



Identifying Factors Affecting Hospital Accreditation: A Hekmat-Based Hospital Approach

Jebelli. Beheshteh¹, Varahram. Mohammad², Keyvani Rad. Fatemeh³, Zarrineh. Solmaz³, Ghazanchaei. Elham^{4*}

1- MSc, Clinical Tuberculosis and Epidemiology Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Professor, Mycobacteriology Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- MSc, Chronic Respiratory Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Lung Transplantation Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received Date:

2025.10.11

Accepted Date:

2025.12.27

*Corresponding

Author Email:

el_gh2008@
yahoo.com

Abstract

Background and purpose: Hekmat (Wisdom) implies deep knowledge, understanding, and sagacity. Hospital services are uniquely dependent on human resources; therefore, beyond technical expertise, staff commitment is essential for maximizing efficiency and effectiveness. A "Hekmat-based hospital" is defined as an institution delivering care founded on three pillars: human dignity, medical knowledge/wisdom, and Islamic ethics. This study aims to identify the key factors influencing hospital accreditation through the lens of the Hekmat-based hospital approach.

Methods: This qualitative study employed conventional content analysis based on the Graneheim and Lundman approach. Data were collected through purposive sampling and semi-structured interviews with 62 participants (32 physicians and 30 patients) from various departments until data saturation was reached. Additionally, a comprehensive review of 20 upstream documents related to health, medicine, education, and culture within the Iranian health system (post-1979 Revolution) was conducted to supplement the field data.

Results: The analysis of interviews yielded 10 main categories representing the components of accreditation in a Hekmat-based context. These categories included: social, cultural, and religious issues; facilities, equipment, and human resources; communication skills; patients' financial and livelihood challenges; knowledge and education; tangible environmental factors; economic factors; cultural dynamics; patients' psychological resilience; and service reliability.

Conclusion: The findings suggest that mutual understanding of emotions and beliefs, patience, reciprocal respect, and effective knowledge exchange are core expectations shared by both physicians and patients. Addressing these primary and secondary needs is a prerequisite for achieving a standardized hospital model aligned with the vision of Hekmat-based medicine.

Keywords: Cultural Context, Accreditation, Medical Ethics, Spirituality, Health System, Hekmat-Based Hospital



Copyright©2025 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.

Journal of Hospital, Volume 24, Issue 2, Summer 2025

شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر اعتباربخشی بیمارستانی با رویکرد بیمارستان حکمت بنیان

بهشته جبلی^۱، محمد وهرام^۲، فاطمه کیوانی راد^۳، سولماز زرینه^۳، الهام قازانچایی^{۴*}

- ۱- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزش، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی.
- ۲- استاد، مرکز تحقیقات میکوباکتریولوژی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی.
- ۳- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی.
- ۴- استادیار، مرکز تحقیقات پیوند ریه، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی.

چکیده:

زمینه و هدف: حکمت در لغت به معنای دانش، دانایی، معرفت و عرفان بکار رفته است. خدمات بیمارستانی بیش از همه خدمات شناخته شده به نیروی انسانی وابسته است و ماهیت این خدمات به گونه ایست که کارکنان باید جهت کسب بیشترین کارایی و اثربخشی علاوه بر دارا بودن تخصص و مهارت، متعهد نیز باشند. در این منظر، بیمارستان حکمت بنیان بیمارستانی است که خدمات خود را بر مبنای سه اصل منزلت و کرامت انسانی، دانش و حکمت پزشکی و اخلاق و شئون اسلامی ارائه می‌نماید. لذا هدف از انجام این مطالعه شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر اعتباربخشی بیمارستانی با رویکرد بیمارستان حکمت بنیان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای گرانهایم و لاندمن می‌باشد که اطلاعات آن از طریق انجام مصاحبه از ۶۲ پزشک و بیمار از بخش‌های مختلف تا زمان اشباع داده‌ها جمع‌آوری گردید. در این مطالعه برای انتخاب مشارکت‌کنندگان از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به طوری که با افرادی مصاحبه شد که در زمینه پدیده مورد مطالعه یا جنبه‌هایی از آن دارای اطلاعات و شناخت مناسب و نسبتاً کافی بودند. در این مطالعه از بررسی کتابخانه‌ای و اسناد بالادستی نظام سلامت از ابتدای انقلاب تاکنون نیز جهت جمع‌آوری داده‌های مروری استفاده شد.

نتایج: در مطالعات کتابخانه‌ای ۲۰ سند بالادستی در رابطه با سلامت، پزشکی، آموزش و فرهنگ و تمدن استخراج گردید. همچنین از مصاحبه‌های انجام شده از ۳۲ پزشک و ۲۸ بیمار در رابطه با مؤلفه‌های مؤثر بر اعتباربخشی با رویکرد بیمارستان حکمت بنیان، ۱۰ طبقه اصلی استخراج شد. طبقات اصلی استخراج شده از مصاحبه پزشکان و بیماران شامل مسائل اجتماعی، فرهنگی و اعتقادی، امکانات، تجهیزات و منابع انسانی، مهارت‌های ارتباطی، چالش‌های مالی و معیشتی بیماران، دانش، آموزش و آگاهی، عوامل ملموس، عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی، تاب‌آوری روحی و روانی در بیماران و قابلیت اطمینان خدمات بود.

نتیجه‌گیری: درک متقابل احساسات و عقاید آمیخته با صبر و آرامش، برخورد همراه با احترام توسط طرفین و تبادل اطلاعات و دانش از انتظارات هر دو طرف پزشک و بیمار از یکدیگر محسوب می‌شود. لذا به نظر می‌رسد یک دسته از نیازهای اولیه و ثانویه وجود دارد که با برطرف شدن هر کدام از آنها امید دستیابی به بیمارستانی استاندارد همراه با چشم‌انداز طب و حکمت قابل انتظار باشد.

کلیدواژه: زمینه فرهنگی، اعتباربخشی، اخلاق پزشکی، معنویت، نظام سلامت، بیمارستان حکمت بنیان

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۷/۱۹

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۱۰/۶

* نویسنده مسئول مقاله:

el_gh2008@
yahoo.com

مقدمه

انسان موجودی با کرامت است و خداوند بیان فرموده که انسان را بر بسیاری از آفریده‌های خود برتری کامل دادیم (اسراء ۸۰). در این تعریف، پزشک بیمار خود را هرگز به چشم یک منبع درآمد نمی‌نگرد؛ بلکه او را برادر و یا خواهر دینی خود می‌داند که اکنون نیازمند و گرفتار رنج و صعوبتی شده است. در این نگرش که ریشه در مبانی اسلامی و شیعی دارد، توصیه شده که طبیب در سهل‌ترین و سخت‌ترین بیماری‌ها، همواره قدرت الهی را در درمان بیماری‌ها یاد آورد شود و یأس و نومیدی را از دل وی بزاید. این عوامل، زمانی بهترین نتیجه‌ی اخلاقی را برای فرد به بار می‌آورند که آموزه‌های اخلاقی، در فرد درونی شده باشد (۱). سلامت معنوی شامل دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی نمایانگر رابطه فرد با خدا یا قدرت نامحدود است، در حالی که سلامت وجودی نشان می‌دهد که رابطه ما با دیگران، محیط و روابط درونی ما است که به ما ظرفیت ادغام ابعاد مختلف و انتخاب‌های مختلف را می‌دهد (۲). مطالعات معنوی در زمینه مراقبت‌های بهداشتی اغلب سعی می‌کنند از رویکردهای مبتنی بر شواهد علوم طبیعی پیروی کنند (۳). مطالعات متعددی در رابطه با نقش مثبت معنویت در سازمان با خلاقیت، رضایت شغلی، عملکرد تیمی و تعهد سازمانی انجام شده است. ۹۰٪ از افراد شرکت‌کننده در مطالعه‌ای عنوان کردند که معنویت آن‌ها بر اصالت و خودآگاهی آن‌ها به عنوان یک رهبر تأثیر می‌گذارد (۴-۶). در فرهنگ و تمدن اسلامی، حکیم به دنبال سلامت جسم و روح و روان آدمی است و به بیماران، امید و اطمینان و آرامش می‌بخشد و به دنبال رفع آلام و دردهای بشری و زیست‌بهرتر و حیات‌طیبه برای فرد و جامعه است (۷). مراقبت معنوی یک جنبه اساسی از مؤلفه‌های مراقبت بیمار

محور بیان می‌شود و این ارتباط باید مورد علاقه سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان باشد زیرا آن‌ها به دنبال بهبود کیفیت هستند (۸). معنویت در طب سنتی ایران مورد توجه قرار گرفته است، در حالی که پزشکان بزرگ ایرانی مانند رازی و ابن سینا آن را عامل مؤثری در سلامتی می‌دانند و سالهاست طب سنتی ایران از این مفهوم استفاده می‌کند (۹).

در تعریف امروزی، بیمارستان مکانی عمومی است که انسان‌ها در زمان درد و بیماری به آن مراجعه می‌کنند و خدمات درمانی دریافت می‌دارند؛ در این منظر، بیمارستان حکمت‌بنیان بیمارستانی است که خدمات خود را بر مبنای سه اصل منزلت و کرامت انسانی، دانش و حکمت پزشکی و اخلاق و شئون اسلامی ارائه می‌نماید (۱۰). در مطالعه‌ای مداخله‌ای، مداخله بصورت آموزش پزشکان و کارکنان گروه مورد در مورد اجرای پنج شاخص مهم تعامل کارکنان با بیمار در طب حکمت‌بنیان شامل "احترام و فروتنی، وقت‌گذاری برای بیمار، اهتمام به تشخیص، حفظ اسرار بیمار و ایجاد امیدواری در دل بیمار" انجام شد. نتایج این مطالعه بصورت افزایش رضایت‌مندی مراجعین قبل و بعد از مداخله در درمانگاه‌های حکمت‌بنیان بود (۱۱). همچنین طبق نظر شبکه جامع ملی سرطان، حمایت مذهبی و معنوی با افزایش رضایت بیمار از مراقبت‌های پزشکی مرتبط است. برعکس، ناراحتی معنوی با پیامدهای فیزیکی ضعیف و میزان‌های بالاتر بیماری همراه است (۱۲). رفتار اخلاقی متخصصان علوم پزشکی بر اساس اصول اخلاقی اسلامی، رفتاری درونی بوده و بنابراین اخلاق پزشکی بر پایه این اصول می‌باید در درون اشخاص نهادینه شود (۱۳). فلسفه تأکید بر مباحث اخلاق پزشکی از این روست که مسائل آن فراتر از اخلاق عمومی بوده و آنچه به عنوان اخلاق عمومی مطرح می‌شود

است که بین شایستگی بالینی و سلامت معنوی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد؛ بنابراین می‌توان ادعا کرد که صلاحیت بالینی پرستاران با ارتقای سلامت معنوی آنان ارتقا می‌یابد (۲۳). مراقبت معنوی یک جنبه اساسی از مؤلفه‌های مراقبت بیمار محور بیان می‌شود و این ارتباط باید مورد علاقه سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان باشد زیرا آن‌ها به دنبال بهبود کیفیت هستند (۸). همچنین کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های بهداشت و درمان اعلام کرده است که چندین سازمان برجسته به اهمیت مراقبت معنوی پی برده‌اند و این کمیسیون سیاستی دارد که می‌گوید: "برای بسیاری از بیماران، مراقبت‌های معنوی و سایر خدمات معنوی بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت‌های بهداشتی و زندگی روزمره است (۲۴). لذا عقیده نویسندگان بر این است که نگاه مدیران و پایه‌ریزان سازمان‌های بهداشتی درمانی باید در چارچوب استقرار نظام ارزیابی و اعتباربخشی بر پایه عدالت و اخلاق حرفه‌ای با زیربنای معنویت باشد. علیرغم مطالعات گسترده در حوزه معنویت در حیطه پزشکی و اخلاق پزشکی، هنوز مطالعات چندانی در خصوص میزان توجه به معنویت در دستورالعمل‌ها و قوانین حوزه بهداشت و درمان انجام نشده است. لذا هدف از انجام این مطالعه شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر اعتباربخشی بیمارستانی با رویکرد بیمارستان حکمت بنیان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

هدف اصلی شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر اعتباربخشی بیمارستانی با رویکرد بیمارستان حکمت بنیان و پاسخ به این پرسش که "مؤلفه‌های بیمارستان حکمت بنیان از دیدگاه خبرگان و بیماران از منظر اعتباربخشی چیست؟"

نمی‌تواند پاسخگوی نیازهای اخلاق در حرفه پزشکی باشد (۱۴). عدالت به مفهوم دینی نهادینه در درون آدمی است و دربرگیرنده تمامی ساحت‌های فردی و اجتماعی زندگی اوست اما عدالت در اخلاق پزشکی، برآمده از عدالت اجتماعی است که جز با تدوین قوانین و راهکارهای متناسب و متوازن، قابل دسترسی نیست (۱۵).

هدف اصلی اعتباربخشی در سازمان‌های خدمات بهداشتی درمانی، بهبود کیفیت عملکرد، بهبود یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت، افزایش ایمنی گیرندگان خدمت، افزایش رعایت حقوق گیرندگان خدمت و کاهش هزینه‌ها با تمرکز بر افزایش کارایی و اثربخشی خدمات می‌باشد (۱۶، ۱۷). یکی از مؤلفه‌های مهم و تأثیرگذار در دستیابی سازمان‌ها به اهداف خود و بهبود کیفیت ارائه خدمات، عدالت سازمانی است (۱۸). خدمات بیمارستانی بیش از همه خدمات شناخته شده به نیروی انسانی وابسته است و ماهیت این خدمات به گونه ایست که کارکنان باید جهت کسب بیشترین کارایی و اثربخشی علاوه بر دارا بودن تخصص و مهارت، متعهد و با اخلاق نیز باشند (۱۹). درک کارکنان از عدالت سازمانی عاملی بنیادی و مؤثر بر پیامدهای سازمانی مانند تعهد است (۲۰) و این مسئله از اهمیت بالایی برخوردار است، چرا که مشتریان مراکز سلامت انسان هستند (۲۱). اعتباربخشی و رتبه‌بندی سازمان‌های بهداشتی برای بهبود خدمات مراقبت‌های بهداشتی بسیار مهم است. برنامه‌های اخلاقی همچنین بیمارستان‌ها را برای بهبود خدمات خود و حرکت به سمت رضایت بیماران ترغیب می‌کند. در این راستا، مشارکت بیشتر متخصصان اخلاق می‌تواند به سازمان‌های بهداشتی کمک کند تا برنامه‌های اخلاقی را توسعه دهند و عملکرد مبتنی بر اخلاق را در بیمارستان‌ها تضمین کنند (۲۲). برخی مطالعات نشان داده

کدهای PE (پزشکان) و PP (بیماران) و شماره شرکت کننده مشخص شده‌اند. توضیحات لازم درباره هدف و روش مطالعه به شرکت کنندگان ارائه و رضایت و محرمانگی اطلاعات تضمین شده است.

برای نمونه گیری انتخاب مشارکت کنندگان به صورت هدفمند انجام گردید. در این مطالعه به تدریج با به دست آوردن مفاهیم اولیه و بر اساس تفسیر داده‌ها و مفاهیم، نمونه گیری به صورت ثانویه تا اشباع نظری در حال شکل گیری ادامه یافت؛ یعنی مصاحبه از افرادی صورت گرفت که در زمینه پدیده مورد مطالعه یا جنبه‌هایی از آن دارای اطلاعات و شناخت مناسب و نسبتاً کافی بودند. با پیشرفت تحلیل و استخراج مفاهیم اولیه، نمونه گیری به صورت نظری ادامه یافت تا زمانی که دیگر ابعاد یا ویژگی جدیدی به طبقات افزوده نشده و به اشباع نظری دست یافتیم. از ۶۲ پزشک و بیمار شرکت کننده در طرح حدود ۱۰۰ مصاحبه در مدت زمان حدود ۶ ماه انجام شد.

برای تضمین صحت و استحکام داده‌ها از معیارهای چهارگانه کوبا و لینکلن شامل اعتبار^۱، قابلیت اطمینان پذیری^۲، قابلیت تأیید^۳ و انتقال پذیری^۴ استفاده شد. اقداماتی که در راستای این معیارها انجام شد در جدول ۱ آورده شده است.

این مطالعه کیفی و از نوع تحلیل محتوای قراردادی (رویکرد استقرایی) بر اساس روش گرانهایم و لاندمن است. زمانی که پژوهشگران قصد دارند تا ساختار و عوامل اجتماعی که باعث شکل گیری و تأثیر بر رفتارها می‌شود را تعیین کنند، استفاده از مطالعات کیفی روش مناسبی خواهد بود (۲۵). همین‌طور این مطالعه به دنبال شناسایی مؤلفه‌ها و مفاهیم نوظهور از دیدگاه خبرگان و بیماران است لذا تحلیل محتوا که روشی برای تحلیل پیام‌های ارتباطی متنی، شفاهی، صوتی و تصویری است، مناسب می‌باشد (۲۶). رویکرد گرانهایم و لاندمن به خاطر ساختار روشن گام‌های تحلیلی، تمرکز بر استخراج محتوای صریح و ضمنی، برای مطالعه کیفی درباره مؤلفه‌های اعتباربخشی بیمارستان حکمت بنیان مناسب است. بعلاوه این روش در مطالعات پرشمار حوزه پرستاری، پزشکی و مدیریت خدمات سلامت به کار رفته و برای تحلیل پیام‌های شفاهی و متنی مرتبط با تجربه بیماران و دیدگاه خبرگان مناسب شناخته شده است؛ بنابراین برای موضوع «بیمارستان حکمت بنیان و اعتباربخشی» که هم ابعاد تجربی بیماران و هم دیدگاه حرفه‌ای را در برمی‌گیرد، کاربردی و پذیرفتنی است (۲۷، ۲۸).

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با پزشکان و بیماران بخش‌های مختلف بیمارستان مسیح دانشوری جمع‌آوری شده است و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. پزشکان از تخصص‌های متنوع مانند داخلی، جراحی، بیهوشی، قلب، آی سی یو و عفونی در این مصاحبه شرکت کردند؛ و کلیه بیماران مصاحبه‌شونده افرادی بودند که در بخش‌های مختلف بستری بوده و توانایی فهمی و زبانی پاسخ‌دهی به سؤالات را داشتند. مصاحبه‌ها مکتوب و ضبط شنیداری شده و یادداشت‌های عرصه و یادآورنویسی نیز تکمیل گردید. تمامی نقل قول‌ها برای حفظ محرمانگی با

¹ Credibility

² Dependability

³ Confirmability

⁴ Transferability

جدول ۱- معیارهای چهارگانه کوبا و لینکلن

معیارهای قابلیت اطمینان	شرح
اعتبار	<p>- غرق شدن PI در داده‌ها و همچنین یافته‌های مشاهدات</p> <p>- اختصاص دادن زمان کافی بیش از ۲ سال برای جمع‌آوری و تفسیر داده‌های مطالعه</p> <p>- حضور یافتن در محیط تحقیق در تواتر مختلف در بخش‌های مختلف</p> <p>- استفاده نمودن از روش بازبینی همتا^۱ و بازبینی توسط مشارکت کنندگان^۲ به کمک مراجعه مجدد به ۳ نفر از مشارکت کنندگان گروه خبرگان و ۴ نفر از مشارکت کنندگان گروه بیماران جهت تأیید یافته‌های مطالعه</p>
قابلیت تأیید	<p>- استفاده نمودن از ۲ کارشناس^۳ خارج از تیم تحقیق جهت بررسی سؤالات و تأیید آن</p> <p>- پرسش از شرکت کنندگان در مورد هرگونه سؤال و ابهام و سوء تفاهم احتمالی در طول مصاحبه توسط مصاحبه کننده</p> <p>- استفاده از روش‌های متعدد برای جمع‌آوری داده‌ها که علاوه بر مصاحبه، انجام تولید داده‌ها از طریق مشاهده و جستجوی شواهد متناقض</p>
انتقال پذیری	<p>- نداشتن تعصب و بی‌طرفی در مورد موضوعات مختلف در فرایند تحقیق، نوشتن یادآورها^۴ و ارائه گزارش جملات نقل و قول عینا در مطالعه</p> <p>- موجود بودن تمام مستندات پژوهش از جمله دست نویس ها</p>
قابلیت اطمینان پذیری	<p>- ارائه اطلاعات کافی در مورد محقق و زمینه تحقیق، فرایندهای کار، نوع شرکت کنندگان، منطقه بررسی</p> <p>- ارائه اطلاعات دقیق از کل فرایند مطالعه به سایر محققان</p> <p>- استفاده از نقل قول دقیق شرکت کنندگان</p> <p>- ضبط شنیداری، یادداشت در عرصه و ثبت دیگر نوشته‌ها</p>

¹ Peer Check

² Member Check

³ Expert Check

⁴ Memo

کلیه مراحل جمع‌آوری و تحلیل محتوای داده‌ها بدون استفاده از هرگونه نرم‌افزاری انجام شد. هم‌چنین توضیحات لازم در خصوص هدف و روش مطالعه اخذ گردید و جهت حفظ محرمانگی اطلاعات اطمینان داده شد.

یافته‌ها

یکی از روش‌های تلفیقی رایج برای ترکیب داده‌های مصاحبه و اسناد، روش تحلیل چارچوبی^۱ با رویکرد قیاسی-استقرایی است. در مطالعات اسناد بالادستی نظام سلامت از ابتدای انقلاب تا زمان حال، ۲۰ سند در رابطه با سلامت، پزشکی، آموزش و فرهنگ و تمدن استخراج گردید که در جدول ۲ قابل مشاهده است.

برای انجام این مطالعه در ابتدا مطالعات مروری اسناد بالادستی نظام سلامت (جدول ۲) که در حوزه سلامت و فرهنگ و اخلاق بودند، به طور کامل و جامع صورت گرفت و تمامی مؤلفه‌ها و شاخصه‌های فرهنگ و تمدن اسلامی و حکمت در بهداشت و درمان از ابتدای انقلاب تا زمان حال مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های اسناد بالادستی به‌عنوان منبع شواهد زمینه‌ای و مرجع مفهومی بررسی شدند و سپس با داده‌های مصاحبه‌ای از طریق فرایند کدگذاری و مقایسه مداوم یکپارچه شدند تا تم‌ها و مؤلفه‌های نهایی هم‌زمان «استقرایی» از مصاحبه‌ها استخراج و با اسناد پشتیبانی تطبیق یا بازنگری شوند.

در گام اول اسناد بالادستی نظام سلامت به‌صورت جامع خوانده و مؤلفه‌ها، واژگان کلیدی و چارچوب‌های مفهومی مرتبط با فرهنگ، حکمت و اعتباربخشی استخراج شد. این استخراج به‌صورت فهرستی از مفاهیم و شاخص‌های بالقوه ثبت شد تا به‌عنوان زمینه مفهومی در تحلیل عمل کند (جدول شماره ۳). در گام دوم مصاحبه‌ها مکتوب و خوانده شدند؛ کدها به‌صورت استقرایی از متن مصاحبه‌ها استخراج گردید و کدهای اولیه، زیر طبقات و طبقات از دل داده‌های مصاحبه‌ای شکل گرفتند. در هر مرحله از کدگذاری، کدها و تم‌های استخراج‌شده از مصاحبه‌ها با فهرست مفاهیم استخراج‌شده از اسناد مقایسه شدند. بر اساس مقایسه‌ها، یک کدبوک دستی تدوین شد که شامل تعاریف هر کد، نمونه نقل‌قول‌ها از مصاحبه و ارجاع به اسناد مرتبط بود. کدهای مشابه از هر دو منبع در زیر طبقات مشترک گردآوری و سپس به تم‌های سطح بالاتر تبدیل شدند.

در انتها یافته‌های تلفیقی با استفاده از بازبینی همتا و بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان برای اطمینان از بازتاب واقعیت‌های میدانی و محتوای اسناد انجام شد.

^۱ Frame Work Analysis

جدول ۲- اسناد استخراج شده مرتبط با سلامت، پزشکی، آموزش، فرهنگ و تمدن

شماره	عنوان سند
۱.	نقشه جامع علمی ایران در حوزه سلامت
۲.	سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری در بخش سلامت
۳.	نقشه جامع علمی کشور (نقشه تحول سلامت جمهوری ایران مبتنی بر الگوی اسلامی - ایرانی)
۴.	سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه
۵.	دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران
۶.	بررسی روند و تحلیل اسنادی اقدامات کشور در جهت رفع محرومیت و برقراری عدالت در سال‌های پس از انقلاب
۷.	درس‌نامه ارزیابی سلامت مبتنی بر جامعه (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
۸.	برنامه آموزش و ارتقا سلامت مبتنی بر توانمندسازی مردم و جوامع بر اساس برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور
۹.	گزارش اهم اقدامات وزارت بهداشت در ۴۰ سال پس از پیروزی انقلاب
۱۰.	سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده آن، راهکار اصلی گسترش عدالت در سلامت و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه
۱۱.	قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۱۲.	اهداف کلی و کمی بخش سلامت کشور
۱۳.	برنامه آموزش عالی حوزه سلامت
۱۴.	بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی
۱۵.	بیانات مقام معظم رهبری در خصوص کمیته فرهنگ و تمدن
۱۶.	چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی
۱۷.	شناسایی سیاست‌های بالادستی و همسوسازی با سیاست‌های اصلی بیمارستان
۱۸.	مدل پیشنهادی برای رتبه‌بندی آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (طرح راد)
۱۹.	مصوبه اصلاح وظایف کمیته فرهنگ و تمدن اسلام و ایران
۲۰.	تحلیل و بررسی چالش‌های نظام سلامت کشور

بندهای متعددی از اعتباربخشی مبتنی بر اصول بیمارستان حکمت بنیان جود دارد. دیگر موارد تحلیل شده از اسناد بالادستی به شرح جدول شماره ۳ می‌باشد.

تحلیل یافته‌های بدست آمده نشان داد که در "سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری در بخش سلامت" و "مصوبه اصلاح وظایف کمیته فرهنگ و تمدن اسلام و ایران"

جدول ۳- نتایج تحلیل اسناد بالادستی مرتبط با سلامت، پزشکی، آموزش، فرهنگ و تمدن

شماره	عنوان سند	موارد سیاست‌های کلی تحلیل شده در اسناد مرتبط
۱.	نقشه جامع علمی کشور در حوزه سلامت	۱- یکی از تحولات اساسی در دانش کشور تقویت ارتباط میان‌رشته‌ای است. محورهای تمرکز میان‌رشته‌ای در حوزه سلامت شامل موارد ذیل می‌باشد: (الف) علوم پایه، بالینی، طب و داروهای سنتی (ب) علوم سلامت، فناوری اطلاعات و ارتباطات (پ) علوم اجتماعی و انسانی با مفاهیم و عملکردهای نظام سلامت
		۲- جهت‌گیری‌های کلی که برای دستیابی به اهداف کلان و راهبردی نقشه جامع علمی سلامت پیشنهاد شده‌اند: (الف) اولویت دادن به علم و فناوری پاسخگو برای نیازهای سلامت جامعه (ب) حضور مؤثر در عرصه بین‌الملل (پ) تکمیل چرخه نوآوری (ت) صیانت از منابع، شفافیت و پاسخ‌گویی (ث) تحول نظام آموزش سلامت (ج) تبدیل گفتمان علمی به گفتمان مسلط جامعه
		۳- تطبیق رسالت و عملکرد دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی به نحوی که کارآفرینی به عنوان یکی از مأموریت‌های اصلی آن در کنار آموزش و پژوهش قرار گیرد.
		۴- نوآوری ملی سلامت، شفافیت، تخصیص منابع و یکپارچه کردن فرآیندها
		۵- نظارت، ارزش‌یابی و اعتبارسنجی (این ساختار باید تمامی فرآیند ایده تا جامعه در سلامت را تعریف و تسهیل نماید).
۲.	سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری در بخش سلامت	۱- ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی-اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه (الف) ارتقاء نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای (ب) آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسؤولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد (ج) معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه سلامی
		۲- ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی
		۳- ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی
		۴- ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات
		۵- تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب‌وهوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی

شماره	عنوان سند	موارد سیاست‌های کلی تحلیل شده در اسناد مرتبط
۳		۶- تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل: الف) تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ب) مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها پ) تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی
		۷- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع از طریق: الف) ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی ب) افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها پ) تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقاء سلامت و توانمندسازی آنان
		۸- افزایش آگاهی، مسؤولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
		۹- توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی، حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور
		۱- چشم‌انداز نظام سلامت
		۲- چشم‌انداز علم و فناوری سلامت
		۳- سرمایه‌گذاری و بهبود تخصیص منابع مالی
		۴- توسعه منابع انسانی در حوزه سلامت
۴		۵- افزایش ظرفیت تولید کالا و خدمات سلامت
		۶- افزایش ظرفیت تولید دانش
		۷- تسهیل ارتباطات
		۸- فرهنگ‌سازی حول محورهای سلامت
		۱- عدالت در سلامت و مشارکت‌های بین‌سازمانی
		۲- نابرابری در سلامت و تأثیر عوامل اجتماعی
		۳- بررسی شاخص‌های سلامت در نوزادان و کودکان
		۳
۴	بررسی روند و تحلیل اسنادی اقدامات کشور در	

شماره	عنوان سند	موارد سیاست‌های کلی تحلیل شده در اسناد مرتبط
	جهت رفع	۴- عوامل خطر مؤثر بر سلامت
	محرومیت و	۵- بهره‌مندی از خدمات سلامت و احساس سلامتی
	برقراری عدالت در	۶- بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی
	سال‌های پس از	۷- نقش سازمان‌ها، نهادها و مردم در ارتقا سلامت و ایجاد عدالت در سلامت
	انقلاب	۸- تحلیل قوانین و مقررات از نگاه سلامت‌محوری و عدالت در جامعه
	سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده آن، راهکار اصلی	۱- ارتقاء عادلانه سلامت معنوی و روانی مردم با مشارکت مردم و حکومت
۵.	گسترش عدالت در سلامت و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه	۲- ارتقا وضعیت عدالت در سلامت از طریق ارائه عادلانه خدمات سلامت ۳- مقابله با عوامل خطر سلامت مرتبط با شیوه زندگی
	برنامه آموزش عالی حوزه سلامت	۱- آموزش پزشکی سلامت محور و پیشگیرانه به جای روش سنتی بیمارمحور ۲- ایجاد فرهنگ آموزشی که در آن دانشجویان و اساتید کفایت و صلاحیت خود را بر اساس نتایج حاصله از درمان بیماران به محک می‌گذارند و هدف غایی آنان ارتقا دائمی کیفیت مراقبت‌هاست.
۶.	بیانات مقام معظم رهبری در خصوص کمیته فرهنگ و تمدن	۱- تعصبات و فرهنگ سازی در همه ابعاد زندگی اجتماعی از جمله سلامت ۲- کار کردن به صورت مستمر و پیوسته نه به صورت مقطعی و منفعل ۳- جوانی جمعیت و تهاجمات فرهنگی غربی در حوزه سلامت خانواده
	شناسایی سیاست‌های بالادستی و همسوسازی با سیاست‌های اصلی بیمارستان‌ها	۱- گسترش عدالت در آموزش عالی سلامت ۲- ارتقا و بهبود کیفیت خدمات درمانی و ایمنی با تأکید بر پاسخ‌گویی و تکریم گیرندگان خدمت ۳- توسعه و ارتقا سلامت جامعه با تأکید بر ارائه خدمات پیگیری و درمانی
	مصوبه اصلاح وظایف کمیته فرهنگ و تمدن اسلام و ایران	۱- سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و حمایت از گنجاندن تاریخ، محتوا و دستاوردهای علمی، فنی و هنری دانشمندان دوره‌ی تمدن اسلامی در کتب درسی و کمک‌درسی در حوزه‌های آموزش و پرورش و آموزش عالی، مبتنی بر راهبردهای بیانیه گام دوم انقلاب اسلامی معطوف به هدف ایجاد تمدن نوین اسلامی، از طریق نهادهای مرتبط با تدوین کتب درسی و با رعایت صلاحیت‌های مراجع قانونی مربوطه و عدم تداخل با آن‌ها ۲- برنامه‌ریزی و حمایت از شناسایی و شناساندن دانشمندان مسلمان و میراث علمی، فنی و هنری آنان به افشار مختلف جامعه، بویژه دانش آموزان، دانشجویان، طلاب، معلمان و اساتید کشور به زبان علمی روز ۳- برنامه‌ریزی و حمایت از تألیف و تدوین مقالات، گزارش‌ها، کتاب‌های علمی، پایان‌نامه‌های دانشگاهی و برگزاری همایش‌های مرتبط با منابع و آثار علمی تمدن اسلام و ایران، با هدف بهره‌گیری در مجامع و برنامه‌های آموزشی و علمی کشور ۴- برنامه‌ریزی و مشارکت در نظریه‌پردازی و طراحی تمدن نوین اسلامی با بهره‌گیری از منابع و آثار علمی و هنری تمدن اسلامی و سنت‌ها و روش‌های علمی و اخلاقی دانشمندان و هنرمندان مسلمان
۹.		

مشابه و تلفیق طبقات، ۵ طبقه اصلی و ۱۵ زیر طبقه مطابق جدول شماره ۴ استخراج شد. مسائل اجتماعی، فرهنگی و اعتقادی، امکانات، تجهیزات و منابع انسانی، مهارت‌های ارتباطی، چالش‌های مالی، معیشتی بیماران و دانش، آموزش و آگاهی طبقات اصلی این مصاحبه‌ها بودند.

پس از استخراج اسناد بالادستی مرتبط با اعتباربخشی با رویکرد بیمارستان حکمت بنیان، مصاحبه با پزشکان هیئت علمی و بیماران صورت گرفت. مصاحبه‌ها به طور کامل پیاده‌سازی شد. پس از پیاده‌سازی، ۶۱۱ کد اولیه استخراج شد. با حذف موارد تکراری و ادغام موارد مشابه در مجموع ۶۷ کد منحصر به فرد بدست آمد. در بررسی نهایی و ادغام موارد

جدول ۴- کدها، طبقات و زیر طبقات استخراج شده از ترجیحات بیماران از دیدگاه پزشکان هیئت علمی

طبقات	زیر طبقات	کدها
مسائل اجتماعی، فرهنگی و اعتقادی	تجارب معنوی	۱. توجه به نیازهای اعتقادی
		۲. حفظ حریم کامل خصوصی و کرامت انسانی بیمار
		۳. صبر، آرامش و مددجویی از خداوند در هنگام انجام وظایف پزشکی
		۴. پایبندی به اصول اعتقادی بیماران
		۵. توجه به فرهنگ اقوام مختلف
حمایت اجتماعی	حمایت اجتماعی	۱. رفتن مسئولین از پشت میز خود به آن طرف
		۲. تغییر دیدگاه از پدرسالانه به مشارکت بیماران در علم پزشکی
		۳. برابری بیماران در طبقات مختلف اجتماعی
		۴. در نظر گرفتن بیمار همچون اعضای خانواده
		۵. درک شرایط فردی و خانوادگی بیمار
عوامل محیطی	عوامل محیطی	۶. بهبود وضعیت هتلینگ در بخش‌ها
		۷. ارتقای امکانات اقامتی و نظافتی برای بیماران و همراهان
		۸. بهبود فضای بخش‌ها جهت رفاه بیماران
		۹. توجه به شرایط خاص جغرافیایی و گسترده‌گی بیمارستان
امکانات، تجهیزات و منابع انسانی	عدالت در تأمین و توزیع منابع	۱. تأمین کامل امکانات و تجهیزات در راستای ارائه خدمات
		۲. افزایش میزان خدمات به بیماران بستری و سرپایی به صورت موازی
		۳. تخصیص منابع به هر بخش با رعایت انصاف و ویژگی‌های خاص درون بخشی
		۴. فراهم آوری شرایطی جهت دسترسی آسان به داروهای شیمی‌درمانی و کمیاب
		۵. ارتقای وسایل و تجهیزات فرسوده بخش‌ها
		۶. فراهم آوری بستر انجام کلیه امور بیماران در مرکز
تأمین نیروی انسانی متخصص	تأمین نیروی انسانی متخصص	۱. چینش حرفه‌ای اساتید
		۲. بکارگیری ارائه‌دهندگان خدمت با سطح دانش علمی مناسب
		۳. جذب پزشکان متخصص گروه‌های مختلف
		۴. برقراری تناسب میان توانمندی کارکنان و وظایف محول شده
		۵. افزایش نیروهای درمانی متخصص

طبقات	زیر طبقات	کدها
مهارت‌های ارتباطی	صب و شکیبایی	۱. جلب اعتماد بیمار به عنوان گامی مهم در درمان
		۲. حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار
		۳. احترام به حریم خصوصی و حق خلوت بیمار
		۴. فراهم‌سازی گروهی رابط بین بیمار و پزشک
		۵. برقراری ارتباط به نحو مطلوب و به میزان کافی با کلام و علم خود بیمار
مهارت‌های ارتباطی	صب و شکیبایی	۱. شرح وضعیت و درمان بیمار به صورت سنجیده
		۲. پاسخ مناسب به انتظارات منطقی بیماران
		۳. تفهیم دقیق و محترمانه بیمار و همراهان نسبت به روند کار اساتید و دستیاران در بیمارستان آموزشی
		۴. ایجاد بستری مناسب برای بیماران در جهت ارائه پیشنهادات و انتقادات
		۵. سعه صبر در راهنمایی بیماران و افراد ناآگاه
احترام متقابل	احترام متقابل	۱. مسئولیت‌پذیری در مقابل بیماران
		۲. ارتقا سطح اخلاق پزشکی (حرفه‌ای) برای فراگیران
		۳. صرف زمان کافی برای بیماران از سوی پزشکان
		۴. حفظ آراستگی و پوشش مناسب برای پزشکان در هنگام حضور بر بالین بیمار
درک تجارب هیجانی بیماران	درک تجارب هیجانی بیماران	۱. فراهم‌سازی تاب‌آوری روحی و روانی جهت بیماران
		۲. به حداقل رساندن اضطراب‌های غیر مرتبط با بیماری
		۳. حضور دائمی روانشناس و روان‌پزشک در بخش‌هایی نظیر آنکولوژی
بیمه‌ها	بیمه‌ها	۱. ضعف بیمه‌های روستایی
		۲. پوشش مناسب جهت داروهای کمیاب
		۳. سهل الوصول بودن بهره‌مندی از امکانات بیمه‌ای
		۴. حمایت ناکافی بیمه از بیماران مزمن
		۵. بهبود روش‌های حمایتی بیمه‌ها
چالش‌های مالی، معیشتی بیماران	فعال‌سازی جذب خیرین	۱. فراهم‌آوری منابع مالی از سوی خیرین
		۲. کاهش هزینه‌های مالی تحمیلی بر بیمار
		۳. بهره‌مندی از پتانسیل‌ها و منابع جایگزین
		۴. ایجاد بستر کمک‌رسانی به بیماران نیازمند ضمن حفظ شئون آن‌ها
شناسایی بیماران آسیب‌پذیر	شناسایی بیماران آسیب‌پذیر	۱. توجه به بیماران حاشیه‌نشین
		۲. توجه به بیماران مناطق محروم و دور از مرکز
		۳. توجه ویژه به بیماران با بیماری‌های مزمن و زمینه‌ای
		۴. به حداقل رساندن زمان بستری و ماندگاری بیماران بی‌بضاعت
		۵. فراهم‌آوری حداکثر امکان خدمت‌رسانی به منظور جلوگیری از مراجعات مکرر
دانش، آموزش و آگاهی	پیاده‌سازی درس آموخته‌ها	۱. ارتقا علمی گروه ارائه‌دهنده خدمات بالینی
		۲. بومی‌سازی استانداردهای علمی
		۳. بهره‌گیری از مقالات علمی معتبر

طبقات	زیر طبقات	کدها
ممیزی بالینی		۱. تلاش در جهت پیدایش بهترین نتیجه در درمان
		۲. بکارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد
		۳. تعامل گروه‌های مختلف علمی نظیر گروه‌های علوم پایه با علوم بالینی
		۴. انجام کارهای درست در بهترین زمان و به بهترین شیوه
ارتقای سواد سلامت بیماران		۱. نقش پررنگ بیمار در انتخاب روش درمانی
		۲. توصیه و آموزش‌های لازم در هنگام ترخیص بیماران
		۳. بهره‌گیری از سایکولوژیکال درمانی در کنار درمان‌های پزشکی
		۴. تدوین برنامه‌های قابل اجرا از ابتدای ورود بیماران جهت ارتقا آگاهی بیمار و همراه

همچنین از ۲۸ بیمار بستری در بخش‌ها مصاحبه صورت گرفت و ۶۶۴ کد اولیه استخراج شد. با حذف موارد تکراری و ادغام موارد مشابه در مجموع ۸۰ کد منحصر به فرد بدست آمد. جدول ۵ طبقات اصلی و ۱۳ زیر طبقه را در مصاحبه بیماران نشان می‌دهد.

جدول ۵- کدها، طبقات و زیر طبقات استخراج شده از مصاحبه با بیماران

طبقات	زیر طبقات	کدها
عوامل ملموس	امکانات و تجهیزات	۱. بکارگیری تجهیزات مناسب
		۲. جذابیت تسهیلات و تجهیزات
		۳. رعایت تغذیه مناسب
		۴. تأمین به موقع دارو
		۵. بکارگیری امکانات جهت نقل و انتقال ایمن بیماران
		۶. رفع به موقع مشکلات تأسیساتی
		۷. فراهم آوری امکانات مناسب جهت همراه بیمار
		۸. توجه به امکانات تشخیصی و آزمایشگاهی
		۹. امکانات کامل درمانی در بیمارستان
		۱۰. تطابق امکانات با تعداد مراجعین
		۱۱. اسکان مناسب برای همراهان
		۱۲. ارتقای سامانه نوبت‌دهی
۱۳. استفاده از روش‌های نوین درمانی		
منابع انسانی		۱. بکارگیری پزشکان ذیصلاح
		۲. ضعف در کار گروهی کارکنان
		۳. رعایت نظم و انضباط از سوی کارکنان
		۴. ظاهر آراسته و مرتب کارکنان
		۵. سرعت عمل پزشکان
		۶. کمبود نیروی پرستاری

طبقات	زیر طبقات	کدها
عوامل اقتصادی	شرایط محیطی	۱. توجه به مسائل بهداشتی محیط بخش‌های درمانی
		۲. عدم استفاده از سرویس بهداشتی مشترک بین بیماران خانم و آقا
		۳. ضرورت محیط فیزیکی جذاب و مناسب
		۴. فراهم آوری محیط آرام
	مشکلات مالی - معیشتی	۵. عدم وجود تابلوها و علائم راهنمایی قابل دید جذاب و با ظاهری خوب
		۶. توجه به نظافت
		۷. بکارگیری کیفیت مناسب فضای فیزیکی بخش
		۸. نامرتب بودن سالن انتظار و اتاق‌های بستری بیمار
بیمه‌ها	۱. توجه به مسائل اقتصادی بیمار	
	۲. توجه به رفع نیاز مالی بیماران	
	۳. درک شرایط مالی بیماران	
	۴. ناتوانی مالی بیماران برای خرید برخی از داروها	
هزینه‌های درمان	۵. توجه مددکاری به شرایط بیماران	
	۶. کمک خیرین به بیماران	
	۱. عدم وجود پوشش بیمه‌ای مناسب برای همه افراد روستایی	
	۲. بی‌توجهی بیمه‌ها به مشکلات بیماران مزمن	
مسائل اخلاقی	۳. نداشتن بیمه تکمیلی بیماران	
	۴. ضعف بیمه‌ها در توجه به مسائل بیماران	
	۱. گران بودن هزینه‌های درمانی	
	۲. پرداخت از جیب بیماران	
عوامل فرهنگی	۳. گران بودن داروها	
	۴. افزایش فشار مالی تحمیل شده بر بیماران	
	۱. برخورد مناسب با همراه بیمار	
	۲. آراستگی ظاهری کادر درمان	
	۳. بی‌توجهی به بیماران بدون همراه	
	۴. ضعف در خوشرویی و خوش اخلاقی کادر درمان	
	۵. ضعف در برخورد مناسب با ملاقات کنندگان	
	۶. ضعف در رسیدگی به موقع و مناسب به بیماران	
	۷. رعایت حجاب اسلامی	
	۸. احترام به بیمار	
۹. برقراری ارتباط مناسب با بیمار		
۱۰. وجدان کاری		
اعتقادات	۱. توجه به مسائل فرهنگی بیمار	
	۲. مسئولیت‌پذیری پرسنل	
	۳. رعایت اخلاق اسلامی و حرفه‌ای	
	۴. پخش اذان	

طبقات	زیر طبقات	کدها
کرامت انسانی		۱. استفاده از پرسنل همگن
		۲. بی توجهی به بیماران مناطق محروم
		۳. توجه به حریم خصوصی بیمار
		۴. توجه به حقوق اصلی بیمار
درک احساسات		۱. توجه به کاهش اضطراب بیمار
		۲. علاقه‌مندی کارکنان به حل مشکلات بیماران
		۳. توجه به شرایط روحی و روانی بیمار
		۴. توجه به تنش‌های عصبی بیمار و همراه
		۵. ضعف در فراهم آوری حس امنیت در بیماران
		۶. اهمیت بعد درمانی و آموزشی در راستای کنترل اضطراب بیماران
تاب‌آوری روحی روانی در بیماران	همدلی	۱. درک خانواده بیمار از سوی کادر درمان
		۲. ضعف در حس انسان‌دوستی
		۳. توجه به احساس رضایت و آرامش بیمار
		۴. صبر و آرامش در مواجهه با بیمار و همراهش
		۵. ضعف در تمایل کادر درمان به رفع مشکلات روحی بیماران
		۶. احساس همدلی و همدردی با بیماران
		۷. ضعف در برخورد دوستانه پزشکان با بیمار
		۸. رفتار دلسوزانه و مهربان کادر درمان
قابلیت اطمینان خدمات	خدمت‌رسانی صحیح	۱. ضعف در تمرکز کارکنان برای انجام وظایف
		۲. ضعف در توانایی کارکنان جهت ایجاد اعتماد به بیماران
		۳. ضعف در آگاهی کادر درمان از شرایط لحظه‌ای بیمار
		۴. ارائه کیفیت خدمات مناسب
پاسخگویی		۱. بی توجهی به حل مشکل اصلی بیمار
		۲. ارائه توضیح کامل به بیمار از روند درمان
		۳. اهمیت به پیگیری مشکلات بیمار

مسائل اجتماعی، فرهنگی و اعتقادی

یکی از دغدغه‌ها در ترجیحات بیماران از دیدگاه پزشکان هیئت علمی توجه به مسائل اجتماعی و فرهنگ و اعتقادات بیماران بوده است. با توجه به اینکه اغلب بیمارستان‌های تهران به دلیل وجود تخصص‌های متنوع حرفه‌ای و تجهیزات تخصصی دارای پذیرش درصد بالایی از بیماران از اقصی نقاط کشور می‌باشد و با توجه به تنوع قومیتی، زبانی و فرهنگی و

سطوح اجتماعی مختلف، ایجاد و حفظ عدالت اجتماعی مستلزم تشکیل مرکز درمانی با نگاه به طب حکمت بنیان و رعایت استانداردهای اعتباربخشی در راستای اسناد بالادستی من جمله سند "سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری در بخش سلامت" می‌باشد.

الف) تجارب معنوی: مسائل مرتبط با نیازهای اعتقادی بیمار و پایبندی به این اصول از سوی کادر درمان و مسائلی

حکیم کلیه بیماران را فارغ از جنس، دین، مذهب، نژاد، رنگ پوست و ... همچون عزیزترین و نزدیکترین بستگان خود می‌داند (PE3).

امکانات، تجهیزات و منابع انسانی

رسیدن به شرایط مطلوب خدمت‌رسانی، نیازمند وجود امکانات و تجهیزات مناسب و در شان انسان‌هاست. استخراج کلیدواژه‌ی بیشتر مصاحبه‌ها مبین این موضوع بود که تمرکز پزشکان به ایجاد امکانات و تسهیلات برای دستیابی به یک استاندارد مبتنی بر رعایت معیارهای بیمارستان حکمت بنیان بسیار زیاد است. به طوری که از ۳۴ مصاحبه ۲۵ مصاحبه به موضوعات تجهیزات و امکانات پرداختند.

الف) عوامل محیطی: جملاتی که بیشتر مربوط به فضا و تجهیزات و امکانات بوده در این دسته‌بندی قرار گرفته است. بهبود وضعیت هتلینگ بخش‌ها لحاظ شود (PE1).

یکی از انتظارات طبیعی هر بیمار در هنگام مراجعه به بیمارستان دریافت بهترین خدمات درمانی با بهترین وسایل و امکانات در دسترس در کشور می‌باشد. یکی از مشکلاتی که در حال حاضر پزشکان با آن روبرو هستند عدم تهیه به موقع و کافی لوازم و تجهیزات و همچنین داروهای مورد نیاز برای انجام اقدامات درمانی است (PE2).

ب) عدالت در تأمین و توزیع منابع: با توجه به محدودیت منابع در زمان‌های مختلف و وجود تحریم‌های بی‌رحمانه، ایجاد عدالت مصرف و توزیع منابع دارای اهمیت بسیاری است.

با توجه به نیاز مبرم بیماران به خدمات درمانی خصوصاً تهیه سهل الوصول داروها و تجهیزات مصرفی، از این منظر و در راستای کمک به بیماران می‌توان اقدام نمود (PE1).

یکی از انتظارات طبیعی هر بیمار در هنگام مراجعه به بیمارستان دریافت بهترین خدمات درمانی با بهترین وسایل و

همچون حفظ کرامت انسانی و احترام به عزت نفس بیمار و توجه به قومیت و مذهب و فرهنگ بیماران از جمله کلیدواژه‌های مطرح شده در بحث تجارب معنوی می‌باشد. توجه به نیازهای معنوی بیماران بارها در اسناد مختلف بالادستی آورده شده و با توجه به تکرار این کلیدواژه‌ها در مباحث مختلف میزان اهمیت آن مشخص می‌شود.

تغییر دیدگاه از دیدگاه پدرسالانه در پزشکی به مشارکتی، در حال حاضر که البته بهبود پیدا کرده است. بیمار نقشی در انتخاب مسیر درمانی خود ندارد که البته این دلیل در خصوص ماهیت تخصصی علم پزشکی دارد، اما به نظر می‌رسد نقش بیمار در انتخاب روش درمانی پررنگ باید باشد (PE1).

تکریم بیماران و حفظ منزلت و شان آن‌ها و نیز همراه آن‌ها جهت ارتقای سطح رابطه بین کادر درمان و بیماران (PE2).

پزشک باید با صبر و آرامش و با یاد خداوند و طلب یاری از خداوند، درمان را انجام دهد (PE3).

ب) حمایت اجتماعی: مسائل مربوط به در نظر گرفتن تفاوت‌های اجتماعی بیماران و مراجعه‌کنندگان و مورد احترام و مقبول قرار دادن این تفاوت‌ها در حیطه حمایت‌های اجتماعی قرار می‌گیرد و اینکه پزشک بتواند عدالت را در این شرایط مختلف مدنظر قرار دهد و با توجه به شرایط بیماران و میزان پذیرش آن‌ها مشارکت را افزایش دهد به معنای مورد حمایت قرار دادن بیمار از نظر اجتماعی و فرهنگی می‌باشد.

ساده‌ترین پاسخ این است که پزشکان و مسئولین بیمارستان از پشت میز خود به آنطرف میز بروند و در جایگاه بیمار قرار گیرند و هر آنچه که خود انتظار دارند را یادداشت و سپس اجرا کنند (PE1).

احترام به بیماران بدون در نظر گرفتن موقعیت اجتماعی و اقتصادی اهمیت زیادی دارد (PE2).

الف) پیاده‌سازی منشور حقوق بیمار: منشور حقوق بیمار در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۸۱ توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ شد. منشور حقوق بیمار در ایران با نگاهی نو و جامع و با هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و رعایت موازین اخلاقی در عرصه‌ی درمان تدوین گردید (۲۹).

همچنین آشنایی بیمار با منشور حقوق بیمار نیز از دیگر موارد است. بعضاً بیماران نسبت به حقوق خود در مراجعه به مراکز درمانی آشنایی لازم را ندارند. آگاهی بیشتر بیمار به حقوق خود باعث افزایش کیفیت مراقبت شده و حتی می‌تواند هزینه‌های بیمار را نیز کاهش دهد و از صدمات روحی و جسمی نیز در حد زیادی می‌کاهد (PE1).

ب) صبر و شکیبایی: مشاغلی همچون مراقبت و درمان با توجه به مشقت‌های روحی و روانی زیادی که در طول خدمت دارد، نیاز به صبر و استقامت و پایداری و حفظ اصول انسانی و وجدان حرفه‌ای دارد. لذا پزشکان و پرستاران علاوه بر مهارت حرفه‌ای باید مهارت صبوری و گذشت در برابر بیمار دردمند را در پیش گیرند.

پزشک باید با صبر و آرامش و با یاد خداوند و طلب یاری از خداوند درمان را انجام دهد (PE1).

ارتباط کادر درمان با بیمار و همراهان بیمار و صبوری در راهنمایی افرادی که ناآگاه هستند شدیداً توصیه می‌شود (PE2).

ج) احترام متقابل: احترام متقابل شامل حقوق انسانی دو طرف است؛ یعنی در یک ارتباط دو طرفه امنیت جانی، فیزیکی و روانی هر دو طرف باید حفظ شود. احترام متقابل پزشک و پرستار یعنی برقراری ارتباط محترمانه با بیمار همراه با انتقال اطلاعات مربوط با بیماری و برنامه درمانی و در مقابل احترام بیمار به پزشک و کادر درمان.

امکانات در دسترس در کشور می‌باشد. یکی از مشکلاتی که در حال حاضر پزشکان با آن روبرو هستند عدم تهیه به موقع و کافی لوازم و تجهیزات و همچنین داروهای مورد نیاز برای انجام اقدامات درمانی است. با این کمبودها ارائه بهترین خدمات درمانی برای بیماران امکان‌پذیر نبوده و طبیعتاً انتظارات بیماران برآورده نخواهد شد (PE2).

ج) تأمین نیروی انسانی متخصص: در مراکز چون مراکز درمانی، وجود نیروی انسانی متخصص از الزامات اولویت‌دار محسوب می‌شود و کمبود نیروی انسانی می‌تواند سازمان را دچار مشکلات جدی در زمینه ارائه خدمت نماید.

با توجه به رسالت بیمارستان و حکمت بنیان بودن این مرکز تمهیدات زیادی لازم است. باید مجموعه هر روز گسترش یابد. بهترین مورد ارتقاء سطح کیفیت درمانی با اخذ نیروی بیشتر و افزایش سطح خدمات است (PE1).

نسبت تعداد کارکنان به بیماران بر اساس استاندارد باشد تا روند ارائه درمان تحت تأثیر کمبود نیروی انسانی قرار نگیرد (PE2).

مهارت‌های ارتباطی

مهارت‌های ارتباطی مراقبان و ارائه‌دهندگان خدمت دارای چنان اهمیتی در سازمان‌های مراقبتی است که گذراندن دوره‌های آموزشی متعدد در زمینه مهارت‌های ارتباطی از الزامات ارزشیابی سالانه کارکنان است و در خیلی از موارد از الزامات کارکنان جدیدالورود برای شروع به کار است. مهارت‌های ارتباطی یعنی مجموعه‌ای از توانایی‌هایی که فرد برای برقراری ارتباط با آن نیاز دارد. منظور از ارتباط، بیان کردن یا مبادله ایده‌ها و دانسته‌هاست. این مفاهیم با اصل «ارتباط حکیمانه» در بیمارستان حکمت بنیان هم‌راستا هستند. در حکمت بنیان، ارتباط صرفاً انتقال اطلاعات نیست، بلکه فرآیندی اخلاقی و معنوی است که بر پایه صبر، آرامش و همدلی شکل می‌گیرد.

الف) بیمه‌ها: در این راستا مرکز مسیح دانشوری با عقد قراردادهای مختلف بیمه‌ای، سعی بر تسهیل پرداخت صورتحساب بیماران نموده است.

محل بستری بیماران و امکاناتی که در اختیار او قرار داده می‌شود باید کرامت او را حفظ کند و وابسته به حمایت‌های بیمه و طبقه اجتماعی و توان مالی نباشد (PE1).

ب) فعال‌سازی جذب خیرین: با وجود چالش‌های مالی و هزینه بر بودن درمان بخصوص در بیماران مزمن، تقویت جذب خیرین دارای اهمیت است. در این راستا بسیاری از کمک‌های خیرین از میان بیماران متمول همین مرکز هستند. استفاده از پتانسیل‌های خیرین و منابع جایگزین برای مواردی که بیمار از نظر مالی در مضیقه می‌باشد ضروری است (PE1).

ج) شناسایی بیماران آسیب‌پذیر: یکی از فرایندهای مهم پذیرش و مراقبت، شناسایی بیماران آسیب‌پذیر و بررسی آن‌ها توسط مددکاری مرکز جهت کاهش نیازهای آن‌هاست.

تشکیل صندوق‌های وام جهت خرید داروهای شیمی‌درمانی برای بیماران از تدابیر لازم جهت برآورده نمودن بهتر انتظارات بیماران است (PE1).

در صورتیکه بیمار نتواند از نظر مالی و مخارج درمانی خود را تأمین کند، بیمارستان باید اقدام به کمک به وی با حفظ شئون وی کند (PE2).

دانش، آموزش و آگاهی

اصلی‌ترین سرمایه مراکز درمانی تخصص و دانش منحصر به فرد پزشکی و پیراپزشکی نیروی انسانی آن است. این پتانسیل نقطه قوت مرکز مسیح دانشوری است که قطب علمی ریه خاورمیانه نیز محسوب می‌شود. از طرفی آموزشی بودن مرکز مسیح دانشوری بر نقاط قوت آن در جهت نشر علم و دانش در سطح کشور و حتی منطقه می‌افزاید.

ارائه اطلاعات، احترام به بیمار و زمان‌گذراندن برای هر بیمار از اصولی است که متأسفانه در جامعه پزشکی تا حدودی فراموش شده است (PE1).

اختصاص ساعت و مکان خاص جهت پاسخگویی پزشک مربوطه به همراهان بیمار (PE2).

د) درک تجارب هیجانی بیمار: مطالعات روان‌پزشکی در حوزه نورویبولوژی نشان می‌دهد که با تجربه کامل اضطراب و هیجانات، یادگیری و رشد اعصاب افزایش بسیار زیادی پیدا می‌کند (۳۰). لذا درک تجارب هیجانی بیماران می‌تواند در بهبود سلامتی جسمی آن‌ها مؤثر باشد.

داشتن مشاور و روان‌پزشک دائم در بخش آنکولوژی الزامی است (PE1).

در راستای کم کردن حواشی و اضطراب‌های غیر مرتبط به بیماری از جمله وضعیت فیزیکی بخش بستری جهت بیمار و همراه باید وضعیت هتلینگ برای رفاه بیماران بهبود یابد (PE2).

چالش‌های مالی، معیشتی بیماران

با توجه به ماهیت تخصصی بیمارستان مسیح دانشوری در بیماری‌های ریه و سل و همچنین وجود نامدارترین پزشکان متخصص دانشگاهی در این مرکز، روز به روز بر ورود بیماران مختلف با شرایط اقتصادی و فرهنگی و معیشتی افزوده می‌شود و این بیمارستان پذیرای بیماران متعددی از اقصی نقاط ایران و حتی کشورهای همسایه می‌باشد. این موضوع منجر به ورود افراد متنوعی از نظر توان اقتصادی می‌شود. در بیمارستان حکمت‌بنیان، عدالت اجتماعی و دسترس‌پذیری به‌عنوان اصل حکمت مطرح است. لذا این طبقه نشان می‌دهد که حکمت‌بنیان صرفاً به دانش پزشکی محدود نیست، بلکه به توجه به شرایط زندگی بیماران و توزیع عادلانه منابع نیز وابسته است

کارهای روزانه انجام شده هر روز به یکی از همراهان پیامک و یا از طریق شبکه‌های اجتماعی ارسال شود (PE1).
به ارتباط بین بیمار و پزشک معالج با تشکیل تیم مهماندار از پرسنل بیمارستان توجه شود. این تیم می‌تواند کمک کند تا هم پزشکان به مشکلات بیماران آشنا شوند و هم بیماران بدانند که سؤالات و درخواست‌های آن‌ها به پزشکان معالج بدون اتلاف وقت زیاد می‌رسد (PE2).

در بررسی نهایی و ادغام موارد مشابه و تلفیق طبقات در مصاحبه بیماران نیز ۵ طبقه اصلی و ۱۵ زیر طبقه استخراج شد. عوامل ملموس، عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی، تاب‌آوری روحی و روانی در بیماران و قابلیت اطمینان خدمات طبقات اصلی این مصاحبه‌ها بودند.

عوامل ملموس

یکی از روش‌های جلب هرچه بیشتر مشتریان به سوی اماکن، متمایز کردن محصول و خدمت است. در مورد خدمت آنچه به متمایز کردن آن کمک می‌کند، افزودن ویژگی‌های ملموس مثل ظاهر تسهیلات و تجهیزات فیزیکی، کارکنان و ابزار ارتباطی موجود در محل است (۳۲).

الف) امکانات و تجهیزات: یکی از مشخص‌ترین عوامل ملموس امکانات و تجهیزات است. امکانات و تجهیزات در حد مطلوب و در دسترس همگان می‌تواند در رضایتمندی بیماران نقش عمده ایفا کند.

از نظر کیفیت توجه بیشتری به تهیه وسایل و لوازم و تجهیزات مورد نیاز بیمار شود. کیفیت غذایی بیمارستان هم مهم است و باید در نظر گرفته شود با این مواد غذایی می‌شود غذای بهتری ارائه شود (PS1).

ما چون از مناطق محروم‌تر آمده‌ایم کیفیت خدماتی که در آنجا به ما داده شده را با اینجا مقایسه می‌کنیم بسیار متفاوت است. اینجا از نظر امکانات خیلی بهتر است داروی بیمارستانی

پیاده‌سازی درس آموخته‌ها: دانش زمانی ارزشمند می‌شود که در جهت نیل به هدف پیاده‌سازی شود و بتوان از آن به‌عنوان نقشه راه استفاده کرد.

پزشک باید بتواند از تخصص و توانایی خود در جهت بهبود حال بیماران گام بردارد. پزشک با کلام خود و علم خود بیمار را با اطمینان خاطر درمان کند (PE1).

بررسی سیستماتیک case‌های مشکل و نیازمند به مشاوره‌های متعدد (مانند برنامه مورتالیتی) برای همه بخش‌ها انجام شود (PE2).

ممیزی بالینی: ممیزی بالینی فرآیندی جهت ارتقای کیفیت خدمات بالینی است که به مرور زمان به چگونگی مراقبت از بیماران در مقایسه با استانداردهای صریح و روشن می‌پردازد و تغییرات لازم جهت بهبود ساختار، فرآیند و پیامدهای مراقبت از بیماران را شناسایی و اعمال می‌کند و همچنین برای اطمینان از اعمال صحیح تغییرات بهبود کیفیت خدمات نظام سلامت به پیش و بازبینی دوباره فرآیندها می‌پردازد (۳۱).

جهت برآورده نمودن بهتر انتظارات بیماران، ارائه خدمات به بیماران در کوتاه‌ترین زمان ممکن، هماهنگی‌های دقیق‌تر بین بخش‌های مختلف داخل بیمارستان، ارائه خدمات و هماهنگی به موقع در واحدهای خارج بیمارستانی جهت انجام آزمایش، تصویربرداری و مشاوره‌ها حائز اهمیت است (PE1).
داشتن اینترنت سریع‌تر برای ارائه خدمات سریع‌تر لازم است (PE2).

ارتقای سواد سلامت بیماران: توضیح در مورد بیماری، برنامه درمان، مراقبت از خود و آموزش‌های حین ترخیص به بیماران توسط پزشک و پرستار بر ارتقای سواد سلامت بیماران می‌افزاید، این امر در جهت کاهش مراجعه بیماران به مراکز درمانی و عدم پذیرش مجدد تأثیر بسزایی دارد.

الف) مشکلات مالی، معیشتی: چالش‌های درآمدزایی در کشورهای در حال توسعه با توجه به عدم ثبات مالی وجود دارد و این چالش‌ها در بحث درمان و سلامت بیشتر نمایان می‌شود، چراکه اولین هدف هر انسانی سالم بودن است و هنگامی که برای تأمین سلامت جسم و روح دچار کمبود نقدینگی شود دچار نگرانی و استرس می‌شود.

مشکلات من مسئله اقتصادی است. در حالیکه اینجا خدا را شکر هم مددکاری هست هم خیرین که کمک می‌کنند به ما که توان مالی برای تهیه دارو نداشتیم کمک زیادی شده است (PS1).

ب) بیمه‌ها: بیمارستان باید بتواند برای کاهش فشار هزینه‌ها، تحت پوشش کامل هزینه‌ها قرار بگیرد.

از بیمارستانی که در آن به دنبال درمان هستم انتظار دارم پوشش بیمه‌ای کامل داشته باشد تا بتوانم بدون دغدغه و فکر به هزینه‌ها درمان روند درمان خودم را تکمیل کنم (PS1).

ج) هزینه‌های درمان: هزینه‌های درمان با توجه به نرخ ارز و فناوری‌های نوین روز به روز افزایش می‌یابد؛ اما توان افراد در پرداخت شاید به آن نسبت افزایش نیابد؛ بنابراین از دغدغه‌های بسیاری از مراجعین نگرانی در مورد هزینه‌های درمان است و با توجه به مسئله سلامت انسان، هیچ فردی نمی‌تواند از این مهم چشم‌پوشد.

به نظر من بیمارستان باید توان این را داشته باشد که به نیازهای مالی بیمارستان توجه بیشتر نماید (PS1).

عوامل فرهنگی

عوامل فرهنگی از موضوعاتی است که مورد توجه مراجعین و کارکنان درمانی است. چراکه یکی از چالش‌های ارتباطی میان بیمارستان و کارکنان درمانی تفاوت‌های فرهنگی، زبانی و اعتقادی است.

در آنجا به ما نمی‌دادند ولی در اینجا تمام انتظارات من برآورده شده است (PS2).

استفاده از دستگاه‌های مجهز پزشکی و تشخیصی و آزمایشگاهی، انتظار ما از کیفیت ارائه خدمات در بیمارستان را برآورده می‌نماید (PS3).

ب) منابع انسانی: امروزه نگاه به انسان به عنوان عامل اصلی رشد و توسعه سازمان‌ها عمق بیشتری پیدا می‌کند. عقیده پیترو دراکر با این عنوان که "هیچ سازمانی نمی‌تواند بیش‌تر از توان کارکنانش کار کند" در حال تبدیل شدن به یک باور عمیق در میان مدیران است (۳۳).

سعی شود که در انجام خدمات از پرسنل همگن استفاده شود. حتی نظافتچی و خدمات در بخش‌ها و سعی کنند که قبل از ورود به اتاق بیمار حتما در بزنند (PS1).

ویزیت‌های منظم انجام بشود و پزشکان از شرایط لحظه‌ای بیمارستان باخبر بشوند. بخصوص در مورد بیمارستان بستری شده در بخش‌های آی سی یو و سی سی یو (PS2).

ج) عوامل محیطی: تمیز بودن محیط، راحتی، دسترسی و آمادگی در موارد اضطراری به عنوان مهم‌ترین عناصر کیفیت خدمات شناسایی می‌شوند (۳۴).

فضای فیزیکی از جمله بخش‌های بستری و تخت‌های بیمارستانی کیفیت مناسب و قابل قبولی داشته باشند (PS1).

استفاده از سامانه‌های آنلاین برای سیستم‌های نوبت‌دهی بیمارستان فعال‌تر باشد (PS2).

عوامل اقتصادی

مهم‌ترین مسئله بهداشت و درمان در تمام دنیا، هزینه‌های تحمیل شده در درمان است. در اغلب کشورها این هزینه‌ها از طریق سیاست‌های پیشگیری تعدیل می‌شود و همین‌طور بخش عمده درآمد‌های مالیاتی به هزینه‌های درمان اختصاص می‌یابد.

در بیمارستان اولین چیزی که باید رعایت شود حریم خصوصی بیمار است و جایی که بیمار قرار است ویزیت یا معاینه شود از لحاظ حریم خصوصی امن باشد (PS2).

تاب‌آوری روحی روانی در بیماران

تاب‌آوری تلاش افراد برای مقابله با مشکلات و سختی‌های زندگی و میزان ظرفیت هر شخص جهت تقویت توان خود در قبال این تلاش است. تاب‌آوری، مشکلات و سختی‌ها را از میان بر نمی‌دارد بلکه به افراد قدرت و توان مقابله با این مشکلات و سختی‌ها را می‌دهد. حال که بیماران با ضعف جسمی و بیماری درگیرند باید دید بر اساس توان هر فرد چه میزان می‌توانند بر این مشکلات فائق آیند. درک این موضوع می‌تواند تعیین‌کننده رفتار ما با بیمار باشد.

ب) درک احساسات: درک احساسات بیمار در شرایط خاص بیماری پراهمیت است. لذا چیزی که بیماران از مراقبان خود انتظار دارند درک احساسات و هیجانات آنهاست.

بیمارستان همانگونه که از اسم آن پیداست بیمار به آنجا مراجعه می‌کند و آدم سالم و سر حال نمی‌باشد، بالاخره باید با آن خوب رفتار شود و خدمت خوبی به آن ارائه شود و خدمت‌رسانی خوبی داشته باشند و در کمترین زمان ممکن به مشکل آنها رسیدگی شود (PS1).

گوش کردن به حرف بیمار آن هم در حد توان و فهمیدن (PS2).

ج) همدلی: همدلی حالتی از همنوایی عاطفی یا معرفتی با شخص دیگر بخصوص از طریق فهم احوال درونی اوست.

ما به عنوان همراه بیمار تنها رسیدگی دلسوزانه پرسنل بیمارستان را خواهیم (PS1).

فکر کنن اون کسی که مورد درمان قرار می‌گیره عضو خانواده شونه و با همراه مانند یک موجود اضافه رفتار نکنند (PS2).

الف) مسائل اخلاقی: با مشاهده مصاحبه‌ها مشاهده شد که توجه بسیاری از بیماران به اخلاق‌مداری کارکنان کادر درمان است و اخلاق را جزو لاینفک یک بیمارستان حکمت بنیان می‌دانند.

همه ابعاد مدنظر است ولی بعد اخلاقی بسیار مهم است؛ یعنی اینکه ما بتوانیم در اینجا به عنوان یک دوست صحبت‌هایمان را با هم بگوئیم (PS1).

انتظار داریم در یک بیمارستان ایرانی اسلامی برخورد دلسوزانه توام با صبر و آرامش با بیماران و همراهان بیمار اتفاق بیافتد (PS2).

ب) اعتقادات

اسلام و ادیان آسمانی همواره راهنمای اخلاق و کردار انسانی و مشوق دوری جستن از خوی حیوانی است. از این رو وجود اعتقادات قلبی در افراد باعث بروز حس انسان‌دوستی است.

در این مرکز چیزی بعنوان اذان پخش نمی‌شود و پرسنل تحت هیچ شرایطی اون شخصیتی که یک مسلمان دارد رعایت نمی‌شود (PS1).

ج) کرامت انسانی

کرامت انسانی به معنی بزرگواری و ارزش و حرمت داشتن همه انسان‌ها است. کرامت انسانی آن نوع حرمت و ارزشی است که کلیه افراد به لحاظ استقلال ذاتی و توانایی اخلاقی که دارند به صورت یکسان از آن برخوردارند (۳۵).

بیمارستان باید طوری باشد که احترام به بیمار را رعایت کند (چه پزشک چه پرستار) و دورو و بر بیمار باشند و احتیاجات بیمار را رفع نمایند و گذشته از مریضی‌اش، ارتباط خوب با بیمار برقرار کنند و با بیمار همدلی و همدردی داشته باشند (PS1).

قابلیت اطمینان خدمات

یکی از معیارهای بیمارستان حکمت بنیان، اعتماد مردم به خدمات‌رسانی در بیمارستان است؛ یعنی اعتماد بین بیمار و کادر درمان شکل گرفته است و این در ارائه خدمات می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد و دارای اثر مثبت و تقویت‌کننده باشد. الف) خدمت‌رسانی صحیح: خدمت‌رسانی صحیح باعث ایجاد اعتماد می‌شود، لذا ضعف در آن بی‌اعتمادی را تقویت می‌کند و باعث اخلال در روند درمان می‌شود.

از لحاظ کیفیت هر چه بیشتر بهتر. اینجا هیچ کم‌لطفی ندیدیم و ارائه خدمات بیمارستان خیلی خوب است و مثلاً از نظافت بخش تا توضیحات کامل پزشک عالی است (PS2).

ب) پاسخگویی: ارائه اطلاعات مکفی از بیماری و روند درمان می‌تواند در کاهش استرس و اضطراب بیمار بکاهد و باعث افزایش اعتماد بیمار به مراقبان سلامت شود.

مسئولی باشد که جوابگو باشد جهت تهیه دارو جهت مشکلات تأسیساتی و خرابی‌ها (PS1).

بهترین این است که من را از موضوع بیماریم آگاه کنند و توضیح دهند که مشکل این هست اگر این اقدام را انجام دهیم رو به بهبودی خواهی رفت. در کل همان توضیح روند درمان است و مثلاً من اینجا ۴ دوره درمان داشته‌ام و حالم خیلی بهتر شده است (PS2).

بحث

با نگاهی بر طبقات بدست آمده از مصاحبه‌ها مشاهده می‌شود که هر دو گروه توجهات مشابهی داشتند و طبقات اصلی تشابهات مفهومی زیادی از منظر پزشکان و بیماران دارد. همچنین با عمیق شدن در جملات هر دو گروه مصاحبه‌شونده تناسب دغدغه‌ها و نیازها به وضوح درک می‌شود.

درک متقابل احساسات و عقاید آمیخته با صبر و آرامش، برخورد همراه با احترام توسط طرفین و تبادل اطلاعات و دانش از انتظارات هر دو طرف پزشک و بیمار از یکدیگر محسوب می‌شود. همچنین درک وضعیت معیشتی و نیاز به امکانات و تجهیزات در دسترس نیز از انتظاراتی است که هر دو طرف از مسئولان ذیربط دارند.

در مطالعه‌ای در آفریقای جنوبی آمده است که از منظر توصیفی-تجربی واضح است که معنویت و کار معنوی، جامعه مبتنی بر ایمان و سازمان‌های مبتنی بر ایمان می‌توانند سهم ارزشمندی در مراقبت‌های بهداشتی مردم محور در آفریقای جنوبی داشته باشند. گرچه محیط مدرن مراقبت‌های بهداشتی انسان را مجاب می‌کند در چارچوبی کاملاً تعریف شده کار کند و از طرفی باید چارچوبی ایجاد کند که از نظر الهیات زمینه‌ای مرتبط با پزشکی غربی و جهان‌بینی فرهنگ و شیوه‌های آفریقایی ایجاد کند. رویکرد عملگرایانه باید از نظر تجربی و روش‌شناختی صحیح و سازگار و مبتنی بر شواهد باشد که کلید آن بسیج خلاق، استفاده و مدیریت منابع فیزیکی و انسانی موجود و بالقوه می‌باشد (۳۶).

در مطالعه‌ای دیگر تقویت تعهد از الزامات اعتباربخشی عنوان شده و گفته شده است که در مراکز بهداشتی درمانی پس از ارزیابی اعتباربخشی نیاز به تقویت تعهد، استانداردسازی امکانات و زیرساخت‌ها برای حمایت از خدمات بالینی، تجزیه و تحلیل کفایت منابع انسانی هم از نظر کمی و هم از نظر کیفی، ضروری است. لذا همسو با نتایج بدست آمده از مصاحبه‌های این مطالعه، اشتراک نیازهای ذینفعان و الزامات استانداردهای اعتباربخشی از یک بیمارستان حکمت بنیان با رویکرد اعتباربخشی مشهود است (۱۷).

در مطالعه دیگر مرور نظام‌مند در بازه زمانی ۲۰۰۰-۲۰۲۱ نشان می‌دهد حکمت در بیمارستان‌ها به ابعاد انسانی و

رفتار مبتنی بر ایمان به خدا → نشان‌دهنده‌ی پیوند مستقیم مراقبت بالینی با باورهای معنوی و دینی است.

درک متقابل احساسات و عقاید → سلامت معنوی را از سطح فردی به سطح جمعی ارتقا می‌دهد، زیرا هم پزشک و هم بیمار در یک فضای مشترک معنوی قرار می‌گیرند.

نتیجه‌گیری

اگر دو حوزه اعتباربخشی و بیمارستان حکمت بنیان را در کنار هم قرار دهیم، می‌توان گفت اعتباربخشی بیشتر بر ساختارها و فرآیندها تمرکز دارد و سلامت معنوی یا درمان در بیمارستان حکمت بنیان بیشتر بر معنا و ارزش‌ها تمرکز دارد. زمانی که بیمارستانی استانداردسازی زیرساخت‌ها (اعتباربخشی) را همراه با احترام و درک متقابل همراه انجام دهد، به ارتقای سلامت معنوی بیماران و کارکنان نیز منجر می‌شود. تعهد حرفه‌ای که در اعتباربخشی الزام است، اگر با ایمان و صداقت همراه شود، به سلامت معنوی تبدیل می‌گردد. در مجموع آنچه که مشهود است مهارت ارتباطی به همان میزان انتقال و ارائه دانش و علم تأثیرگذار است.

پیشنهاد می‌شود راهکارهای پیش رو در جهت ادغام دو مفهوم اعتباربخشی و بیمارستان حکمت بنیان در سطح سازمانی انجام شود. طراحی چک‌لیست‌هایی که احترام، صداقت و همدلی را به عنوان معیارهای ارزیابی وارد کنند. استانداردسازی زیرساخت‌ها با رویکرد عدالت اجتماعی همچون توجه به نیازهای معیشتی بیماران و فراهم‌سازی امکانات پایه‌ای برای همه و ایجاد واحد سلامت معنوی متشکل از تیمی از روان‌شناسان، مشاوران معنوی و مددکاران اجتماعی برای حمایت از بیماران و کارکنان.

همچنین در سطح کارکنان و آموزش ایجاد برنامه‌های آموزشی مهارت ارتباطی مانند آموزش کارآموزان و

اجتماعی مانند خلاقیت، احساسات و معنویت گره می‌خورد؛ بیماری به‌عنوان رخدادی برای ارتقای روح بیمار و کارکنان تلقی می‌شود و سبک مدیریت ایجادکننده امنیت و آرامش، رضایت و اشتیاق کارکنان را افزایش می‌دهد (۳۷).

اعتباربخشی در نظام سلامت بر سه محور اصلی استوار است: استانداردهای زیرساخت‌ها، ارتقای کیفیت خدمات و تقویت تعهد حرفه‌ای. طبقات استخراج‌شده در مطالعه ما با این محورها هم‌پوشانی دارند:

احترام متقابل و ارتباط مؤثر → در اعتباربخشی به‌عنوان شاخص رضایت بیماران و تعامل تیم درمان مطرح است.

درک وضعیت معیشتی و نیاز به امکانات → به‌طور مستقیم با استانداردسازی زیرساخت‌ها و عدالت در دسترسی پیوند دارد.

تعهد و صداقت در مراقبت → هسته‌ی اصلی اعتباربخشی است، زیرا بدون تعهد حرفه‌ای، استانداردها صرفاً روی کاغذ باقی می‌مانند.

تبادل دانش و اطلاعات → در اعتباربخشی به‌عنوان مدیریت دانش و آموزش مستمر کارکنان شناخته می‌شود.

به بیان دیگر، طبقات شناسایی‌شده نه تنها بازتاب دغدغه‌های بیماران و پزشکان هستند، بلکه همان شاخص‌هایی‌اند که در ارزیابی اعتباربخشی به‌عنوان معیارهای کلیدی سنجیده می‌شوند.

سلامت معنوی در مراقبت‌های بالینی به معنای ایجاد آرامش و امید در فرآیند درمان است. طبقات شناسایی‌شده در این زمینه نیز به صورت زیر قابل تفسیر است:

مراقبت صادقانه و دلسوزانه → ارزش‌های معنوی چون صداقت، شفقت و همدلی را تقویت می‌کند.

تعهد درونی به انجام کار درست → ریشه در باورهای اخلاقی و معنوی دارد و به‌عنوان وجدان حرفه‌ای عمل می‌کند.

تمرکز بر دو گروه (پزشکان و بیماران) باعث می‌شود دیدگاه سایر ذی‌نفعان مانند مدیران، پرستاران یا سیاست‌گذاران کمتر منعکس شود. با توجه به اینکه نمونه صرفاً از یک منطقه یا بیمارستان انتخاب شده است، نتایج ممکن است تحت تأثیر شرایط محلی قرار گیرد و قابلیت تعمیم به سایر محیط‌ها کاهش یابد. همچنین با توجه به اینکه تنها دو مطالعه به‌طور مستقیم مقایسه شده‌اند؛ این امر تحلیل شباهت‌ها و تفاوت‌ها را محدود می‌کند.

تشکر و قدردانی

کد اخلاق پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره IR.SBMU.NRITLD.REC.1403.074 اخذ شده است. از سازمان‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی دکتر مسیح دانشوری به دلیل حمایت‌های معنوی به عمل آمده، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

پزشکان در زمینه گوش دادن فعال، همدلی و احترام متقابل، تشکیل کارگاه‌های اخلاق حرفه‌ای با تمرکز بر صداقت، تعهد و وجدان کاری به‌عنوان ارزش‌های بنیادین و تقویت تاب‌آوری معنوی همچون آموزش روش‌های معنوی و روانی برای مقابله با فشارهای کاری و حفظ آرامش در شرایط پرتلاطم.

در سطح سیاست‌گذاری نیز راهکارهایی همچون بازنگری در دستورالعمل‌های اعتباربخشی و افزودن معیارهای سلامت معنوی و ارتباطی، استفاده از ابزارهای سنجش سلامت معنوی و کیفیت ارتباطی و تشویق بیمارستان‌هایی با مدل حکمت‌بنیان و ارائه مشوق‌های مالی و اعتباری به مراکزی که سلامت معنوی و ارتباطی را در کنار استانداردهای فنی رعایت می‌کنند.

در نهایت نتایج مطالعه بیشتر در سطح مفهومی و کیفی قابل استفاده‌اند و برای تعمیم و کاربرد عملی، نیاز به مطالعات تکمیلی با نمونه‌های بزرگ‌تر، روش‌های کمی و مقایسه جامع‌تر با ادبیات بین‌المللی وجود دارد.

References

1. Madani M, QasemZadeh N. The necessity of internalizing moral teachings in medicine. *Iran's ethics and history of medicine*. 2012;5(9):114-5.
2. Salmabadi M, Sadeghbojd MF, Farshad MR, Zolfaghari S. Comparing the spiritual health and quality of life in addicted and non-addicted patients in the city of Birjand, Iran. *International journal of high risk behaviors & addiction*. 2016;5(1).
3. Tacey D. Contemporary spirituality. *The Oxford textbook of spirituality in healthcare*. 2012:473-9.
4. Mirvis PH. "Soul Work" in Organizations. *Leadership Perspectives: Routledge*; 2017. p. 477-90.
5. Brandt E. Corporate pioneers explore spirituality. *HR magazine*. 1996;41:82-7.
6. Leigh P. The new spirit at work. *Training & Development*. 1997;51(3):26-34.
7. Eshtiyagi Raad N. Hakim's Concept and its Impact in Lives by Enjoying Verses and Narrations. *Quarterly Sabzevaran Fadak*. 2019;10(37):229-53.
8. Holmes C. Stakeholder views on the role of spiritual care in Australian hospitals: An exploratory study. *Health Policy*. 2018;122(4):389-95.
9. Hojjati H, Motlagh M, Nuri F, Sharifnia S, Mohammadnejad E, Heydari B. Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health of patients treated with hemodialysis. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2010;2(4):7-8.
10. Idani E, rad FK, Pouladvand M, Hoseini M, Zoghi H, Zarineh S, et al. Identifying the components of Hekmat Bonyan Hospital from the patients' perspective: A qualitative study. *Nafas Journal*. 2024;10(4).
11. Vashaghani M, Sistani M, Khabiri S, Ysari F, Enayat MSM, Mojibiyani A, et al. Comparing the satisfaction level of clients visiting clinics with a wisdom-based medicine approach with other outpatient clinics: A pilot study. *Nafas Journal*. 2025;12(2).
12. Gomez-Castillo BJ, Hirsch R, Groninger H, Baker K, Cheng MJ, Phillips J, et al. Increasing the number of outpatients receiving spiritual assessment: A pain and palliative care service quality improvement project. *Journal of pain and symptom management*. 2015;50(5):724-9.
13. Khani Jazani J. Philosophy of medical ethics. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2007:47-52.
14. Ebrahimi M. The method of analyzing medical propositions in Islamic texts. *Medicine and Spiritual Cultivation* 2006;15(4):39-44.
15. Nazari Tavakkoli S, Montazeri M. justice; A comparative study between the principles of medical ethics and the teachings of Islamic ethics. *Akhlaq-i zisti, Bioethics Journal*. 2016;3(9):11-30.
16. Berrill J, Healy J. Hospital licensure, certification and accreditation. *Patient Safety First: Routledge*; 2020. p. 273-98.
17. Wijyantiningrum T, Wijayanti Y, Raharjo BB. Analysis of the individual health efforts quality after accreditation assessment at public health centers of Semarang City in 2019. *Public Health Perspective Journal*. 2020;5(1).
18. Bouzguenda K, Maazoun F. Assessing relationships between knowledge management, total quality, and ICT according to an improvement logic. *International Journal of Knowledge Management and Practices*. 2020;8(1):1.
19. Rahmati S, Seyfi R. The Relationship between Nurses' Perception of Organizational Justice and Organizational Commitment with Their Performance on Decuple Tests of Accreditation of Shahid Rahimi Hospital in Khorramabad in 2020. *Fašnāmah -i akhlāq -i pizishkī ie, Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2021;15(46):e 15.
20. Olkkonen M-E, Lipponen J. Relationships between organizational justice, identification with organization and work unit, and group-related outcomes. *Organizational behavior and human decision processes*. 2006;100(2):202-15.
21. Amin Tabish S. Towards development of professional management in Indian hospitals. *Journal of Management in Medicine*. 1998;12(2):109-19.

22. Enjoo SA, Amini M, Tabei SZ, Mahbudi A, Kavosi Z, Saber M. The main indicators for Iranian hospital ethical accreditation. *Journal of advances in medical education & professionalism*. 2015;3(3):117.
23. Ramezanzade Tabriz E, Orooji A, Bikverdi M. Investigation clinical competence and its relationship with professional ethics and spiritual health in nurses. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2017;4(1):2-9.
24. Organizations JCoAoH. Comprehensive accreditation manual for hospitals. *The Official Handbook* 1998. 1998.
25. Kim M, Park S-Y. Factors affecting the self-directed learning of students at clinical practice course for advanced practice nurse. *Asian Nursing Research*. 2011;5(1):48-59.
26. Cole FL. Content analysis: process and application. *Clinical nurse specialist*. 1988;2(1):53-7.
27. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
28. Dehghan Nayeri N, Bahramnezhad F. Qualitative research and content analysis: A review of Graneheim and Lundman (2004 & 2020). *Journal of Hayat*. 2025;31(2):112-21.
29. Parsapoor A, Bagheri A, Larijani MBA. Patient's Rights charter. *Ethics and history of Iranian medicine*. 2009;3:39-47.
30. Khayati S, Akrami N, Samani HRO, Amra B. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation and Health Anxiety in Asthma Patients *Journal of Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2024;13(1):95-110.
31. M I, F S, P E, B C, Sh F. The Effect of Clinical Audit Process on the Implementation of Postpartum Intravenous Thromboembolism Prevention Guideline. *Community Health journal*. 2023;16 (4):38-48.
32. Memari Z, Akbari A, Abadi MAJ. Explaining the dimensions and modeling the relationships between tangible factors of service quality and customers' behavioral intentions. *Sports Management*. 2018;10(2):337-13.
33. Vlcek R, Trunecek J, Nový I, Drucker PF. Peter F. Drucker on management. *Journal for East European Management Studies*. 1997;2(1):79-96.
34. Kim D, Kim SY. QUESC: An instrument for assessing the service quality of sport centers in Korea. *Journal of sport management*. 1995;9(2):208-20.
35. Habibzadeh MJ, rahiminezhad E. Human Dignity in the Constitution of the Islamic Republic of Iran. *Humanities teacher quarterly magazine*. 2007;11(4):82-51.
36. De la Porte A. Spirituality and healthcare: Towards holistic peoplecentred healthcare in South Africa. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*. 2016;72(4):1-9.
37. Far SST, Parvizi MM. Investigating the Roles of Wise Management in Hospitals. *Sadra Medical Sciences Journal*. 2023;11(4):476-87.