

Presentation of The Evaluation Model of Hospital Accreditation Policy: Expanding The Process of Paradigmatic Phenomenology

Heydari Baghdad Abadi. Seyyed Mohammad Mehdi¹, Maetoo fi. Alireza^{*2}, Farhadi Mahali. Ali³,
Tabari. Mojtaba⁴

1- PhD Student in Public Administration, Majoring in Decision-Making and Public Policy, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Management, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Management, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

4- Associate Professor, Department of Management, Qaemshahr Branch, Islamic Azad University, Qaemshahr, Iran.

Received Date:

2024.8.16

Accepted Date:

2024.12.29

*Corresponding

Author Email:

Alirezamaetoo fi@gmail.com

Abstract

Background and purpose: Hospitals play a critical role in promoting public health and well-being in social contexts. This necessitates codified standards aimed at maintaining treatment quality and enhancing social satisfaction. Hospital accreditation policy evaluation is considered a systematic process that can have significant social and functional implications for hospitals. This study aims to present an evaluation model of hospital accreditation policy based on the process of paradigmatic phenomenology.

Methods: Using Husserl's (1970) phenomenological approach, this study developed a paradigmatic evaluation model in five analytical steps. First, through interviews with experts and open coding, propositional themes related to the phenomenon under study were identified. A focus group was then formed to discuss and analyze these propositions. Each proposition was scored using the Q-method checklist, with scores ranging from +6 to -6, to identify paradigmatic clusters.

Results: During the qualitative analysis, 16 interviews resulted in 138 open codes. After eliminating redundancies and overlapping codes, 50 propositional themes were finalized. These themes were organized into conceptual clusters within the framework of paradigmatic phenomenology, following Husserl's methodological steps.

Conclusion: The study's findings underscore the formation of a hospital accreditation policy evaluation model structured around causal, intervening, contextual conditions, strategies, and outcomes. This model has the potential to enhance the effectiveness of healthcare service delivery and improve the overall quality of treatment in society.

Keywords: Hospital Accreditation, Policy Evaluation, Paradigmatic Phenomenology, Q-Scale, 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.

ارائه‌ی الگوی ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی: بسط فرآیند

پدیدارشناسی پارادایمی

سید محمد مهدی حیدری بغدادآبادی^۱، علیرضا معطوفی^{۲*}، علی فرهادی محلی^۳، مجتبی طبری^۴

۱- دانشجوی دکتری مدیریت دولتی گرایش تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۲- دانشیار گروه مدیریت، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۳- استادیار گروه مدیریت، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۴- دانشیار گروه مدیریت، واحد قائمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائمشهر، ایران.

چکیده:

زمینه و هدف: بیمارستان‌ها به دلیل نقشی که در ارتقاء سلامت و بهداشت عمومی در بسترهای اجتماعی جوامع دارند، نیازمند استانداردهای مدونی هستند تا ضمن حفظ کیفیت درمان، به افزایش سطح رضایت اجتماعی منتج گردد. ارزیابی خط‌مشی اعتباری بیمارستانی به عنوان یک فرآیند سیستماتیک در این عرصه تلقی می‌شود که می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای به لحاظ مطلوبیت اجتماعی و عملکردی بیمارستان‌ها داشته باشد. هدف این مطالعه ارائه‌ی الگوی ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی بر اساس فرآیند پدیدارشناسی پارادایمی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه با الگوبرداری از رویکرد هاسرل تلاش شد تا طی پنج گام تحلیلی، نسبت به ارائه‌ی الگوی پدیدارشناسی پارادایمی‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی اقدام شود. برای این منظور ابتدا از طریق مصاحبه با خبرگان و کدگذاری باز، تلاش شد تا مضامین گزاره‌ای پدیده‌ی مورد بررسی، مشخص شود. سپس با تشکیل گروه کانونی جهت بحث و تبادل نظر برای تفکیک شناختی هر یک از گزاره‌ها در قالب یک مؤلفه، از چک‌لیست ارزیابی کیو بهره‌برده شد تا هر یک از گزاره‌ها در حد فاصل +۶ تا -۶ امتیازبندی شوند و نسبت به شناسایی خوشه‌بندی‌های پارادایمی پدیده‌ی مورد بررسی اقدام لازم صورت گیرد.

نتایج: نتایج در بخش کیفی طی ۲۰ مصاحبه انجام شده، تعداد ۱۳۸ کد باز را مشخص ساخت که پس از حذف زوائد و تکرار کدهای باز مشابه، ۵۰ مضمون گزاره‌ای تعیین شدند تا با اتکاء گام‌های پیاده‌سازی رویکرد هاسرل (۲۳)، خوشه‌بندی مفهومی در قالب چارچوب پدیدارشناسی پارادایمی تعیین شود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه شکل‌گیری الگوی ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی مبتنی بر شرایط علی، مداخله‌گر، زمینه‌ای، استراتژی‌ها و پیامدها تلقی نمود که می‌تواند در ارتقاء سطح اثربخشی ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی در جامعه مؤثر باشد.

کلیدواژه: ارزیابی خط‌مشی، اعتباربخشی بیمارستانی، پدیدارشناسی، مقیاس کیو، کیفیت درمان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۹

* نویسنده مسئول مقاله:

Alirezamaetoofi@gmail.com

مقدمه

رسالت اصلی نظام سلامت در هر جامعه‌ای، افزایش سطح تندرستی از نظر جسمی-روانی و پاسخگویی به نیازهای مردم و جامعه است که احتمالاً بیمارستان‌ها به عنوان خط مقدم توسعه‌ی چنین مأموریتی، از جایگاه ویژه‌ای در سیستم‌های بهداشت و درمان کشورها برخوردار هستند (۱). به علاوه بیمارستان‌ها به عنوان بازوی ارائه‌دهنده‌ی خدمات در این سیستم‌ها، می‌بایست پاسخگوی سیاست‌های مدون در نظام سلامت کشور باشند، به طوری‌که در برابر جذب بخش مهمی از منابع سلامت در بودجه مصوب سالانه، ظرفیت‌های کافی برای ارائه‌ی با کیفیت خدمات به بیمار و اطرافیان‌شان را داشته باشند (۲). لذا از آنجایی‌که مأموریت بیمارستان‌ها، ارتقای سطح سلامت جامعه از طریق ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و بازتوانی می‌باشد، لزوم توسعه‌ی خط‌مشی‌های اجرایی برای پایداری سطح کیفیت خدمات در نظام بهداشت و درمان ضروری بنظر می‌رسد (۳). یکی از خط‌مشی‌هایی که به عنوان یک دستورالعمل اجرایی همسو با سیاست‌های چهارم توسعه‌ی چشم‌انداز ۱۴۰۴، مصوب و به بیمارستان‌ها ابلاغ گردید، ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی می‌باشد که از بسیاری از متخصصان عرصه‌ی بهداشت و درمان، از این خط‌مشی به عنوان تحولی در نظام پیشگیری و سلامت، برای پایداری کیفیت خدمات بیمارستانی یاد می‌نمایند (۴). در یک تعریف، ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی را می‌بایست فرآیندی سیستماتیک تلقی نمود که در آن تیم‌های ارزیابی، از طریق معیارهای استاندارد مصوب، به دنبال شناسایی راه کارهای ارتقاء بهره‌وری خدمات در نظام درمان و سلامت می‌باشند (۵). این ارزیابی که سطح گسترده‌ای از فرآیندهای استراتژیک تا ساختارها و عملکردهای درونی/بیرونی نظام سلامت و درمان را، بر پایه آموزش و فرهنگ خود ایمن

اجتماعی شامل می‌شود و می‌تواند جنبه‌های فراگیرتری را نیز به لحاظ بودجه‌ریزی، اقتصادی و حتی سیاسی را نیز شامل شود، در اجرا به عنوان یک خط‌مشی اعتباری معمولاً با مشکلات عدیده‌ای مواجه می‌باشد (۶). چراکه نه مکانیزم‌های تصویب چنین دستورالعمل‌هایی بروز شده است و نه نهادهای نظارتی به دلیل گستردگی چنین خط‌مشی، از قابلیت لازم برای هدایت آن در مسیر اثربخشی اجرا، برخوردار هستند (۷). لذا بنظر می‌رسد مهم‌ترین چالش اجرای خط‌مشی اعتباربخشی در بیمارستان‌ها فرآیندمحور بودن آن بدون توجه به نیازسنجی‌های اولیه در یک مقیاس ارزیابی فراگیر می‌باشد (۸،۹)؛ به عبارت دیگر، تیم‌های ارزیابی می‌بایست برحسب ماهیت هر بیمارستان از نظر دولتی یا خصوصی بودن و سیاست‌های مدون در این خط‌مشی، متشکل از جمعی از متخصصان حرفه‌ای خارجی و داخلی باشد تا بتوان نسبت به پیامدهای چنین ارزیابی در این خط‌مشی امیدوارتر به توسعه‌ی یک نظام سلامت و درمان‌محور پایدار از نظر بهبود با کیفیت تر خدمات به همه‌ی افراد جامعه بود (۱۰).

در ایران از سال‌ها پیش برنامه‌هایی برای ارزشیابی مراکز بهداشتی درمانی وجود داشته است و از سال ۱۳۴۱ تمامی بیمارستان‌های کشور به صورت سالانه مورد ارزشیابی قرار می‌گرفتند که در آن سال‌ها تمرکز استانداردها، بیشتر بر ساختار و منابع بیمارستان‌ها بود. در سال ۱۳۷۶ استانداردهای ارزشیابی بیمارستان‌ها تغییر یافت و تعداد آن‌ها افزایش پیدا کرد که بیشتر استانداردها ساختاری بودند و تعداد محدودی استانداردهای فرآیندی به آن‌ها اضافه گردید (۱۱) که این استانداردها از سوی وزارت بهداشت، جهت اجرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شد. پس از آن در سال ۱۳۹۱ مجدداً استانداردهای جدیدی تدوین شدند که اغلب آن‌ها از نوع ساختاری و فرآیندی بوده و باز هم تعداد استانداردهای پیامدی بسیار محدود بود (۱۲، ۱۳).

بیمارستان‌ها در نظام سلامت، ابزاری اجرایی برای سیاست‌های بهداشت و درمان در هر جامعه‌ای تلقی می‌شوند که معمولاً دارای ساختاری بوروکراتیک هستند و به عنوان یکی از نهادهای ارائه‌دهنده خدمات عمومی از جانب دولت‌ها یا تحت نظارت آن‌ها و ارکان اجرایی، فعالیت می‌نمایند (۱۴، ۱۵). خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی به عنوان یکی از این تحولات بنیادی در نظام سلامت تلقی می‌شود که اشاره به فرآیند ارزشیابی نظام‌مند و تعیین اعتبار بیمارستان توسط یک سازمان مستقل خارجی دارد که با استفاده از استانداردهای مطلوب ساختاری، فرآیندی و پیامدی، تلاش می‌کند سطح پاسخگویی بیمارستان‌ها در نظام سلامت را تقویت نمایند (۱۶). خط‌مشی‌های اعتباری غالباً بر اساس یک مکانیزم سیستمی، عمل می‌کنند (۱۷) که شامل سه رکن اصلی استانداردها، روش‌های اجرا و ارزیابان می‌باشد (۱۸). فراگیری این ابزار خط‌مشی‌گذاری به حدی است که امروزه در کشورهای در حال توسعه، دولت‌ها به طور فزاینده‌ای از اعتباربخشی به عنوان ابزاری برای ضمانت کیفیت مراقبت استفاده می‌کنند (۱۹). یکی از استانداردهای بین‌المللی در این حوزه، کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت سلامت می‌باشد که هدف آن ایجاد یکپارچگی نسبی در ضوابط و سیاست‌گذاری‌های عرصه‌ی نظام سلامت و درمان می‌باشد که هدف آن ارائه بهترین سطح مراقبت از بیماران در کشورها می‌باشد (۲۰).

اولین توصیه‌ی این کمیسیون، توسعه‌ی سطحی از مکانیزم‌های خود مراقبتی در بسترهای اجتماعی می‌باشد. به طوری که متولیان نظام سلامت و سیاست‌گذاران این عرصه می‌بایست، به آگاهی شهروندان از کیفیت زندگی سالم کمک نمایند و از بروز بیماری‌های احتمالی با تغییر شیوه‌ی زندگی در دنیای امروز جلوگیری نمایند. از منظر پشتیبانی خدمات، این کمیسیون توصیه می‌کند نهادهای حاکمیتی در نظام

سلامت می‌بایست با تقویت بیمه‌های تأمین اجتماعی و انواع دیگری از بیمه‌ها مانند خدمات درمانی، به افزایش کیفیت خدمات قابل ارائه در نظام سلامت کمک نمایند. در بُعد پاسخگویی، این کمیسیون توصیه می‌کند، بیمارستان‌ها به عنوان اهرم اجرایی نهادهای حاکمیتی در نظام سلامت، نسبت به حدود اختیارات و الزامات تعیین شده از پاسخگویی اخلاق مدارانه برخوردار باشند. در نهایت در این حوزه، کمیسیون مزبور فرآیند ارزیابی را جریان متداوم و ادواری توصیف می‌کند که می‌بایست بیمارستان‌ها در این فرآیند بر اساس معیارهای مشخصی رتبه‌بندی شوند (۲۱). در ایران نیز استانداردهای مرتبط با خط‌مشی‌های اعتباربخشی به سال ۱۳۷۶ بر می‌گردد که بر اساس آن بیمارستان‌ها مکلف به رعایت ضوابط مدون از یک سو و ارائه‌ی گزارش‌های ارزیابی نهادهای مربوط و یا کمیته‌های تخصصی در حوزه‌ی عملکردی آن‌ها از سوی دیگر می‌باشند. همچنین بایستی بیان نمود، استانداردهای اعتباربخشی در ایران بر گرفته از آخرین منابع مورد استفاده در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه و منطبق با شرایط بومی، معیارهای مذهبی، فرهنگی، اقتصادی می‌باشد و هدف آن ارتقا کیفیت، ایمنی و تقویت پاسخگویی در نظام سلامت می‌باشد (۱۸). در واقع وجود چنین ضعف از زمان توسعه‌ی این نوع از سیاست‌گذاری‌ها باعث شده تا این مطالعه با هدف ارائه‌ی الگویی مبتنی بر یک فرآیند پدیدارشناسی پارادایمی که از کارکردهای عملگرایانه به واسطه‌ی تشکیل اعضای پانل تخصصی برخوردار می‌باشد، تلاش نماید به سوالات زیر در ادامه‌ی مطالعه پاسخ دهد:

سؤال اول پژوهش: گزاره‌های پارادایمی ارزیابی خط‌مشی

اعتباربخشی بیمارستانی کدامند؟

سؤال دوم پژوهش: خوشه‌بندی شناختی مضامین گزاره‌ای

ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی کدامند؟

مواد و روش‌ها

جنبه‌های مختلفی در روش‌شناسی وجود دارد که به ماهیت یک پدیده می‌تواند معنا بخشی در بستر مطالعه نماید. یکی از این جنبه‌ها پدیدارشناسی است که هدف آن پیوند بین جنبه‌های تئوریک و با جنبه‌های کاربردی یک پدیده در بستر مطالعه می‌باشد (۲۲). لذا ماهیت پیاده‌سازی این مطالعه به دلیل فراگیری مفهوم مورد بررسی، نیاز به دسته‌بندی پارادایمی دارد. بر این منظور با الگوبرداری از رویکرد پدیدارشناسانه‌ی هاسرل (۲۳) طی مصاحبه با خبرگان، کدهای باز مرتبط با مفهوم ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی ایجاد می‌شود. سپس با تناسب‌سازی محتوایی کدهای باز ایجاد شده بر اساس تکرار و مشابهت مفهومی، به مضامین گزاره‌ای تبدیل می‌شوند تا جهت شناخت بهتر در بستر مطالعه، با مشارکت تجربه‌گرایان مورد بررسی قرار گیرد. لذا در گام بعدی، با تشکیل گروه کانونی، گزاره‌های شناسایی شده می‌بایست به منظور قرار گرفتن هریک از گزاره‌ها در خوشه‌های مشخص بر اساس ساختار معنایی مدل پارادایمی، از طریق چک لیست تحلیل «Q» مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این چک لیست‌ها به تعداد گزاره‌های تعیین شده و با امتیازهای متوازن مشخص، آماده می‌شوند تا در اختیار اعضای پانل قرار گیرند. تشکیل جلسات گروه کانونی، طی سه مرحله با هدف مفهوم‌سازی^۱؛ همگرایی بین الادهانی^۲ و بسط شناخت کاربردی^۳ صورت می‌گیرد تا امکان اختصاص امتیاز هریک از مشارکت‌کنندگان به گزاره‌ها وجود داشته باشد. داده‌های جمع‌آوری شده از چک لیست‌های امتیازی، بر اساس فرآیند چرخش وایرماکس^۴ مورد بررسی قرار می‌گیرد تا مشخص شود، چند طبقه بر اساس گزاره‌های

ایجاد شده وجود دارد که در ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی می‌تواند مؤثر باشد. لذا این مطالعه به لحاظ نتیجه، توسعه‌ای تلقی می‌شود و به لحاظ هدف بر اساس ماهیت انجام مصاحبه جهت شناسایی گزاره‌های پدیده‌ی مورد بررسی، اکتشافی است. از نظر ترکیبی بودن ماهیت جمع‌آوری داده‌ها نیز این مطالعه ترکیبی محسوب می‌شود به طوریکه در بخش کیفی جهت شناسایی گزاره‌های مضمونی پدیده مورد بررسی از مصاحبه با خبرگان نسبت به جمع‌آوری داده‌ها اقدام می‌شود و در بخش کمی از طریق مشارکت اعضای پانل در قالب گروه‌های کانونی، خوشه‌بندی مفهومی انجام می‌شود. لذا طبق الگوی هاسرل (۲۳) در گام اول، پیاده‌سازی مصاحبه‌ها بر اساس فرآیند مطالعه‌ی متون صورت گرفته، انجام می‌شود و پژوهشگر قبل از شروع تجزیه و تحلیل، متن هریک از مصاحبه‌های پیاده شده را چندین بار مطالعه می‌کند و در طول مصاحبه با انجام یادداشت‌برداری، امکان تقویت شناسایی مضامین معنادار را ممکن می‌سازد. سپس استخراج گزاره‌های معنی‌دار^۵ از طریق معانی نهفته در پروتکل اصلی (یعنی آنچه مصاحبه‌شونده بیان نموده است) کشف می‌شود. در گام دوم، تشکیل گروه کانونی جهت درک محتوایی، تبادل نظر و بسط شناخت کاربردی طی چند جلسه ایجاد می‌شود. در گام سوم، هدف، ادغام نتایج و ارائه چک لیست‌های امتیازی هریک از گزاره‌ها به گروه کانونی صورت می‌گیرد تا از طریق مقیاس کیو، نسبت به قراردادن هریک از گزاره‌ها در یک خانه امتیازی اقدام شود. در گام چهارم، گزاره‌ها بر اساس بالاترین توزیع فراوانی گروه کانونی، از طریق فرآیند چرخش وایرماکس^۶، تفکیک می‌شوند تا در گام پنجم، این ابعاد به لحاظ تفکیک شناختی در مقوله‌های مرتبط جایگذاری شوند.

¹ Conceptualization

² Intersubjective convergence

³ Expanding applied knowledge

⁴ Varimax rotation process

⁵ Meaningful Statements

⁶ Varimax rotation process

بررسی قرار گیرد تا در نهایت باتوجه به جنبه‌هایی از زمان کافی برای مشارکت و دیدگاه‌های شناختی، ۲۰ نفر به عنوان مشارکت کنندگان بخش اول پژوهش انتخاب شدند که از سطح انگیزه و آگاهی لازم برای مشارکت در رابطه با پدیده‌ی مورد بررسی برخوردار بودند. از طرف دیگر باید بیان شود، تفاوت فرآیند مصاحبه در پدیدارشناسی با سایر شیوه‌های کیفی همچون گرنند تئوری، در نقطه اتمام مصاحبه‌ها به عنوان معرف تعداد مصاحبه‌شوندگان می‌باشد. در واقع در این فرآیند، انتخاب تعداد مشارکت کنندگان، طبق نظر دپیراز (۲۵) که بر روی الگوی پدیدارشناسی هاسرل (۲۳) تمرکز نموده است، به بینش پژوهشگر نیز مرتبط می‌باشد و حد مطلوب برای انتخاب بین ۱۲ تا ۳۰ نفر مشارکت کننده تعیین شده است (۲۶). لذا ویژگی خبرگان شامل رتبه علمی استادیاری و بالاتر در دانشگاه و سابقه پژوهشی در رابطه با موضوع مورد مطالعه بود.

در بخش دوم مطالعه، ۵۰ نفر از رؤسا و مدیران بیمارستانی و ستادی خواسته شد تا از طریق چک‌لیست‌های تحلیل کیو که یک ابزار امتیازی لایه‌ای است، امتیازهای خود را به هر گزاره بدهند. این افراد در گروه‌های کانونی ابتدا به عنوان اعضای پانل در رابطه با گزاره‌های شناسایی شده بحث و تبادل نظر می‌کردند و سپس هر یک از آنان امتیاز لازم را در قالب چک لیست امتیازی ارائه می‌داد. در این روش پیاده‌سازی، لازم نیست نمونه آماری به شکل تصادفی از جامعه آماری انتخاب شود؛ بلکه افراد، به دلیل داشتن یک نظر خاص درباره موضوع پژوهش، به شکلی کاملاً آگاهانه از جانب محققان این پژوهش انتخاب می‌شوند تا در قالب گروه کانونی، نسبت به طبقه‌بندی شناختی پدیده مورد بررسی مشارکت نمایند. اندازه نمونه نیز در این شیوه تحلیل کوچک است و هدف، تجزیه و تحلیل عمیق دیدگاه‌های تجربی و دانشی است که به طبقه‌بندی مفهوم در بستر پدیده و مطالعه‌ی مورد نظر کمک

مشارکت کنندگان این مطالعه بر اساس ماهیت ترکیبی بودن جمع‌آوری داده‌ها، دو گروه می‌باشند، اولین گروه خبرگان دانشگاهی در حوزه‌ی خط‌مشی گذاری بیمارستان هستند که با انجام مصاحبه با آنان تلاش می‌شود تا جنبه‌های مختلف ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی شناسایی گردد. در این فرآیند دستیابی به کفایت خبرگی مصاحبه‌شوندگان، یکی از مهم‌ترین بخش‌های جمع‌آوری داده‌های کیفی محسوب می‌شود، چراکه به دلیل عدم انسجام ماهیت پدیده‌ی مطالعه به لحاظ جنبه‌های شناختی، لازم بود تا با طراحی پروتکل‌های مصاحبه، ابتدا زمینه‌سازی مفهومی و شناختی از ماهیت مطالعه ایجاد می‌شد تا در ادامه با انجام مصاحبه مشخص گردد، چه افرادی می‌توانند نقش مؤثرتری را داشته باشند. برای این منظور از ماهیت کفایت خبرگی در پژوهش هنوود و پیدگن (۲۴) بهره برده شد که بر معیارهایی همچون؛ اهمیت تناسب^۱، قدرت افتراق^۲، آگاهی از زمینه پژوهشی^۳ و به طور خاص تفسیر تشریحی^۴ تأکید دارد. برای رسیدن به این هدف، لازم بود، قبل از رسیدن به تعداد نفرات مصاحبه شونده، از طریق معیار اهمیت تناسب، تعداد بیشتری باتوجه به سوابق آموزشی و پژوهشی در حوزه‌ی مربوطه انتخاب می‌شدند. لذا طی این فرآیند از ۳۰ نفر جهت انجام مصاحبه دعوت به عمل آمد. این افراد از نظر محققان از تناسب بهتری به لحاظ شناخت از خبرگان، برخوردار بودند. از مجموع ۳۰ نفر، ۲۶ نفر پاسخ مثبت دادند. در ادامه بر مبنای حساسیت به زمینه‌ی مورد مطالعه^۵، ۲۶ نفر اولیه انتخاب شده، مجدداً غربال شدند و با ارسال بروشوری از اهداف و ماهیت مطالعه، تلاش شد تا واکنش آنان از طریق معیارهای قدرت افتراق؛ آگاهی از زمینه پژوهشی و تفسیر تشریحی در رابطه با موضوع، مورد

¹ The Importance of Fit Context goals

² Differentiating Power

³ Knowledge of the Research Field

⁴ Descriptive Interpretation

⁵ Sensitivity to the Facts Under Study

احتمالی صورت می‌گیرد (۲۷). لذا باتوجه به توضیح‌های داده شده، جزئیات فرآیند عملکردی گروه کانونی در این مطالعه ارائه شده است.

می‌نماید. در واقع، مرحله انتخاب مجموعه مشارکت‌کنندگان در انجام روش امتیازبندی کیو، معادل انتخاب نمونه آماری در پژوهش‌های کمی است که این امر، به صورت هدفمند و غیر

جدول ۱- شرح تشکیل جلسات گروه کانونی مطالعه

جلسه	مدت	تعداد افراد حاضر	فعالیت‌های گروه	کانال برگزاری
اول	۷۰ دقیقه	۲۸ نفر به علاوه دو نفر از محققان	تشریح پدیده محوری برای مشارکت‌کنندگان	آنلاین از طریق نرم‌افزار Adobe Connect
دوم	۶۰ دقیقه	۳۰ نفر به علاوه محقق	تبادل نظر در خصوص عملگرایی گزاره‌ها	آنلاین از طریق نرم‌افزار Adobe Connect
سوم	۶۵ دقیقه	تمامی مشارکت‌کنندگان	شناخت کاربردی گزاره‌ها جهت تفکیک و توضیح مرتبط با ابزار امتیازی کیو	آنلاین از طریق نرم‌افزار Adobe Connect
چهارم	۵۵ دقیقه	تمامی مشارکت‌کنندگان	توزیع و برگشت چک‌لیست‌های امتیازی	آنلاین از طریق نرم‌افزار Adobe Connect

کمی از طریق تشکیل گروه کانونی، نسبت به تفکیک و دسته‌بندی خوشه‌های این پدیده، بسترسازی مناسبی در سطح شرکت‌های بازار سرمایه ایجاد شود.

در بخش کیفی، به طور خلاصه طبق الگوی هاسرل (۲۳) که در روش‌شناسی به صورت طرح کلی مطرح شد، شناسایی گزاره‌ها انجام می‌گیرد. همانطور که گفته شد، جهت پیاده‌سازی مصاحبه‌ها باهدف شناخت فاکتورهای مؤثر بر ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی، مجموعاً ۱۳۸ کد باز طی ۲۰ مصاحبه ایجاد شد که بر اساس حذف زوائد و تکرار کدهای باز مشابه، ۵۰ مضمون مفهومی طی جداول (۱) و (۲) شناسایی شدند. این دسته‌بندی بر اساس گام‌های اول و دوم الگوی هاسرل (۲۳) انجام گرفت. لذا ابتدا جدول (۲) تفکیک گزاره‌ها بر اساس هر مصاحبه را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است به هر مصاحبه کد «AE» داده شد تا مشخص گردد، گزاره‌های نهایی در کدام مصاحبه‌ها تکرار شده‌اند.

باتوجه به چالش‌های فاصله جغرافیایی و عدم هماهنگی‌های لازم از قابلیت نرم‌افزار Adobe Connect برای برگزاری به صورت بحث و تبادل نظر بین مشارکت‌کنندگان بهره برده شد. لازم به ذکر است، به منظور رعایت اصول اخلاقی، پیش از اجرای فرآیند مقیاس‌بندی امتیازی گزاره‌ها به شکل پارادایمی، توضیح‌های لازم به مشارکت‌کنندگان مبنی بر احترام به حقوقی فردی آنان داده شد تا هر جایی از مطالعه که احساس نمودند، منافی در حال تضييع شدن می‌باشد، مشارکت خود را قطع نمایند. این فرآیند با هدف پیاده‌سازی ملاحظات اخلاق پژوهشی اعمال گردید.

یافته‌ها

در این بخش همانطور که در روش‌شناسی بیان گردید، ابتدا از طریق مصاحبه با خبرگان، تلاش می‌شود تا در بخش کیفی، گزاره‌ها (مضامین مفهومی) مرتبط با ماهیت ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی مشخص شوند تا در بخش

جدول ۲- خلاصه‌ی گزاره‌های تفکیک شده از مرحله‌ی کدگذاری باز ۱۶ مصاحبه انجام شده

* کد مفهومی	تکرار در مصاحبه‌ها
۱	ظرفیت‌سازی ایستگاه‌های سلامت AE01; AE02; AE05; AE07; AE09; AE11; AE12; AE14; AE19
۲	اثربخشی بانک‌های اطلاعاتی AE02; AE04; AE05; AE08; AE10; AE14; AE17; AE20
۳	استقرار نظام ارزیابی عملکرد AE01; AE04; AE05; AE07; AE09; AE10; AE13; AE16; AE18
۴	اثربخشی سیستم‌های اتوماسیون اداری AE02; AE05; AE06; AE08; AE11; AE12; AE16; AE20
۵	ضعف‌های ارزیابی‌های ساختاری AE03; AE05; AE09; AE11; AE12; AE14; AE15; AE18
۶	ظرفیت‌سازی پزشک‌یار اجتماعی AE02; OP03; AE06; AE09; AE10; AE12; AE16; AE19
۷	اخلاق حرفه‌ای AE03; AE06; AE08; AE09; AE12; AE14; AE15; AE17
۸	استراتژی‌های تحقیق و توسعه AE03; AE04; AE06; AE10; AE11; AE13; AE15; AE18; AE19
۹	اثربخشی پردازش‌های عملیاتی AE02; AE06- AE08; AE10; AE11; AE15; AE16; AE19
۱۰	انطباق عملکرد و انسجام سازمانی AE01; AE03; AE05; AE08; AE10; AE15; AE16
۱۱	انگیزش سازمانی AE02; AE03; AE05; AE09; AE11; AE12; AE14; AE18
۱۲	آگاهی از انتظارات اجتماعی AE02; AE03; AE05; AE09; AE11; AE12; AE15; AE19
۱۳	بازخورد تداوم جریان اطلاعات AE01; AE06; AE07; AE10; AE11; AE12; AE14; AE17; AE20
۱۴	اثربخشی سیستم‌های خبره هوش مصنوعی AE01; AE03; AE04; AE07; AE09; AE10; AE14; AE18
۱۵	بهبود ارتباطات استراتژیک AE02; AE04; AE08; AE10; AE11; AE13; AE15; AE17
۱۶	بهبود عملکرد سازمانی AE01; AE06; AE07; AE10; AE11; AE12; AE13; AE16; AE18
۱۷	ضعف‌های تصمیم‌گیری فردی AE02; AE03; AE06; AE09; AE11; AE14; AE15; AE20
۱۸	بهبود عملکرد شغلی کارکنان AE01; AE02; AE05; AE07; AE09; AE11; AE16; AE19
۱۹	ضعف‌های سرخوردگی شغلی AE01; AE02; AE04; AE05; AE08; AE10; AE12; AE14; AE18
۲۰	بیمه‌های سلامت AE01; AE03; AE05; AE09; AE10; AE13; AE15; AE17
۲۱	پشتیبانی خدمات AE04; AE06; AE09; AE10; AE11; AE12; AE14; AE18
۲۲	مهندسی مجدد ساختاری AE03; AE06; AE07; AE09; AE11; AE12; AE14; AE16
۲۳	تناسب‌سازی راهبردی با کارکردهای عملیاتی AE01; AE04; AE05; AE07; AE09; AE10; AE13; AE15; AE18
۲۴	ضعف‌های پیچیدگی ساختاری AE03; AE06; AE08; AE11; AE12; AE13; AE15; AE19; AE20
۲۵	خودکنترل‌گرایی AE02; AE03; AE05; AE07; AE10; AE13; AE16; AE19
۲۶	ضعف‌های جذب منابع انسانی AE03; AE06; AE08; AE09; AE12; AE14; AE15; AE16; AE20
۲۷	رضایتمندی کارکنان AE03; AE06; AE08; AE11; AE12; AE13; AE15; AE17
۲۸	شایسته‌سالاری AE04; AE06; AE09; AE10; AE11; AE12; AE16; AE18
۲۹	شکستن سوگیری در تصمیم‌گیری AE03; AE04; AE07; AE08; AE09; AE11; AE13; AE19
۳۰	اثربخشی سیستم‌های پشتیبانی تصمیم AE04; AE06; AE09; AE10; AE11; AE12; AE16; AE19

* کد مفهومی	تکرار در مصاحبه‌ها
۳۱	ضعف‌های آموزش منابع انسانی AE03; AE04; AE07; AE10; AE11; AE12; AE14; AE16; AE17
۳۲	جایگزین پروری AE03; AE06; AE07; AE10; AE12; AE13; AE16; AE18
۳۳	پایداری کیفیت خدمات به بیماران AE03; AE05; AE08; AE09; AE11; AE13; AE14; AE17; AE19
۳۴	ضعف‌های تعالی سازمانی AE01; AE03; AE07; AE09; AE11; AE13; AE15
۳۵	رضایتمندی بیماران AE04; AE05; AE09; AE12; AE13; AE14; AE16
۳۶	ضعف‌های رسمیت سازمانی AE04; AE05; AE06; AE07; AE10; AE13; AE15
۳۷	بیمه‌های تأمین اجتماعی AE01; AE03; AE05; AE07; AE09; AE11; AE12; AE14; AE16
۳۸	معنویت‌گرایی AE01; AE02; AE05; AE11; AE13; AE15; AE18
۳۹	ضعف‌های مدیریتی AE01; AE03; AE04; AE08; AE10; AE14; AE16
۴۰	قانون‌مداری AE02; AE03; AE05; AE07; AE09; AE11; AE14
۴۱	ظرفیت‌سازی آموزش بیماران AE04; AE06; AE08; AE09; AE10; AE13; AE17
۴۲	بورکراسی‌زدائی AE04; AE06; AE09; AE10; AE11; AE13; AE16
۴۳	ظرفیت‌سازی توسعه پژوهش‌های بالینی AE02; AE04; AE06; AE09; AE10; AE12; AE15
۴۴	یادگیری سازمانی AE03; AE06; AE08; AE09; AE10; AE11; AE14
۴۵	عدالت محوری AE03; AE05; AE06; AE09; AE10; AE15; AE20
۴۶	فرهنگ خود مراقبتی AE01; AE02; AE04; AE09; AE10; AE12; AE14; AE17
۴۷	کارایی و اثربخشی خدمات سلامت AE02; AE03; AE05; AE09; AE11; AE12; AE14
۴۸	مشروعیت‌سازی AE03; AE05; AE08; AE09; AE13; AE15
۴۹	ضعف‌های عدالت و برابری AE01; AE04; AE06; AE08; AE09; AE14
۵۰	ظرفیت‌سازی جامعه‌پذیری اعتباربخشی AE05; AE08; AE09; AE10; AE12; AE18

آگاهی مفهومی مشارکت‌کنندگان برگزار گردید. لازم بود این مرحله با آگاهی اجرا شود، چراکه روش پدیدارشناسانه، نیازمند مشارکت حداکثری شناختی در بستر واقعیت‌های عملکردی در بستر شرکت‌های بازار بود. نکته حائز اهمیت این است که در جلسه سوم، در مورد فرآیند امتیازدهی طبق پرسشنامه امتیازبندی گزاره‌های کیو توضیح لازم داده شد. نمونه‌ی چک‌لیست امتیازبندی گزاره‌های کیو در جدول (۳) ارائه شده است.

همانطور که مشاهده می‌شود، سطح پراکندگی گزاره‌های یکپارچه شده پس از حذف تکرارها، متوازن است و تفاوت زیادی بین تعداد فراوانی گزاره‌ها از نظر تکرار در هر مصاحبه وجود ندارد. در ادامه همسو با یکپارچه‌کردن معنایی با پژوهش‌های مشابه به لحاظ روایی در گام دوم با تشکیل گروه کانونی، مطالعه به دنبال مفهوم‌سازی؛ همگرایی بین الاذهانی و بسط شناخت کاربردی می‌شود. این مرحله که بخش مهمی از پیاده‌سازی تحلیل در بخش کمی جهت جمع‌آوری داده‌ها تلقی می‌شود، جلسات گروه کانونی با هدف افزایش سطح

جدول ۳- پرسشنامه امتیازبندی گزاره‌های کیو (Q)

-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6

very disagree ← → very agree

می‌شود از قابلیت پایایی بسیار مطلوبی برخوردار است (۲۸). در روش‌شناسی کیو مشارکت‌کنندگانی که میزان موافقت یا مخالفت آن‌ها در اولویت‌بندی گزاره‌های کیو به هم نزدیک‌تر باشد، دارای ذهنیت مشابهی خواهند بود. در نتیجه در این روش با توجه به نزدیکی ذهنیت افراد دسته‌بندی و تحلیل‌های آماری صورت می‌گیرد. به منظور مشخص‌نمودن الگوهای ذهنی ابتدا لازم است بر اساس دو معیار مقدار ویژه و پراکندگی، خروجی‌های تحلیل عاملی مشخص گردند.

برای این منظور از مشارکت‌کنندگان در این بخش از تحلیل خواسته شد تا هریک از ۵۰ گزاره تأیید شده از مرحله‌ی دوم الگوی هاسرل (۲۳) را بر اساس چک‌لیست امتیازی ارزیابی کیو، مورد بررسی قرار دهند. پس از این مرحله می‌بایست با در نظر گرفتن بالاترین امتیاز توزیع فراوانی و شاخص مد، در چک‌لیست امتیازی، هریک از گزاره‌هایی که در سمت مثبت قرار گرفتند را به عنوان گزاره‌های طبقه‌بندی شناختی در نظر گرفت. لذا پس از انجام تفکیک هریک از امتیازها، مجموعه گزاره‌های منطقه مثبت؛ منفی و خنثی می‌بایست بر اساس تحلیل عاملی مورد آزمون قرار گیرد. برای این منظور از روش وایرماکس^۱ یا ماتریس چرخش یافته^۲ استفاده می‌شود. در واقع این روش به منظور تشخیص ساختار ساده متغیرها برای تحلیل عاملی استفاده

^۱ Varimax

^۲ Rotation matrix

جدول ۴- بار عاملی هریک از تفاسیر ایجاد شده‌ی مربوط به گزاره‌های پژوهش

الگوی تفسیری	مقادیر خاص آغازین			مجموع مجذور بارهای استخراجی			مجموع مجذور بارهای چرخش یافته نهایی		
	مقدار ویژه	درصد واریانس	درصد واریانس تجمعی	مقدار ویژه	درصد واریانس	درصد واریانس تجمعی	مقدار ویژه	درصد واریانس	درصد واریانس تجمعی
۱	۴/۷۲۷	۱۲/۲۶۷	۱۲/۲۶۷	۴/۷۲۷	۱۲/۲۶۷	۱۲/۲۶۷	۴/۱۴۱	۱۳/۳۵۲	۱۳/۳۵۲
۲	۴/۱۸۵	۱۲/۰۰۵	۲۴/۲۷۲	۴/۱۸۵	۱۲/۰۰۵	۲۴/۲۷۲	۳/۸۸۸	۱۳/۱۵۱	۲۶/۴۰۳
۳	۳/۳۹۱	۱۱/۸۸۷	۳۶/۱۵۲	۳/۳۹۱	۱۱/۸۸۷	۳۶/۱۵۲	۳/۱۸۱	۱۲/۰۷۴	۳۸/۴۷۷
۴	۳/۱۱۴	۱۰/۳۸۱	۴۷/۵۳۳	۳/۱۱۴	۱۰/۳۸۱	۴۷/۵۳۳	۲/۹۷۸	۱۰/۵۴۴	۴۹/۰۲۱
۵	۲/۵۸۷	۹/۲۵۴	۵۶/۷۸۷	۲/۵۸۷	۹/۲۵۴	۵۶/۷۸۷	۲/۴۱۷	۹/۴۱۹	۵۸/۴۴۰
۶	۲/۴۳۳	۸/۷۱۷	۶۵/۵۰۴	۲/۴۳۳	۸/۷۱۷	۶۵/۵۰۴	۲/۲۱۳	۸/۸۱۵	۶۷/۲۵۵
۷	۲/۲۶۵	۶/۲۲۲	۷۱/۷۲۶	۲/۲۶۵	۶/۲۲۲	۷۱/۷۲۶	۲/۱۸۴	۶/۲۹۰	۷۳/۵۴۵
۸	۲/۱۱۸	۵/۱۰۶	۷۶/۸۳۲	۲/۱۱۸	۵/۱۰۶	۷۶/۸۳۲	۲/۰۹۹	۵/۱۸۴	۷۸/۷۲۹
۹	۱/۸۹۵	۴/۲۵۵	۸۱/۰۸۷	۱/۸۹۵	۴/۲۵۵	۸۱/۰۸۷	۱/۷۵۵	۴/۳۰۱	۸۳/۰۳۰
۱۰	۱/۶۰۳	۳/۱۹۲	۸۴/۲۷۹	۱/۶۰۳	۳/۱۹۲	۸۴/۲۷۹	۱/۵۷۱	۳/۲۰۲	۸۶/۲۳۲
۱۱	۰/۹۹۹	۲/۷۲۲	۸۷/۰۰۱	۰/۹۹۹	۲/۷۲۲	۸۷/۰۰۱			
۱۲	۰/۹۷۶	۲/۶۸۹	۸۹/۶۹۰	۰/۹۷۶	۲/۶۸۹	۸۹/۶۹۰			
۱۳	۰/۹۵۴	۲/۴۲۹	۹۲/۱۱۹	۰/۹۵۴	۲/۴۲۹	۹۲/۱۱۹			
۱۴	۰/۹۲۱	۲/۰۰۱	۹۴/۱۲۰	۰/۹۲۱	۲/۰۰۱	۹۴/۱۲۰			
۱۵	۰/۸۹۱	۱/۸۲۷	۹۵/۹۴۷	۰/۸۹۱	۱/۸۲۷	۹۵/۹۴۷			
۱۶	۰/۸۵۴	۱/۵۱۲	۹۷/۴۵۹	۰/۸۵۴	۱/۵۱۲	۹۷/۴۵۹			
۱۷	۰/۷۲۶	۱/۰۱۵	۹۸/۴۷۴	۰/۷۲۶	۱/۰۱۵	۹۸/۴۷۴			
۱۸	۰/۵۵۴	۰/۸۷۳	۹۹/۳۴۷	۰/۵۵۴	۰/۸۷۳	۹۹/۳۴۷			
۱۹	۰/۳۲۳	۰/۶۵۳	۱۰۰/۰۰	۰/۳۲۳	۰/۶۵۳	۱۰۰/۰۰			

(مقدار ویژه ۱/۶۰۳ و درصد واریانس تجمعی ۸۴/۲۷۹) در ادامه‌ی الگوی هاسرل (۲۳) می‌بایست نسبت به تعیین معناداری بار عاملی اقدام می‌شود تا مشخص شود هر کدام از مشارکت کنندگان در کدام الگوی تفسیری قرار می‌گیرند. به منظور مشخص نمودن معناداری بار عاملی هریک از الگوهای ذهنی می‌بایست از قدر مطلق $\left| \frac{1/96}{\sqrt{n}} \right|$ استفاده نمود. در واقع \sqrt{n} اشاره به گزاره‌های شناسایی شده کیو دارد. بر این اساس محاسبه زیر انجام می‌شود:

$$\text{Sign} = \left| \frac{1/96}{\sqrt{50}} \right| = 0/274$$

باتوجه به مقدار ویژه مربوط به ۱۰ نوع تفکر ذهنی مشارکت کنندگان در مورد فرآیند گونه شناسی ارزیابی خط مشی اعتباربخشی بیمارستانی، صرفاً الگوهای ذهنی که از مقادیر ویژه بالاتر از ۱ برخوردار باشند، به عنوان مبنای طبقه‌بندی مفهومی محسوب می‌شود. لذا بر اساس ۵۰ مضمون مرتبط با پدیده‌ی مورد بررسی، مجموعاً ده الگوی تفکری ذهنی مشارکت کنندگان تعیین شده است. لذا باتوجه به طیف مقادیر کسب شده در الگوی تفسیری اول (مقدار ویژه ۴/۷۲۷ و درصد واریانس تجمعی ۱۲/۲۶۷) تا الگوی تفسیری دهم

به دست آمده از جدول وایرماکس قرار می‌گیرند. بر این اساس نتایج نشان داد، از مجموع ۵۰ شرکت کننده، طبقه‌بندی مشارکت کنندگان در جدول ۵ ارائه شده است.

همانطور که قابل مشاهده است، سطح معناداری بار عاملی طبق رابطه فوق، برابر با ۰/۲۷۴ می‌باشد که در یک فرآیند تفکیکی می‌بایست مشخص شود، هر یک از مشارکت کنندگان بر اساس امتیازهای کسب شده، در کدام الگوی تفکر تحلیلی

جدول ۵- طبقه‌بندی مشارکت کنندگان از نظر قرار گرفتن در پانل

شماره مشارکت کننده	طبقه‌بندی مؤلفه‌ها
[OR - 1 III- OR - 3 III- OR - 16 III- OR - 42 III- OR - 46]	طبقه اول
[OR - 5 III- OR - 7 III- OR - 11 III- OR - 40 III- OR - 50]	طبقه دوم
[OR - 1 III- OR - 6 III- OR - 10 III- OR - 29 III- OR - 39]	طبقه سوم
[OR - 9 III- OR - 23 III- OR - 32 III- OR - 44 III- OR - 48]	طبقه چهارم
[OR - 2 III- OR - 20 III- OR - 14 III- OR - 18 III- OR - 27]	طبقه پنجم
[OR - 12 III- OR - 17 III- OR - 15 III- OR - 21 III- OR - 26]	طبقه ششم
[OR - 8 III- OR - 13 III- OR - 22 III- OR - 26 III- OR - 31]	طبقه هفتم
[OR - 19 III- OR - 24 III- OR - 33 III- OR - 37 III- OR - 41]	طبقه هشتم
[OR - 30 III- OR - 36 III- OR - 38 III- OR - 47 III- OR - 49]	طبقه نهم
[OR - 28 III- OR - 29 III- OR - 34 III- OR - 43 III- OR - 45]	طبقه دهم

خوشه‌بندی ماهیت شناختی جنبه‌های ارزیابی خط‌مشی

اعتباربخشی بیمارستانی

باتوجه به شناسایی ده طبقه از ماهیت شناختی فرآیند ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی، می‌بایست نسبت به مشخص نمودن، هر یک از گزاره‌ها در طبقه‌های شناختی اقدام نمود. لازم به توضیح است که هر یک از ۵۰ گزاره تأیید شده، برای شناخت بهتر در قالب J1 تا J50 کدگذاری شدند تا نتایج به طور دقیق‌تر تعیین شود.

همانطور که مشخص شده است، در هر طبقه از مؤلفه‌های مبتنی بر امتیازهای به دست آمده از درصد ویژه واریانس تجمعی، ۵ مشارکت کننده قرار دارد که نشان‌دهنده سطح پایایی و توازن بین ابعاد شناسایی شده در بسترسازی پدیده‌ی مورد بررسی می‌باشد. لذا در ادامه می‌بایست اقدام به تعیین هر یک از مؤلفه‌ها با هدف گونه شناسی ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی نمود.

جدول ۶- کدگذاری گزاره‌های اولیه شناسایی شده

ردیف	گزاره‌ها	کد	ردیف	گزاره‌ها	کد
۱	ظرفیت‌سازی ایستگاه‌های سلامت	J1	۲۶	ضعف‌های جذب منابع انسانی	J26
۲	اثربخشی بانک‌های اطلاعاتی	J2	۲۷	رضایتمندی کارکنان	J27
۳	استقرار نظام ارزیابی عملکرد	J3	۲۸	شایسته‌سالاری	J28
۴	اثربخشی سیستم‌های اتوماسیون اداری	J4	۲۹	شکستن سوگیری در تصمیم‌گیری	J29
۵	ضعف‌های ارزیابی‌های ساختاری	J5	۳۰	اثربخشی سیستم‌های پشتیبانی تصمیم	J30
۶	ظرفیت‌سازی پزشک‌یار اجتماعی	J6	۳۱	ضعف‌های آموزش منابع انسانی	J31
۷	اخلاق حرفه‌ای	J7	۳۲	جایگزین پروری	J32
۸	استراتژی‌های تحقیق و توسعه	J8	۳۳	پایداری کیفیت خدمات به بیماران	J33
۹	اثربخشی پردازش‌های عملیاتی	J9	۳۴	ضعف‌های تعالی سازمانی	J34
۱۰	انطباق عملکرد و انسجام سازمانی	J10	۳۵	رضایتمندی بیماران	J35
۱۱	انگیزش سازمانی	J11	۳۶	ضعف‌های رسمیت سازمانی	J36
۱۲	آگاهی از انتظارات اجتماعی	J12	۳۷	بیمه‌های تأمین اجتماعی	J37
۱۳	بازخورد تداوم جریان اطلاعات	J13	۳۸	معنویت‌گرایی	J38
۱۴	اثربخشی سیستم‌های خبره هوش مصنوعی	J14	۳۹	ضعف‌های مدیریتی	J39
۱۵	بهبود ارتباطات استراتژیک	J15	۴۰	قانون مداری	J40
۱۶	بهبود عملکرد سازمانی	J16	۴۱	ظرفیت‌سازی آموزش بیماران	J41
۱۷	ضعف‌های تصمیم‌گیری فردی	J17	۴۲	بورکراسی‌زدایی	J42
۱۸	بهبود عملکرد شغلی کارکنان	J18	۴۳	ظرفیت‌سازی توسعه پژوهش‌های بالینی	J43
۱۹	ضعف‌های سرخوردگی شغلی	J19	۴۴	یادگیری سازمانی	J44
۲۰	بیمه‌های سلامت	J20	۴۵	عدالت محوری	J45
۲۱	پشتیبانی خدمات	J21	۴۶	فرهنگ خود مراقبتی	J46
۲۲	مهندسی مجدد ساختاری	J22	۴۷	کارایی و اثربخشی خدمات سلامت	J47
۲۳	تناسب‌سازی راهبردی با کارکردهای عملیاتی	J23	۴۸	مشروعیت‌سازی	J48
۲۴	ضعف‌های پیچیدگی ساختاری	J24	۴۹	ضعف‌های عدالت و برابری	J49
۲۵	خود کنترل‌گرایی	J25	۵۰	ظرفیت‌سازی جامعه‌پذیری اعتباربخشی	J50

• طبقه اول قرار گرفتن گزاره‌های شناسایی شده

برای بررسی امتیازهای عاملی طبقه اول گزاره‌های کدگذاری شده، بر اساس تحلیل اطلاعات جداول کیو و جدول مربوط به بار عاملی، نسبت به محاسبه امتیازهای عاملی و رتبه‌بندی هریک از مضامین پژوهش بر اساس نحوه‌ی چیدن کارت‌ها توسط مشارکت‌کنندگان در این بخش اقدام می‌گردد.

گزاره در یک مؤلفه است. N تعداد مؤلفه‌های شناسایی شده از طریق طبقه‌بندی یا گونه‌شناسی تفسیری است. X تعداد کل گزاره‌های تأیید شده از گام‌های قبلی است. لذا می‌توان از طریق معادله (۲) تعداد هر گزاره که به طور متوسط می‌تواند در هر مؤلفه قرار گیرد را مشخص نمود.

$$\sigma(s) = \sum_{n=1}^k \frac{50}{10} = 5$$

معادله (۲)

$$\sigma(s) = \sum_{n=1}^k \frac{x}{N}$$

معادله (۱)

لذا همانطور که مشاهده می‌شود، به طور میانگین در هر مؤلفه، ۵ گزاره مبنای تأیید است که خانه‌های «+4to+6» را در هر مرحله‌ی ارزیابی شامل می‌شود. لذا بر اساس جدول ۷ هریک از گزاره‌های عاملی گونه‌ی تفسیری اول تعیین گردید.

در این معادله، $\sigma(s)$ نشان‌دهنده‌ی تعداد گزاره‌های هر مؤلفه است. K برابر با تعداد طبقه‌های ایجاد شده از نظر ماهیت شناختی یک پدیده است. n نشان‌دهنده‌ی قرار گرفتن هر یک

جدول ۷- تفکیک گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی در طبقه اول

-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
J24	J6	J30	J5	J1	J42	J34	J12	J47	J29	J45	J32	J40
	J3	J46	J31	J20	J35	J2	J10	J9	J38	J28	J48	
		J27	J16	J4	J19	J39	J18	J50	J25	J7		
			J41	J15	J49	J21	J44	J37	J11			
				J26	J33	J23	J17	J8				
					J14	J22	J43					
					J13		J36					

ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی جهت قرار گرفتن در طبقه اول این پدیده دارای امتیازهای مشترک بودند، جدول ۸ به عنوان معرفی این مؤلفه ارائه شده است.

بر اساس نتیجه‌ی کسب شده‌ی ماتریس چرخش یافته و امتیازهای مشارکت‌کننده‌ی «OR - 1 III- OR - 3 III- OR - 46] که در ترکیب گزاره‌های

جدول ۸- گزاره‌های طبقه اول ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی

کد اختصاص یافته	گزاره‌های طبقه دوم	مؤلفه نهایی شناسایی شده
J40	قانون مداری	عوامل فرآیندی در نظام سلامت
J32	جایگزین پروری	
J48	مشروعیت سازی	
J45	عدالت محوری	
J28	شایسته‌سالاری	

• طبقه دوم قرار گرفتن گزاره‌های شناسایی شده

طبق فرآیند توضیح داده شده در طبقه اول، بر اساس جدول ۹ هر یک از گزاره‌های عاملی مرتبط با طبقه دوم ترتیب زیر تفکیک می‌شوند.

بنابراین ۵ گزاره‌ای که در مقوله‌ی اول قرار گرفته‌اند، حاوی مفاهیمی برآمده از دسته‌بندی مضامین گزاره‌ای تلقی می‌شوند که می‌تواند نشان‌دهنده‌ی علل فرآیندی در نظام سلامت باشد که به افزایش ارزیابی خط‌مشی اعتباری بیمارستان‌ها می‌تواند هویت منسجمی ارائه کند. لذا برای یکپارچگی مضامین دسته‌بندی شده، از عنوان مقوله‌ی «عوامل فرآیندی در نظام سلامت» استفاده می‌شود.

جدول ۹- تفکیک گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی در طبقه دوم

	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
J8	J36	J26	J49	J23	J42	J13	J3	J47	J28	J25	J29	J7	
	J12	J46	J31	J20	J35	J2	J10	J27	J48	J11	J38		
		J9	J16	J4	J19	J39	J18	J50	J40	J45			
			J41	J15	J5	J21	J44	J37	J32				
				J30	J33	J1	J6	J24					
					J14	J22	J43						
					J34	J17							

ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی جهت قرار گرفتن در طبقه دوم این پدیده دارای امتیازهای مشترک بودند، جدول ۱۰ به عنوان معرفی این مؤلفه ارائه شده است.

بر اساس نتیجه‌ی کسب شده‌ی ماتریس چرخش یافته و امتیازهای مشارکت‌کنندگان «- OR - 7 OR - 5» [OR - 50] که در ترکیب گزاره‌های «11 OR - 40 OR - 50»

جدول ۱۰- گزاره‌های مربوط به گونه تفسیری دوم

مؤلفه نهایی شناسایی شده	گزاره‌های طبقه سوم	کد اختصاص یافته
	اخلاق حرفه‌ای	J7
	شکستن سوگیری در تصمیم‌گیری	J29
عوامل ادراکی در نظام سلامت	معنویت‌گرایی	J38
	خودکنترل‌گرایی	J25
	انگیزش سازمانی	J11

نتایج به دست آمده نشان می‌دهند، ۵ گزاره‌ای که در مولفه‌ی دوم قرار گرفتند، بیان‌کننده‌ی مفاهیم برآمده از ویژگی‌های رفتاری در اجرای خط‌مشی اعتباری می‌باشد که می‌توان عنوان انتخابی «عوامل ادراکی در نظام سلامت» را انتخاب نمود که نشان‌دهنده‌ی فاکتورهای علی باشند که تسهیل ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی را تقویت می‌نمایند.

• طبقه سوم قرار گرفتن گزاره‌های شناسایی شده

طبق فرآیند توضیح داده شده در طبقه‌های قبلی، بر اساس جدول ۱۱ هریک از گزاره‌های عاملی مرتبط با طبقه سوم ترتیب زیر تفکیک می‌شوند.

جدول ۱۱- تفکیک گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی در طبقه سوم

	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
J1	J24	J31	J36	J10	J41	J16	J22	J50	J21	J4	J9	J2	
	J48	J38	J25	J15	J33	J5	J23	J17	J20	J14	J30		
		J45	J3	J40	J29	J32	J42	J43	J37	J12			
			J39	J13	J44	J34	J47	J11	J46				
				J8	J27	J49	J26	J18					
					J35	J28	J7						
					J19		J6						

ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی جهت قرار گرفتن در طبقه سوم این پدیده دارای امتیازهای مشترک بودند، جدول ۱۲ به عنوان معرفی این مؤلفه ارائه شده است.

بر اساس نتیجه‌ی کسب‌شده‌ی ماتریس چرخش یافته و امتیازهای مشارکت‌کنندگان «- OR - 6 OR - 1» [OR - 39] که در ترکیب گزاره‌های

جدول ۱۲- گزاره‌های مربوط به گونه تفسیری سوم

کد اختصاص یافته	گزاره‌های طبقه سوم	مؤلفه نهایی شناسایی شده
J2	اثربخشی بانک‌های اطلاعاتی	
J9	اثربخشی پردازش‌های عملیاتی	
J30	اثربخشی سیستم‌های پشتیبانی تصمیم	زیرساخت‌های سیستمی
J4	اثربخشی سیستم‌های اتوماسیون اداری	
J14	اثربخشی سیستم‌های خبره هوش مصنوعی	

نتیجه جدول ۱۲ مبنی بر کنار هم قراردادن پنج گزاره اشاره شده به عنوان مضامین گزاره‌ای مؤلفه‌ی سوم مطالعه، می‌تواند بر اساس ماهیت سیستمی نشان‌دهنده‌ی مکانیزم‌های عملکردی فناوری اطلاعات در ارزیابی خط‌مشی‌های اجرایی اعتباربخشی بیمارستانی تلقی گردد که بر این اساس می‌توان این مؤلفه را با عنوان «زیرساخت‌های سیستمی» معرفی نمود.

• طبقه چهارم قرار گرفتن گزاره‌های شناسایی شده

طبق فرآیند توضیح داده شده در طبقه‌های قبلی، بر اساس جدول ۱۳ هریک از گزاره‌های عاملی مرتبط با طبقه چهارم ترتیب زیر تفکیک می‌شوند.

جدول ۱۳- تفکیک گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی در طبقه چهارم

	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
J50	J6	J31	J40	J34	J45	J48	J19	J1	J9	J37	J21	J12	
	J13	J38	J25	J23	J33	J5	J15	J17	J30	J46	J20		
		J41	J43	J7	J29	J32	J42	J3	J4	J2			
			J39	J16	J44	J10	J47	J11	J14				
				J49	J27	J22	J26	J18					
					J35	J28	J36						
						J8	J24						

ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی جهت قرار گرفتن در طبقه چهارم این پدیده دارای امتیازهای مشترک بودند، جدول ۱۴ به عنوان معرفی این مؤلفه ارائه شده است.

بر اساس نتیجه‌ی کسب شده‌ی ماتریس چرخش یافته و امتیازهای مشارکت کنندگان «OR - 9 III- OR - 23 III- OR - 48 III- OR - 44 III- OR - 48 III-» که در ترکیب گزاره‌های

جدول ۱۴- گزاره‌های مربوط به گونه تفسیری چهارم

کد اختصاص یافته	گزاره‌های طبقه چهارم	مؤلفه نهایی شناسایی شده
J12	آگاهی از انتظارات اجتماعی	
J21	پشتیبانی خدمات	
J20	بیمه‌های سلامت	زیرساخت‌های اجتماعی
J37	بیمه‌های تأمین اجتماعی	
J46	فرهنگ خود مراقبتی	

قرار گرفتن پنج گزاره تفکیک شده در جدول ۱۴ به عنوان مبنای شناسایی مؤلفه‌ی چهارم، نشان‌دهنده‌ی سطحی از کارکردهای اجتماعی است که می‌تواند زمینه‌ای مؤثر بر ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستان‌ها محسوب شود که در این بخش با عنوان مؤلفه‌ی محوری «زیرساخت‌های اجتماعی» معرفی می‌شود.

• طبقه پنجم قرار گرفتن گزاره‌های شناسایی شده طبق فرآیند توضیح داده شده در طبقه‌های قبلی، بر اساس جدول ۱۵ هر یک از گزاره‌های عاملی مرتبط با طبقه پنجم ترتیب زیر تفکیک می‌شوند.

جدول ۱۵- تفکیک گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی در طبقه پنجم

-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
J37	J41	J28	J16	J12	J40	J45	J8	J1	J24	J49	J31	J26
	J38	J7	J18	J22	J47	J50	J11	J42	J34	J17	J19	
		J32	J14	J46	J23	J25	J27	J6	J36	J39		
			J3	J13	J21	J48	J15	J4	J5			
				J30	J9	J20	J10	J43				
					J44	J29	J35					
					J2	J33						

ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی جهت قرار گرفتن در طبقه پنجم این پدیده دارای امتیازهای مشترک بودند، جدول ۱۶ به عنوان معرفی این مؤلفه ارائه شده است.

بر اساس نتیجه‌ی کسب شده‌ی ماتریس چرخش یافته و امتیازهای مشارکت کنندگان «OR - 2 III- OR - 20 III- OR - 14 III- OR - 18 III- OR - 27» که در ترکیب گزاره‌های

جدول ۱۶- گزاره‌های مربوط به گونه تفسیری پنجم

کد اختصاص یافته	گزاره‌های طبقه پنجم	مؤلفه نهایی شناسایی شده
J26	ضعف‌های جذب منابع انسانی	
J31	ضعف‌های آموزش منابع انسانی	
J19	ضعف‌های سرخوردگی شغلی	تعارض توازن شغلی
J49	ضعف‌های عدالت و برابری	
J17	ضعف‌های تصمیم‌گیری فردی	

بنابراین ۵ گزاره در مولفه‌ی پنجم قرار گرفتند که مفاهیم برآمده در این طبقه نشان‌دهنده‌ی وجود فشارهای مداخله‌گر در کارکردهای استراتژیک منابع انسانی می‌باشد که می‌تواند بر ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستان‌ها مؤثر باشد که بر این اساس می‌توان این طبقه را با مولفه‌ی محوری «تعارض توازن شغلی» معرفی نمود.

• طبقه ششم قرار گرفتن گزاره‌های شناسایی شده

طبق فرآیند توضیح داده شده در طبقه‌های قبلی، بر اساس جدول ۱۷ هریک از گزاره‌های عاملی مرتبط با طبقه ششم ترتیب زیر تفکیک می‌شوند.

جدول ۱۷- تفکیک گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی در طبقه ششم

	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
J15	J40	J27	J46	J25	J22	J29	J41	J1	J31	J36	J24	J39	
	J7	J33	J20	J48	J23	J43	J32	J8	J19	J17	J34		
		J35	J28	J44	J50	J21	J39	J10	J49	J26			
			J38	J37	J30	J45	J42	J13	J5				
				J9	J6	J47	J18	J12					
					J2	J16	J11						
						J14	J3						

بر اساس نتیجه‌ی کسب شده‌ی ماتریس چرخش یافته و امتیازهای مشارکت کنندگان «OR - 12 III- OR - 17 III+» [OR - 12 III- OR - 17 III+ OR - 26] کسه در ترکیب

گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی جهت قرار گرفتن در طبقه ششم این پدیده دارای امتیازهای مشترک بودند، جدول ۱۸ به عنوان معرفی این مؤلفه ارائه شده است.

جدول ۱۸- گزاره‌های مربوط به گونه تفسیری ششم

کد اختصاص یافته	گزاره‌های طبقه ششم	مؤلفه نهایی شناسایی شده
J39	ضعف‌های مدیریتی	
J24	ضعف‌های پیچیدگی ساختاری	
J34	ضعف‌های تعالی سازمانی	تعارض ساختاری
J36	ضعف‌های رسمیت سازمانی	
J36	ضعف‌های ارزیابی‌های ساختاری	

برای این طبقه از عنوان «تعارض ساختاری» برای مولفه‌ی محوری در این سطح استفاده می‌شود.

• طبقه هفتم قرار گرفتن گزاره‌های شناسایی شده

طبق فرآیند توضیح داده شده در طبقه‌های قبلی، بر اساس جدول ۱۹ هر یک از گزاره‌های عاملی مرتبط با طبقه هفتم ترتیب زیر تفکیک می‌شوند.

طبق نتیجه‌ی کسب شده‌ی جدول ۱۸، پنج گزاره‌ی قرار گرفته در دسته‌بندی مولفه‌ی ششم، نشان‌دهنده‌ی وجود مشکلات ناشی از ضعف‌هایی است که غالباً در ساختار عملکردی بیمارستان‌ها مشاهده می‌شود و باعث بروز اختلال‌های ناشی از تعارض حرفه‌ای می‌گردد که می‌تواند اثربخشی ارزیابی خط‌مشی اعتباری را تحت تأثیر قرار دهد. لذا

جدول ۱۹- تفکیک گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی در طبقه هفتم

	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
J48	J38	J13	J39	J18	J14	J19	J44	J47	J43	J8	J22	J42	
	J35	J5	J29	J32	J10	J37	J25	J24	J1	J23	J3		
		J31	J2	J4	J33	J11	J21	J46	J41	J50			
			J26	J30	J7	J9	J15	J20	J6				
				J28	J34	J36	J17	J45					
					J12	J49	J16						
					J40		J27						

ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی جهت قرار گرفتن در طبقه هفتم این پدیده دارای امتیازهای مشترک بودند، جدول ۲۰ به عنوان معرفی این مؤلفه ارائه شده است.

بر اساس نتیجه‌ی کسب شده‌ی ماتریس چرخش یافته و امتیازهای مشارکت کنندگان «OR - 8 III- OR - 13 III- OR - 22 III- OR - 26 III- OR - 31» که در ترکیب گزاره‌های

جدول ۲۰- گزاره‌های مربوط به گونه تفسیری هفتم

کد اختصاص یافته	گزاره‌های طبقه هفتم	مؤلفه نهایی شناسایی شده
J42	بورکراسی‌زدائی	
J22	مهندسی مجدد ساختاری	
J3	استقرار نظام ارزیابی عملکرد	استراتژی‌های درون بیمارستانی
J8	استراتژی‌های تحقیق و توسعه	
J23	تناسب‌سازی راهبردی با کارکردهای عملیاتی	

• طبقه هشتم قرار گرفتن گزاره‌های شناسایی شده

طبق فرآیند توضیح داده شده در طبقه‌های قبلی، بر اساس جدول ۲۱ هریک از گزاره‌های عاملی مرتبط با طبقه هشتم ترتیب زیر تفکیک می‌شوند.

نتایج به دست آمده از جدول ۲۰ نشان می‌دهد، ۵ مضمون گزاره‌ای قرار گرفته در مولفه‌ی هفتم، می‌تواند اذعان‌کننده‌ی استراتژی‌های درونی بیمارستان‌ها جهت ارتقاء سطح اثربخشی ارزیابی خط‌مشی اعتباری باشد که از آن می‌توان با عنوان مولفه‌ی محوری «استراتژی‌های درون بیمارستانی» یاد نمود.

جدول ۲۱- تفکیک گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی در طبقه هشتم

	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
J25	J45	J13	J39	J18	J12	J19	J44	J5	J22	J41	J43	J50	
	J33	J27	J9	J32	J21	J37	J48	J24	J3	J6	J1		
		J47	J2	J4	J35	J11	J10	J46	J8	J42			
			J16	J17	J7	J29	J15	J20	J23				
				J19	J34	J36	J30	J38					
					J14	J49	J26						
					J40	J31							

گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی جهت قرار گرفتن در طبقه هشتم این پدیده دارای امتیازهای مشترک بودند، جدول ۲۲ به عنوان معرفی این مؤلفه ارائه شده است.

بر اساس نتیجه‌ی کسب شده‌ی ماتریس چرخش یافته و امتیازهای مشارکت کنندگان «OR - 19 III- OR - 24 III- OR - 41 III- OR - 37 III- OR - 33 III-» که در ترکیب

جدول ۲۲- گزاره‌های مربوط به گونه تفسیری هشتم

کد اختصاص یافته	گزاره‌های طبقه هشتم	مؤلفه نهایی شناسایی شده
J50	ظرفیت‌سازی جامعه‌پذیری اعتباربخشی	
J43	ظرفیت‌سازی توسعه پژوهش‌های بالینی	
J1	ظرفیت‌سازی ایستگاه‌های سلامت	استراتژی‌های برون بیمارستانی
J41	ظرفیت‌سازی آموزش بیماران	
J6	ظرفیت‌سازی پزشک‌یار اجتماعی	

• طبقه نهم قرار گرفتن گزاره‌های شناسایی شده

طبق فرآیند توضیح داده شده در طبقه‌های قبلی، بر اساس جدول ۲۲ هریک از گزاره‌های عاملی مرتبط با طبقه نهم ترتیب زیر تفکیک می‌شوند.

قرار گرفتن ۵ مضمون گزاره‌ای جدول ۲۱ می‌تواند نشان‌دهنده‌ی ظرفیت‌هایی باشد که بیمارستان‌ها بر اساس آن می‌توانند به توسعه ارزیابی‌های اثربخش خط‌مشی اعتباری پردازند. بر این مبنا برای معرفی گزاره‌های این طبقه از عنوان «استراتژی‌های برون بیمارستانی» برای این مؤلفه محوری استفاده می‌شود.

جدول ۲۲- تفکیک گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی در طبقه نهم

	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
J36	J38	J43	J22	J28	J29	J19	J25	J39	J18	J13	J16	J47	
	J21	J24	J3	J9	J4	J1	J30	J41	J44	J15	J10		
		J31	J26	J12	J8	J11	J32	J50	J35	J27			
			J34	J7	J6	J5	J2	J23	J33				
				J49	J20	J14	J45	J17					
					J40	J46	J48						
						J37	J42						

گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی جهت قرار گرفتن در طبقه نهم این پدیده دارای امتیازهای مشترک بودند، جدول ۲۳ به عنوان معرفی این مؤلفه ارائه شده است.

بر اساس نتیجه‌ی کسب شده‌ی ماتریس چرخش یافته و امتیازهای مشارکت کنندگان «OR - 30 III- OR - 36 III- [OR - 49] OR - 47 III- OR - 38 III-» که در ترکیب

جدول ۲۳- گزاره‌های مربوط به گونه تفسیری نهم

مؤلفه نهایی شناسایی شده	گزاره‌های طبقه نهم	کد اختصاص یافته
	کارایی و اثربخشی خدمات سلامت	J47
	بهبود عملکرد سازمانی	J16
پیامدهای سازمانی اعتباربخشی	انطباق عملکرد و انسجام سازمانی	J10
	بازخورد تداوم جریان اطلاعات	J13
	بهبود ارتباطات استراتژیک	J15

طبق نتیجه جدول ۲۳ مبنی بر تفکیک مضامین گزاره‌ای در گونه نهم، مشخص شد، ۵ مضمون گزاره‌ای که نشان‌دهنده‌ی پسایندهای اثربخش ارزیابی خط‌مشی اعتباری می‌باشد، می‌تواند به بهره‌وری بالاتر بیمارستان‌ها از نظر استراتژی‌های درون ساختاری کمک نماید. لذا این مولفه‌ی محوری با عنوان «پیامدهای سازمانی اعتباربخشی» مبنایی برای معرفی گزاره‌های قرار گرفته در طبقه نهم می‌باشد.

• طبقه دهم قرار گرفتن گزاره‌های شناسایی شده

طبق فرآیند توضیح داده شده در طبقه‌های قبلی، بر اساس جدول ۲۴ هریک از گزاره‌های عاملی مرتبط با طبقه دهم ترتیب زیر تفکیک می‌شوند.

جدول ۲۴- تفکیک گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی در طبقه دهم

	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
J4	J38	J43	J48	J28	J6	J30	J50	J21	J16	J35	J18	J27	
	J39	J2	J45	J5	J17	J26	J37	J41	J10	J33	J44		
		J32	J1	J12	J8	J34	J31	J25	J13	J47			
			J11	J49	J29	J9	J24	J23	J15				
				J46	J20	J7	J3	J36					
					J40	J14	J22						
						J19	J42						

گزاره‌های ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی جهت قرار گرفتن در طبقه دهم این پدیده دارای امتیازهای مشترک بودند، جدول ۲۵ به عنوان معرفی این مؤلفه ارائه شده است.

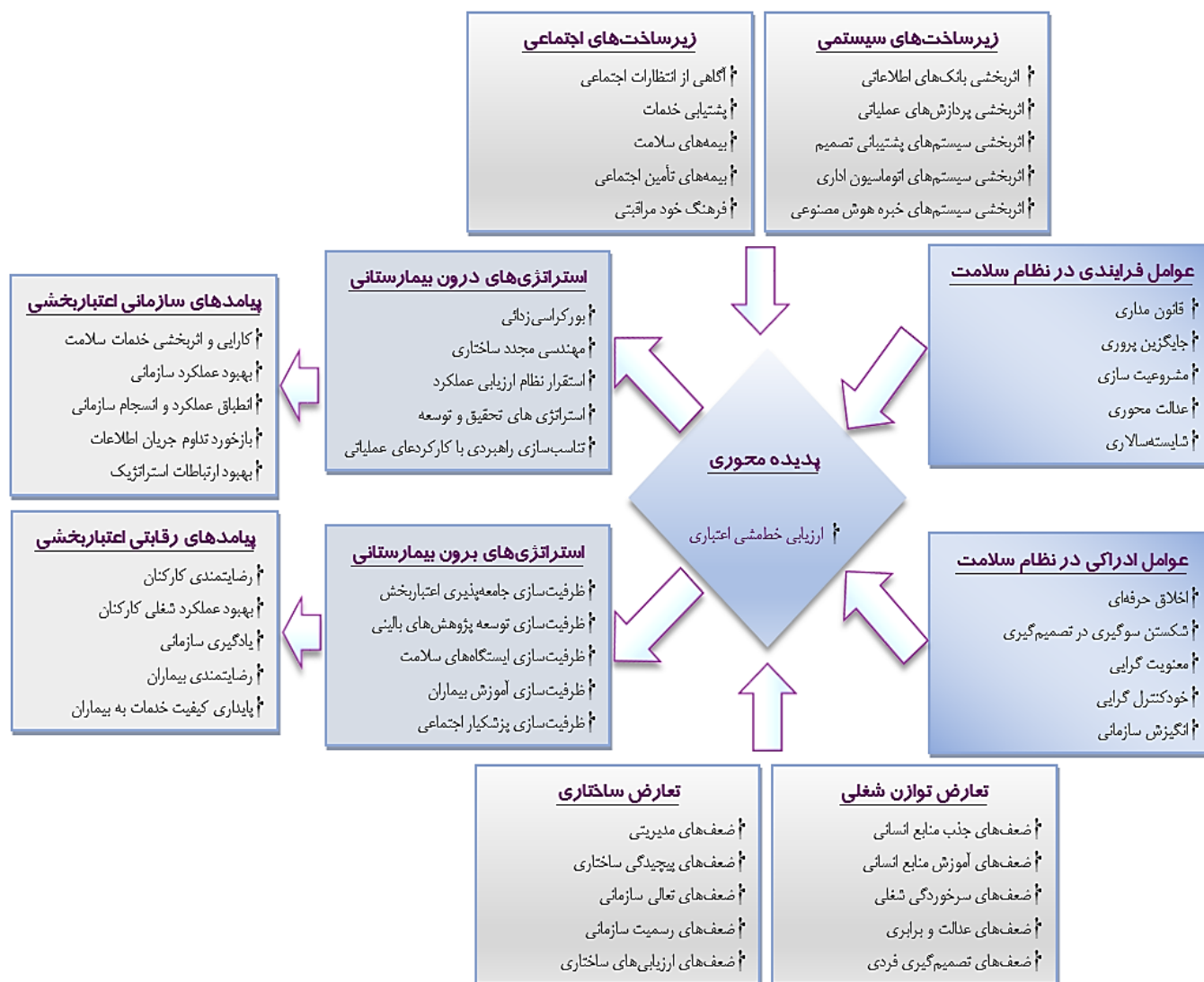
بر اساس نتیجه‌ی کسب شده‌ی ماتریس چرخش یافته و امتیازهای مشارکت کنندگان «OR - 28 III- OR - 29 III- [OR - 34 III- OR - 43 III- OR - 45]» که در ترکیب

جدول ۲۵- گزاره‌های مربوط به گونه تفسیری دهم

کد اختصاص یافته	گزاره‌های طبقه دهم	مؤلفه نهایی شناسایی شده
J27	رضایتمندی کارکنان	
J18	بهبود عملکرد شغلی کارکنان	
J44	یادگیری سازمانی	پیامدهای رقابتی اعتباربخشی
J35	رضایتمندی بیماران	
J33	پایداری کیفیت خدمات به بیماران	

شکل ۱ مشاهده نمود. در واقع همانطور که مشاهده می‌شود، ماهیت پدیدار شناسی مطالعه به لحاظ پیاده‌سازی پارادایمی، شاکله‌ای مبتنی بر ۵ سازه‌ی ساختاری دارد که از طریق ترکیب مفاهیم نظری/کاربردی با کدهای باز ایجاد شده از مصاحبه با خبرگان، می‌توان در شکل ۱ چارچوب نهایی پدیدارشناسانه‌ی ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی را به ترتیب زیر ترسیم نمود.

در دسته‌بندی مضامین گزاره‌ای گونه‌ی دهم مشخص شد، ۵ مضمون گزاره‌ای که به پسایندهای احتمالی ارزیابی اثربخش خط‌مشی‌های اعتباری در بیمارستان‌ها اشاره می‌نماید، می‌تواند از طریق عنوان «پیامدهای رقابتی اعتباربخشی» معرفی کننده‌ی مولفه‌ی محوری برای گزاره‌های قرار گرفته در این طبقه باشد. با اتمام، مرحله‌ی خوشه‌بندی مؤلفه‌های پژوهش می‌توان بر اساس مفاهیم هر یک از طبقه‌بندی‌های ارائه شده، ماهیت پارادایمی ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی را در



شکل ۱- چارچوب پدیدار شناسی ماهیت ارزیابی خطمشی اعتباربخشی بیمارستانی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش استفاده از رویکرد پدیدارشناسی پارادایم‌های ارزیابی خطمشی اعتباربخشی بیمارستانی بود. همانطور که طی فرآیند انجام پژوهش مشخص شد، ابتدا از طریق مصاحبه و فرآیند کدگذاری باز، گزاره‌های مرتبط با زمینه‌های ارزیابی خطمشی اعتباربخشی بیمارستانی شناسایی شدند. سپس با تشکیل گروه کانونی جهت تعیین طبقه‌های شناختی مفهوم مورد بررسی، بر اساس چهار جلسه با اعضای

لذا در این چارچوب، ماهیت پدیدار شناسی ارزیابی خطمشی اعتباربخشی بیمارستانی بر اساس ۵ بخش به صورت پارادایمی ارائه شده است تا بتواند در شناخت بهتر دلایل ایجاد این پدیده، زمینه‌ها و فاکتورهای مؤثر بر تسهیل شکل‌گیری آن کمک نماید. همچنین استراتژی‌های مالی شرکت‌ها در جهت ظهور پیامدهای مطلوب ناشی از اجرای ارزیابی خطمشی اعتباربخشی بیمارستانی نیز می‌تواند محتمل باشد.

سلامت و تأمین اجتماعی برای شهروندان ایجاد نمایند تا از این طریق سطح از هنجارهای خود مراقبتی بتواند به ایجاد یک فرهنگ فراگیر در عرصه تعامل بیمارستان‌ها با مردم منجر شود؛ اما اختلال‌های ناشی از تعارضات شغلی و ساختاری، می‌تواند به عنوان شرایط مداخله‌گر، اثربخشی کارکردهای زمینه‌ای ارزیابی خط‌مشی‌های اعتباری را با چالش جدی مواجه نماید. چراکه از منظر تعارض شغلی، وجود ضعف‌هایی در حوزه جذب و آموزش منابع انسانی سبب بروز سرخوردگی‌های شغلی می‌گردد و این مسئله سدی در برابر ارزیابی‌های متناسب با انتظارات نهادی در خط‌مشی‌گذاری بیمارستان‌ها ایجاد می‌کند و به تدریج با تأثیر بر مکانیزم‌های مشارکت منابع انسانی در این حوزه، ارزیابی‌ها اثربخشی لازم را نخواهند داشت.

تحت چنین شرایطی، استراتژی‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در کسب پیامدهای مطلوب ارزیابی خط‌مشی‌های اعتباری خواهند داشت، چراکه می‌بایست ارکان تصمیم‌گیرنده‌ی بیمارستان‌ها، به طور دوره‌ی شاکله‌ی ساختاری و مکانیزم‌های عملکردی را به گونه‌ای بازآفرینی کنند تا از طریق تناسب‌سازی راهبردهای عملیاتی با راهبردهای اصلی، امکان استقرار نظام ارزیابی عملکرد پویا فراهم شود که لازمه‌ی آن تمرکز بر پیشبرد استراتژی‌های تحقیق و توسعه برای مهندسی مجدد عملکردها در ساختارهای منعطف بیمارستانی می‌باشد. به لحاظ استراتژی‌های برون‌سازمانی، بیمارستان‌ها می‌بایست فرصت‌ها و تهدیدهایی که ممکن است، بهره‌وری بالاتر ناشی از ارزیابی‌های خط‌مشی اعتباری را تحت تأثیر قرار دهد را بررسی نمایند و از طریق نوآوری‌هایی همچون ایستگاه سلامت، امکان تداوم ارتباط مناسب با بیماران را برای ارتقاء آگاهی‌های شهروندان توسعه بخشند و از طریق ظرفیت‌های اجتماعی مثل پزشک خانواده یا دستیاران پزشکی، کمک

پائل کانونی و استفاده از یک چک‌لیست ارزیابی کیو از ۶+ تا ۶-، تلاش شد تا ۵۰ گزاره‌ی مضمونی به دست آمده از مصاحبه‌های باز، امتیازبندی گردند.

در تحلیل الگوی نهایی می‌توان اذعان نمود، شرایط علی در ارزیابی خط‌مشی اعتباری دو رویکرد فرآیندی و ادراکی در نظام سلامت را در بر می‌گیرد که به طور کلی محرک‌های اثرگذاری تلقی می‌شوند که می‌توانند به اجرای صحیح ارزیابی خط‌مشی‌های اعتباری کمک نمایند. در این رابطه بایستی بیان شود، بیمارستان‌ها از یک سو بر اساس عوامل فرآیندی به دنبال ارتقاء قانون‌مداری هستند که بتوانند از طریق آن مشروعیت بالاتر جهت عدالت محوری کسب نمایند و زمینه‌ساز تحریک مضامین گزاره‌ای همچون شایسته‌سالاری و جایگزین‌پروری گردند تا از این طریق به افزایش مولفه‌ی ادراکی در نظام سلامت اداری کمک کنند و با ترویج ارزش‌های اخلاق حرفه‌ای و خودکنترلی منابع انسانی، به کاهش سوگیری‌های احتمالی در ارزیابی خط‌مشی‌های اعتباری کمک نمایند تا مبنایی برای توسعه‌ی معنویت‌گرایی در پاسخگویی مؤثرتر به نهادهای نظارتی و انتظارات بیرونی قلمداد گردند.

از طرف دیگر، بر اساس دو مولفه‌ی زیرساخت‌های سیستمی و اجتماعی، کارکردهای ساختاری بیمارستان می‌تواند مؤید توسعه‌ی اثربخش سطح ارزیابی خط‌مشی‌های اعتباری تلقی شوند، به طوریکه از طریق چرخه‌ی اطلاعاتی، بتوانند بسترهای مناسبی برای پردازش عملیاتی آماده کنند تا سیستم از قابلیت‌های بالاتری برای پشتیبانی تصمیم و استفاده از هوش مصنوعی در عصر حاضر برخوردار باشند. از طرف دیگر، بیمارستان‌ها به واسطه‌ی خروجی‌های سیستمی، این قابلیت را خواهند داشت تا با آگاهی از انتظارات اجتماعی، سطح بالاتری از پشتیبانی خدمات درمانی را در قالب بیمه‌های

طریق، اولاً ضعف‌های احتمالی در جذب و آموزش منابع انسانی برطرف شود و افراد در مسیر اهداف تدوین خط‌مشی‌های اعتباری، بتوانند از قابلیت‌های بالاتری برخوردار باشند. ثانیاً می‌بایست با کاهش بوروکراسی‌های زائد در فرآیندهای اداری و شغلی بیمارستان، امکان انعطاف‌پذیری‌های ساختاری را توسعه بخشند. از طرف دیگر، سیاست‌گذاران کلان در خط‌مشی‌های اعتباری می‌بایست تدابیر لازم در بستر اجرایی چنین خط‌مشی‌هایی را به لحاظ سیستمی و عملکردی داشته باشند و با تخصیص منابع لازم به بیمارستان‌ها، امکان گردش سریع‌تر اطلاعات از سطوح بالای مدیریتی تا کارکنان و متخصصان شاغل در بیمارستان‌ها را تسهیل نمایند تا پشتیبانی مناسبی از نیازها و انتظارات بیماران صورت گیرد. تحت این فرآیندها است که امکان رقابتی‌تر شدن بیمارستان‌ها با تعرفه‌های معقول می‌تواند کیفیت پایدارتر خدمات‌دهی به شهروندان را به عنوان اصلی‌ترین هدف ارزیابی خط‌مشی اعتباری در بیمارستان‌ها را پوشش دهد.

محدودیت این مطالعه مرتبط با ابزار مصاحبه برای پدیدارشناسی ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی می‌باشد که این احتمال را می‌دهد که الزامات کدهای باز ایجاد شده پوشش‌دهنده تمام زوایای این مفهوم در بستر مطالعه نباشد. لذا برای حل این مسئله از شیوه‌های مصاحبه‌ی ترکیبی به صورت باز و نیمه باز استفاده شد تا به مصاحبه‌شوندگان کمک گردد در اظهارنظرهای تخصصی، جنبه‌های نوظهور و متفاوت‌تری را در ارزیابی پدیده اذعان کنند. محدودیت دیگری که به واسطه‌ی استفاده از گروه کانونی و پدیدارشناسی در این مطالعه احساس می‌شود، مسئله‌ی انتخاب تجربه‌گرایانی است که از شناخت کافی در رابطه با هستی‌شناسی ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی برخوردار بوده باشند. به همین دلیل تلاش شد، با در نظر

نمایند شناخت کامل‌تری از اطلاعات بالینی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها ایجاد گردد. لذا تحت استراتژی‌های فوق، الگوی ارائه شده، دو پیامد سازمانی و رقابتی برای کسب اعتبار بالاتر برای بیمارستان‌ها را محتمل می‌نماید.

نتایج ناشی از ارائه‌ی الگوی ارزیابی خط‌مشی اعتباربخشی بیمارستانی که طی گام‌های پدیدارشناسی پارادایمی در این مطالعه، مدنظر قرار گرفت، ضمن اینکه زوایای مختلفی از مبانی این پدیده را در قالب مضامین، مؤلفه‌ها و مقوله‌ها نشان داد تا مبنایی برای توسعه‌ی رویکردهای سیاست‌گذاران و مجریان طرح‌های خط‌مشی بیمارستانی تلقی گردد، در عین حال دانش‌افزایی ناشی از این مفهوم مهم را به گونه‌ای متحول ساخت تا پژوهشگران آینده بتوانند از ابعاد ارائه شده، در مطالعه‌های خود استفاده نمایند. لذا می‌بایست بیان نمود، این مطالعه جزء اولین پژوهش‌هایی است که مفهوم ارزیابی خط‌مشی اعتباری بیمارستان‌ها را از ترکیب مشارکت خبرگان دانشگاهی با تجربه‌گرایان شاغل در بستر مطالعه، توسعه داده است. بر این اساس الزاماً پژوهشی که بتوان با آن جنبه‌های مختلف شناسایی شده را تطبیق داد، در گذشته انجام نشده است.

در ادامه می‌توان به تفکیک نسبت به ارائه‌ی پیشنهادهای پژوهش اقدام نمود. اولاً همانطور که مرور کدهای ایجاد شده و گونه‌شناسی صورت گرفته، نشان می‌دهد، عمده چالش‌های اجرایی اعتباربخشی در حوزه تعارض‌های شغلی و ساختاری قرار دارد که به عنوان شرایط مداخله‌گر می‌تواند مسیر ارزیابی اثربخش خط‌مشی‌های اعتباری را تحت تأثیر قرار دهد. برای این منظور به تئوریسین‌های بازآفرینی ساختاری توصیه می‌شود تا با تعریف ویژگی‌های شغلی، امکان بازنگری در تعریف شرح شغل و شرایط احراز شغلی را به وجود بیاورند تا از این

ابزارهای سنجش داده‌های مکمل در پژوهش‌های آتی تا حدی می‌تواند به حل این مسئله کمک نماید.

تعارض منافع

بین نویسندگان مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از کلیه عزیزانی که در پیاده‌سازی این مطالعه مشارکت داشتند، نهایت قدردانی را داریم.

گرفتن سوابق تجربی و حرفه‌ای در کنار تحصیلات، این نقیصه تا حدی پوشش داده شود؛ اما در پژوهش‌های آینده می‌توان معیارهای بیشتری برای انتخاب مشارکت‌کنندگان در نظر گرفت. در نهایت محدودیت ذاتی ابزارهایی مثل چک‌لیست‌های امتیازی سلسله‌مراتبی قابل ذکر است که در بخش پیوند بین مضامین زمینه‌ای با گونه‌های شناختی در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار به دلیل محقق ساخت بودن، معمولاً پایایی آن مورد تردید است و استفاده از

References

1. Pool, J., Akhlaghpour, S. and Burton-Jones, A. Unpacking the complexities of health record misuse: insights from Australian health services, *Information Technology & People*, 2024. <https://doi.org/10.1108/ITP-12-2022-0931>
2. Nyland, K. and Pettersen, I.J. Hybrid controls and accountabilities in public sector management: Three case studies in a reforming hospital sector, *International Journal of Public Sector Management*, 2015;28(2):90-104. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-07-2014-0085>
3. Abolhasani, M, S., Ziaadini, M., Nikbakhsh, M, A. Identifying and prioritizing measures to reduce the failure of the implementation of health system policies based on the technique of analyzing failure states and their effects and fuzzy TOPSIS, *Tibbi-ikar: Research Center of Industry Related Diseases*, 2024;16(1):11-30. [In Persian]
4. Mosadeghrad A M, Jaafaripooyan E, Yousefinezhadi T, Keykhani S. Hospital accreditation method: A comparative study. *Payesh*, 2020;19(5):523-540 [In Persian]
5. Khan, S., Yousefinezhadi, T. and Hinchcliff, R. The impact of hospital accreditation in selected Middle East countries: a scoping review, *Journal of Health Organization and Management*, 2022;36(1):51-68. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2021-0159>
6. Afshari F, Vandad O, Zirak M, Momeni Mahmouei H. Identification and Ranking of Effective Factors on Proper Implementation of Accreditation at Zabol University of Medical Sciences. *Research in Medical Education*, 2023;14(4): 4-15 [In Persian]
7. Ramezani M, Kafash poor A, Abadi F, Zendehtel A, Sadeghi T. Investigating the Relationship between Service Quality Dimensions and Accreditation Results (Case Study: Khorasan Razavi Hospitals). *Journal of Medical Council of Iran*. 2017;35(3):250-258 [In Persian]
8. Longo, B, A., Schmaltz, S, P., Williams, S, C., Shanafelt, T, D., Sinsky, Ch, A. and Baker, D, W. Clinician Well-Being Assessment and Interventions in Joint Commission–Accredited Hospitals and Federally Qualified Health Centers, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2023; 49(10):511-520. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2023.04.007>
9. Schmaltz, S, P., Longo, B, A. and Williams, S, C. Infection Control Measure Performance in Long-Term Care Hospitals and Their Relationship to Joint Commission Accreditation, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2024;50(6):425-434. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2024.02.005>
10. Prasanti, I. and Wardhani, V. Exploring quality management system maturity of the accredited hospitals, *Enfermería Clínica*, 2020;30(6):123-126. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.028>
11. Mossadeghrad, A, M., Akbarisari, A. and Yousefinejadi, T. Evaluation of the accreditation program of hospitals in Tehran province, *Journal of Faculty of Medicine of Tehran University of Medical Sciences*, 2017;76(5):354-359. [In Persian]
12. Salehi, Z., Pirvi, H. Challenges of implementing the accreditation process in hospitals: a review study, *Nursing Care Research Center of Iran University of Medical Sciences (Iran Nursing Journal)*, 2016;30(106):24-34.
13. Mosadeghrad A, Shakibaei E. Hospital Accreditation Implementation Prerequisites. *Journal of Hospital* 2017;16(3):43-56. [In Persian]
14. Call, S. Deferred maintenance of physical infrastructure and its association to hospital profitability in Washington State, *Facilities*, 2024;1(2):54-78. <https://doi.org/10.1108/F-02-2024-0021>
15. Bağcı, H. and Çil Koçyiğit, S. Evaluating the decentralization of public hospitals in Turkey in terms of technical efficiency: data envelopment analysis and Malmquist index, *Benchmarking: An International Journal*, 2023;30(10):4425-4460. <https://doi.org/10.1108/BIJ-03-2021-0140>
16. Jaafaripooyan E, Mosadeghrad A M, Salarvand A. Hospital Accreditation Surveyors' Evaluation Criteria in Iran. *Journal of Payavard Salamat*, 2019; 13(2):110-122. [In Persian]
17. Pomare, C., Churruca, K., Long, J.C., Ellis, L.A. and Braithwaite, J. Misalignment between policy and staff experience: the case of an Australian hospital redevelopment, *Journal of Health*

- Organization and Management, 2021;35(4):511-522. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2020-0256>
18. Ismailian, M., Nasrasafhani, M., Metabli-Nahieh, A. Elaboration of essential emergency department policies based on clinical governance accreditation standards, Iranian Journal of Emergency Medicine, 2015;2(2):70-75. [In Persian]
19. El-Jardali, F. Hospital accreditation policy in Lebanon: Its potential for quality improvement, Lebanese Medical Journal, 2007;55(1):39-45.
20. Zhang, H., Huang, S. T., Bittle, M. J., Engineer, L., Chiu, H. C. Perceptions of Chinese hospital leaders on joint commission international accreditation: a qualitative study, Front Public Health, 2023, 30(2):11-39. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1258600>
21. Al-Alawy, Kh., Moonesar, I. A., Mubarak Obaid, H. A., Al-Abed Bawadi, E. I. and Gaafar, R. Hospital Accreditation: A Review of Evidence, Regulatory Compliance, and Healthcare Outcome Measures. 2021;4(3):248-255. <https://doi.org/10.1159/000516483>
22. Spinelli, E. The Interpreted World: An Introduction to Phenomenological Psychology. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Ltd. 2005; 1(1): 1-10.
23. Husserl E. The crisis of European sciences and transcendental phenomenology: An introduction to phenomenological philosophy. Northwestern University Press. 1970.
24. Henwood, K. L. & Pigeon, N. R. Qualitative research and psychological theorizing. British Journal of Psychology, 1992;83(1):97-112.
25. Depraz, N. Depraz Husserlian phenomenology in the light of micro phenomenology, In book: Husserl, Kant and transcendental phenomenology (pp.pp. 505-523) Publisher: de Gruyter, 2021.
26. Beck, C. T. Introduction to phenomenology: Focus on methodology. Sage Publications, 2019.
27. Gauttier, S. Q-method as a tool to facilitate meaningful public engagement with science, Qualitative Research Journal, 2020;20(1):86-102. <https://doi.org/10.1108/QRJ-01-2019-0005>
28. Shahbazi, R., Fahimnia, F., & Hakimzadeh, R. Confirmatory Factor Analysis of IT-based Competency Questionnaire in Information Science & Knowledge Studies, Based on Job Market Analysis. Iranian Journal of Information Processing and Management, 2016; 31(2):483-511. [In Persian]