ۳-ارائه خدمات و مراقبت-های تشخیصی - درمانی، با کیفیت مناسب به بیماران؛ ۴- جلوگیری از ایجاد وقفه در ارائه خدمات سرپایی و بستری به بیماران و بالا بردن کیفیت درمان اشاره کرده است؛ (۱۹) اما در این بررسی، جدا از تجهیزات پزشکی، به تأسیسات مانند: چیلرها، اکسیژن‌ساز و...هم پرداخته شده است.

کلانتری و همکاران (۱۳۹۵) معتقدند که تیم، گروه کوچکی از افراد، با مهارت‌های مکمل یکدیگر می‌باشند که برای دستیابی به هدفی مشترک تلاش می‌کنند. گروهی از افراد که هر یک از آن‌ها تخصص ویژه‌ای دارد، مسئول گرفتن تصمیمات شخصی خود است که هدف مشترکی با سایر اعضا دارد؛ به‌گونه‌ای که با سایر اعضا همکاری و ارتباط داشته و در قالب آن همگی دانش یکدیگر را تکمیل می‌کنند. تیم که به‌عنوان یکی از ابزارهای مهم و ضروری در افزایش عملکرد سازمان نقش دارد، ذاتاً یک مفهوم میان رشته‌ای

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود پژوهشگران، پس از انجام این تحقیق، بر روی هر یک از این مؤلفه‌ها، در تحقیقات آتی خود، تمرکز و پیشنهادات مسئولان امر را برای بهره‌برداری بهتر، در ساخت بیمارستان‌های آموزشی-درمانی در کشور مهیا سازند.

تشکر و قدردانی

از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان سیدالشهدا(ع) بابت همکاری در اجرای این مطالعه قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی را ذکر نکردند.

آوردن انگیزه‌های کافی در پرسنل، حائز اهمیت می‌باشد. به‌کارگیری تجهیزات به‌روز پیشرفته نیز بسیار مهم است؛ چراکه بیمار در زمان مراجعه به بیمارستان، باید تنها رنج بیماری را بر خود حادث ببیند و دیگر رنجی از بابت نبود امکانات کافی نداشته باشد و استفاده از روش‌های نوین، جهت مستندسازی تمام تجربیات، به عنوان نمونه‌ای در جهت حل چالش‌ها، از دیگر ضروریات می‌باشد.

محدودیت‌ها

از جمله محدودیت‌های حاکم بر این مطالعه می‌توان به:

- ۱- غیر قابل تعمیم بودن نتایج مطالعات کیفی؛
- ۲- عدم تمایل به شرکت در مطالعه و مصاحبه؛
- ۳- صرف وقت زیاد در گردآوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها؛

مراجع

- [1] Dargahi, H; Sadr Mumtaz, N; Faraji, F; Hospital standards, University of Tehran publishing and printing institute. 2014.
- [2] Shamghli, Ghar; one to, h; Basic Concepts in Hospital Architecture Design, Soroush Danesh Publishing Cultural Institute, second edition. 2013.
- [3] Larssen, A. K. Building's Impact on Effective Hospital Services (Bygg og eiendoms betydning for effektiv sykehusdrift) (PhD Thesis, NTNU). Trondheim, Norway: NTNU. [Norwegian]. 2011.
- [4] J. M. dos Fradinho, S. "Towards high performing hospital enterprise architectures: elevating hospitals to lean enterprise thinking," Thesis, Massachusetts Institute of Technology. 2011.
- [5] Rasi V, Doosty F, Reihani Yasavoli A. The challenges of outsourcing health services to the private sector from the viewpoint of employees of Mashhad University of medical sciences: A qualitative study. Social Security Journal. 2018 Nov 22;14(3):117-34.
- [6] Nemati F, Mohammadnejad E, Tabatabaei A, Ehsani SR, Sajjadi A, Hajiesmaeilpoor A. Satisfaction rate of hospitalized patients in teaching hospitals with presented services. 2014;7(28):29-50.
- [7] Amini M, Rezaei M, Badiei B, Kajouri J, Lotfi F. Evaluation of clinical professors at Shahid Faqihi Hospital in Shiraz based on the master-student cognitive model in December 2009. Center for Studies and Development of Medical Sciences Education. Winter 90. 2(4): 1-11.
- [8] Watan Khare R, Sabzevari S, Banshi M R. Quality of Hospitals Clinical Learning Environment: Teachers' Viewpoints. The Quarterly Journal of Mashhad Center for Studies and Development of Medical Sciences Education, Horizon of Development of Medical Sciences Education. Winter 2014; 6(2): 31-27.
- [9] Mcquide P, Stevens J & Settle D. An overview of human resources for health projection models. Available at: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/4.pdf>. 2008.
- [10] Dehghanzadeh, M. Construction and equipping of charitable hospitals, the 5th specialized congress on hospital construction and management of resources and equipment, 2017; Tehran: <https://civilica.com/doc/828045>.

- [11] Najibi M., Sarikhani Y., Omidari F. Explaining the challenges of charity hospitals in Fars province and solutions to face them: a qualitative study. Research paper on endowment and charity studies. 2023.
- [12] Mosadeghrad AM, Shakibaei E. Hospital accreditation implementation prerequisites. Hospital J 2017;16(3):43-56.
- [13] Azami-Aghdash S, Sadeghi Bazargani H, Ghasemi B, Mirzaei A, Aghaie MH. The existing barriers and infrastructures to implement accreditation from the perspective of hospitals' managers in East Azerbaijan Hospitals: A mixed method study. Depiction Health 2013;4(2):35-42.
- [14] Mahmoodian S, Safaei F, Meraji M, Kimiafar Kh, Farsinegar N, Ghasemi R. Challenges and strengths of implementing accreditation process from health information management staff perspective. J Paramed Sci Mashhad 2016;5(2):25-33.
- [15] Yarmohammadian MH, Shokri A, Bahmanziari N, Kordi A. The blind spots on Accreditation program. J Health Sys Res 2013;9(11):1158-66. [Full Text in Persian] Link.
- [16] Fotuhi MA, Khoshgoftar A, Bakhshande H, Karami Q, Rasti Broujeni M. Evaluation of viewpoint of executive management team of hospitals of Qom province in terms of the third generation of hospital accreditation standards, 2017, (Iran). Qom Univ Med Sci J 2018;12(5):62-70.
- [17] Amerioun A, Tofighi SH S, Zaboli R. Assessing the medical equipment maintenancemanagement at Selected Hospitals Affiliated with the medical sciences universities in Tehran (2003-2005). Journal of Health Administration, 2006; 9(23): 17-24.
- [18] Tabibi J. Development of human resources in the hospital. Medicine and Tezakieh. Fall 2018; 50: 1-17.
- [19] Sadeghi L, Tabibi SJ, Khalesi N. Challenges of Organizational Structure in Medical Equipment Management in Iran. Health management. 2022;12(3):117-25.
- [20] Kalantari R, Zakarian A, Majdabadi M, Ranjirani Farahani A, Meshkati M, Grossi A. Investigating teamwork in surgical teams of hospitals covered by the Social Security Organization of Tehran. Journal of Hospital. Autumn 2015; 15(58): 21-9.