



International Network of
Health Promoting Hospitals
& Health Services

ابزار خودارزیابی اجرای استانداردهای ۲۰۲۰ بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی ارتقادهنده سلامت

گروه ترجمه:

دکتر اکبر نیک پژوه

مرکز قلب شهید رجائی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

مهدی اسدی پور

گروه مدیریت و سیاست گذاری سلامت، دانشکده بهداشت
و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

دکتر لیدا شمس

گروه مدیریت و سیاست گذاری سلامت، دانشکده بهداشت و
ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

دکتر حامد دهنوی

گروه مدیریت و سیاست گذاری سلامت، دانشکده بهداشت و
ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران



شبکه بین‌المللی بیمارستان‌ها و مراکز خدمات بهداشتی ارتقادهنده سلامت

دبیرخانه بین‌المللی بیمارستان ارتقادهنده سلامت در دفتر OptiMedis AG مستقر است:

Burchardstrasse 17

20095 Hamburg

Germany

Phone: +49 40 22621149-0

Fax: +49 40 22621149-14

Email: info@hphnet.org

© شبکه بین‌المللی بیمارستان‌ها و مراکز خدمات بهداشتی ارتقادهنده

سلامت ۲۰۲۱

شبکه بین‌المللی بیمارستان‌ها و مراکز خدمات سلامت ارتقادهنده سلامت
از درخواست مجوز برای ترجمه یا بازنشر تمام یا بخشی از این سند استقبال
می‌کند. لطفاً برای دریافت مجوز رسمی با دبیرخانه بین‌المللی بیمارستان
ارتقادهنده سلامت تماس بگیرید.

استناد توصیه شده:

International Network of Health Promoting Hospitals and Health
Services. Self-Assessment Tool for implementing the 2020 Standards for
Health Promoting Hospitals and Health Services, Version 1.1. Hamburg,
Germany: International HPH Network; November 2021.

مقدمه مترجمین

نظام سلامت در ایران در سال‌های اخیر با چالش‌های متعددی مواجه بوده است، از افزایش بار بیماری‌های مزمن گرفته تا لزوم ارتقاء کیفیت خدمات و افزایش مشارکت بیماران. در این میان، رویکرد «بیمارستان‌های ارتقادهنده سلامت» (HPH) به‌عنوان الگویی نوین در مدیریت سلامت، می‌تواند راهی برای پاسخگویی به نیازهای در حال تحول جامعه باشد. ترجمه و بومی‌سازی استانداردهای بین‌المللی این رویکرد، گامی ضروری برای توانمندسازی مدیران، کارکنان و سیاست‌گذاران ایرانی در راستای توسعه بیمارستان‌هایی است که تنها به درمان بیماری نمی‌پردازند، بلکه ارتقاء سلامت را به‌عنوان رسالت اصلی خود دنبال می‌کنند.

کتاب حاضر، مجموعه‌ای از استانداردها و شاخص‌های معتبر بین‌المللی است که توسط شبکه جهانی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت تدوین شده و آخرین نسخه آن در سال ۲۰۲۰ منتشر گردیده است. این ترجمه با هدف انتقال دقیق مفاهیم، توجه به زمینه‌های فرهنگی-سازمانی ایران و تسهیل استفاده از این استانداردها در ارزیابی و بهبود عملکرد بیمارستان‌ها صورت گرفته است. در ترجمه این اثر تلاش شده است تا ضمن وفاداری به متن اصلی، از اصطلاحات رایج در نظام سلامت ایران بهره گرفته شود تا خوانندگان بتوانند ارتباط عملی بهتری با محتوای آن برقرار کنند.

امید است این ترجمه بتواند به‌عنوان منبعی کاربردی برای مدیران بیمارستانی، متخصصان ارتقاء سلامت، دانشجویان و پژوهشگران حوزه سلامت مورد استفاده قرار گیرد و زمینه‌ساز اجرای موفق‌تر اصول بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان‌های کشور شود. بی‌شک، دستیابی به نظام سلامت کارآمدتر و انسان‌محورتر، نیازمند تلفیق دانش جهانی با بستر بومی است و این کتاب گامی در این مسیر محسوب می‌شود.

با آرزوی توفیق

لیدا شمس و همکاران

قدردانی:

شبکه‌های بیمارستان ارتقادهنده سلامت^۱، هماهنگ‌کنندگان، اعضای هیئت‌مدیره و رهبران کارگروه‌ها از ۱۱ شبکه، مشارکت‌های ارزشمندی در توسعه معیارهای قابل‌اندازه‌گیری ارائه‌شده در این سند داشته‌اند.

مایلیم از متخصصان و شبکه‌های بیمارستان ارتقادهنده سلامت زیر برای به اشتراک گذاشتن تخصص و تجربیاتشان تشکر کنیم:

دکتر Cristina Aguzzoli از شبکه بیمارستان ارتقادهنده سلامت (Friuli Venezia Giulia، ایتالیا)؛ دکتر محمدعلی سیف ربیعی از ایران؛ دکتر Francois Alla از فرانسه؛ شبکه بیمارستان ارتقادهنده سلامت جمهوری چک؛ دکتر Susan Frampton از ایالات متحده آمریکا؛ Dipl. Med Olaf Haberecht و Marit Derenthal؛ Dipl. Med از شبکه بیمارستان ارتقادهنده سلامت آلمان؛ پروفسور Margareta Kristenson و دکتر Ralph Harlid از شبکه بیمارستان ارتقادهنده سلامت سوئد؛ دکتر Ming-Nan Lin از شبکه بیمارستان ارتقادهنده سلامت تایوان؛ خانم Birgit Metzler و پروفسور Jurgen Pelikan از شبکه بیمارستان ارتقادهنده سلامت استرالیا؛ دکتر Ilaria Simonelli از شبکه بیمارستان ارتقادهنده سلامت (Trentino، ایتالیا) و پروفسور Dr. hab. n. med Bożena Walewska-Zielecka از شبکه بیمارستان ارتقادهنده سلامت لهستان؛

همچنین، مایلیم از دکتر Paula Zietzsch و Maria Muenzel، Nina-Sofie Krah، Janika Bloemeke (OptiMedis) برای ارائه مشاوره تخصصی در تدوین و بازنگری معیارهای قابل‌اندازه‌گیری استانداردها قدردانی کنیم.

فرآیند مشاوره برای تعریف معیارهای قابل‌اندازه‌گیری استانداردهای ۲۰۲۰ بیمارستان‌ها و مراکز خدمات سلامت ارتقادهنده سلامت و همچنین تولید این سند توسط دکتر Oliver Groene و Keriin Katsaros از دبیرخانه بین‌المللی بیمارستان ارتقادهنده سلامت رهبری شد.



¹ Health Promoting Hospital

فهرست مطالب

هدف ابزار خودارزیابی.....	۱
تمرکز بر جهت گیری و نتایج سلامت.....	۲
فرایند توسعه ابزار خودارزیابی.....	۳
چگونه می توان از این ابزار خودارزیابی استفاده کرد؟.....	۴
قالب ابزار خودارزیابی.....	۸
۱. اثبات تعهد سازمانی به بیمارستان ارتقادهنده سلامت (HPH).....	۹
۲. تضمین دسترسی به خدمات.....	۱۵
۳. بهبود مراقبت های سلامت با تمرکز بر بیماران و مشارکت آنها.....	۲۰
۴. ایجاد بستر و محیط کاری سالم.....	۳۲
۵. ارتقای سلامت در جامعه.....	۳۷
منابع.....	۴۵

هدف ابزار خودارزیابی

این سند شامل فرم‌های خودارزیابی برای استانداردهای سال ۲۰۲۰ بیمارستان‌ها و مراکز خدمات سلامت ارتقادهنده سلامت است. این فرم‌ها به اجرایی شدن استانداردها کمک کرده و معیارهای قابل اندازه‌گیری را ارائه می‌دهند که می‌توان از آن‌ها برای ارزیابی عملکرد استفاده کرد.

هدف اصلی این سند ارائه ابزاری است که به بیمارستان‌ها و مراکز خدمات سلامت در موارد زیر کمک کند؛

« ارزیابی و اجرای ارتقای سلامت

« توسعه فرایندها برای بهبود مستمر داخلی

« تشویق سازمان‌ها به بازنگری در استراتژی‌های خود، به‌منظور سازگاری بهتر با چالش‌های عمده نظام سلامت و گام برداشتن در جهت ایجاد محیطی که به طور واقعی ارتقادهنده سلامت باشد.

سازمان‌ها، به‌ویژه آنهایی که در شبکه بین‌المللی بیمارستان ارتقادهنده سلامت عضو هستند، قویاً تشویق می‌شوند که از این ابزار خودارزیابی استفاده کنند.

از آنجایی که این استانداردها در حوزه عمومی در نظر گرفته شده‌اند، ما مؤسسه‌های بهبود کیفیت و نهادهای اعتباربخشی را تشویق می‌کنیم که استانداردهای بیمارستان‌ها و مراکز خدمات سلامت ارتقادهنده سلامت را در استانداردهای موجود خود ادغام کنند.



تمرکز بر جهت‌گیری و نتایج سلامت

«بیمارستان‌ها و مراکز خدمات سلامت ارتقادهنده سلامت (HPH) مدل‌های حاکمیتی، ساختارها، فرایندها و فرهنگ خود را به‌منظور بهینه‌سازی دستاوردهای سلامت بیماران، کارکنان و جمعیت‌های تحت پوشش و حمایت از جوامع پایدار جهت‌دهی می‌کنند(۱)».

شبکه بین‌المللی بیمارستان‌ها و مراکز خدمات بهداشتی ارتقادهنده سلامت بر اساس رویکرد محیطی به ارتقای سلامت و به‌عنوان پاسخی به حوزه اقدام «بازآرایی خدمات سلامت» مندرج در منشور اتاوا سازمان جهانی بهداشت (WHO) تأسیس شد(۲). سازمان جهانی بهداشت، با راه‌اندازی یک شبکه بین‌المللی از شبکه‌های ملی و منطقه‌ای که از اجرای این مفهوم حمایت می‌کردند، زمینه‌ساز یک جنبش جهانی شد(۳).

رویکرد کل‌نگر بیمارستان ارتقادهنده سلامت جنبشی را ایجاد کرد که چندین تغییر اساسی در اصلاحات سلامت را به هم پیوند داد؛ از جمله: حقوق بیماران یا مصرف‌کنندگان، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، بهبود کیفیت، مراقبت‌های سلامت پایدار از نظر زیست‌محیطی (بیمارستان سبز) و سازمان‌هایی باسواد سلامت.

استراتژی توسعه‌سازمانی بیمارستان ارتقادهنده سلامت شامل بازآرایی حاکمیت، سیاست‌ها، توانمندی نیروی کار، ساختارها، فرهنگ و روابط، جهت بهبود سلامت بیماران، کارکنان و گروه‌های جمعیتی در جوامع و سایر محیط‌ها بود.

از سال ۲۰۲۱ شبکه بین‌المللی بیمارستان ارتقادهنده سلامت، شامل بیش از ۶۰۰ بیمارستان و مراکز خدمات سلامت از ۳۳ کشور است (شکل ۱).



شکل ۱: موقعیت جغرافیایی اعضای شبکه بین‌المللی بیمارستان ارتقادهنده سلامت

فرایند توسعه ابزار خودارزیابی

دستورالعمل اصلی و فرم‌های خودارزیابی برای اجرای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها که توسط سازمان جهانی بهداشت^۲ (WHO) در سال ۲۰۰۶ توسعه یافت، با پیروی از مراحل پیشنهادی در برنامه آلفا (ALPHA) انجمن بین‌المللی کیفیت در مراقبت‌های سلامت ایسکوا^۳ (ISQua's) ایجاد شد. این فرایند شامل ارزیابی انتقادی از ادبیات و شواهد موجود، تهیه پیش‌نویس و آزمایش استانداردها و اجرای آنها می‌باشد (۴) (۵). به همین ترتیب، این فرایند توسط گروه‌های کاری و نیروهای تخصصی ارتقای سلامت، جهت توسعه استانداردهای حوزه‌های خاص نیز ادامه پیدا کرد.

مجمع‌عمومی بیمارستان ارتقادهنده سلامت درخواست کرد که تمام استانداردها در قالب یک مجموعه استاندارد جامع و یکپارچه گردآوری شوند تا وسعت چشم‌انداز، مفهوم و اعضای بیمارستان ارتقادهنده سلامت را نشان دهند. این کار بر اساس تحلیلی که به سرپرستی دکتر کیارنزا (Chiarenza) انجام شده بود، صورت گرفت. این تحلیل شامل یک نقشه‌برداری جامع بود و توسط گروه‌های کاری و نیروهای متخصص بیمارستان ارتقادهنده سلامت، تفاوت‌ها و اشتراکات حوزه‌های مختلف را در هفت مجموعه استاندارد تدوین شده، شناسایی کرد. بر مبنای این تحلیل، برای مجموعه‌ای از استانداردهای اولیه اصلی، هفت دامنه و زیر دامنه نسبی شناسایی شدند (۶).

در اوایل سال ۲۰۲۰، یک کارگروه به سرپرستی دبیرخانه بین‌المللی بیمارستان ارتقادهنده سلامت تشکیل شد تا بر اساس این تحلیل، یک مطالعه دلفی دومرحله‌ای را برای بهبود آن انجام دهد. این مطالعه دلفی باهدف، ارزیابی استانداردها بر اساس اصول رومبا (RUMBA) انجام شد. رومبا مخفف کلمات: مرتبط^۴، قابل فهم^۵، قابل اندازه‌گیری^۶، رفتاری^۷ و قابل اجرا^۸ است.

در نخستین مرحله از مطالعه دلفی، ارزیابی‌هایی در زمینه میزان قابل فهم بودن، تعاریف، گستره و اهمیت استانداردهای جامع و زیرمجموعه‌های آنها انجام شد. در این مرحله، میزان شفافیت در بیان استانداردها و اولویت‌بندی آنها نیز مورد سنجش قرار گرفت. برای این ارزیابی، یک کارگروه تخصصی متشکل از اعضای هیئت‌مدیره بیمارستان ارتقادهنده سلامت، ناظران دائمی، هماهنگ‌کنندگان ملی و منطقه‌ای، رهبران گروه‌های کاری و متخصصان بیمارستان ارتقادهنده سلامت دعوت شدند تا در این فرایند مشارکت کنند.

در دومین مرحله از مطالعه دلفی، تمامی استانداردها و زیرمجموعه‌های مرتبط با آنها، از نظر وضوح و اولویت‌بندی دوباره ارزیابی شدند. علاوه بر ارزیابی‌های کمی، در هر دو مرحله نظرات کیفی نیز جمع‌آوری شدند تا به ساختاردهی،

^۲ World Health Organization

^۳ The International Society for Quality in Health Care

^۴ Relevant

^۵ Understandable

^۶ Measurable

^۷ Behavioral

^۸ Actionable

هماهنگی و فرموله کردن استانداردها کمک کند. گروه‌های کاری همه نظرات کمی و کیفی کارگروه تخصصی را بازبینی و بازخوردها را یکپارچه کردند.

در نتیجه، استانداردهای ۲۰۲۰ بیمارستان‌ها و مراکز خدمات سلامت ارتقادهنده سلامت توسط مجمع عمومی بیمارستان ارتقادهنده سلامت تصویب شد.

فرایند تعیین معیارهای قابل اندازه‌گیری در این سند، با دعوت از همان پنل تخصصی مرحله قبل شروع شد تا معیارهای قابل اندازه‌گیری را برای هر استاندارد و زیرمجموعه‌های آن پیشنهاد دهند. کارگروهی متشکل از اعضای دبیرخانه بیمارستان ارتقادهنده سلامت و شبکه بیمارستان ارتقادهنده سلامت آلمان، پاسخ‌های دریافت شده از ۱۱ شبکه بیمارستان ارتقادهنده سلامت را بر اساس ویژگی‌های زیر از معیارهای قابل اندازه‌گیری پیشنهادی، منسجم و یکپارچه‌سازی کرد:

« قابل مشاهده بودن و امکان ارزیابی اینکه رعایت شده است یا خیر؛

« اولویت ارزیابی بر اساس مستندات موجود، به جای نیاز به نظرسنجی؛

« منطقی و به طور گسترده قابل اجرا بودن در محیط‌های سازمانی و منطقه‌ای مختلف؛

« تمرکز بر حقایق، مستندات یا منابع دیگری که به سنجش، مشاهده یا اثبات اجرای استاندارد کمک می‌کنند.

این ارزیابی دقیق منجر به تهیه فهرست اولیه‌ای از معیارهای قابل اندازه‌گیری پیشنهادی شد که برای ارزیابی مجدد به پانل تخصصی ارسال شد. در مرحله آخر، کارگروه داخلی بازخوردهای دریافت شده را در فهرست نهایی معیارهای قابل اندازه‌گیری ادغام کرد. این فهرست نهایی که منعکس‌کننده تجربه ارزیابی اجرای استانداردهای بیمارستان‌ها و خدمات ارتقای سلامت است، در این ابزار ارائه شده است.

چگونه می‌توان از این ابزار خودارزیابی استفاده کرد؟

به‌طور کلی می‌توان رویکردهای ارزیابی کیفیت را به دودسته ارزیابی داخلی و خارجی تقسیم کرد:

« ارزیابی داخلی به فرایند ارزیابی مبتنی بر قضاوت شخصی یا خودارزیابی سازمانی مطابق با استانداردهای تعیین شده اشاره دارد.

« ارزیابی خارجی شامل بازرسی توسط کارشناسان خارجی یا اعتباربخشی توسط نهادهای بیرونی می‌شود.

خودارزیابی^۹ فرایندی است که توسط سازمان‌های بهداشتی و درمانی استفاده می‌شود تا سطح عملکرد خود را در مقایسه با استانداردهای تعیین‌شده ارزیابی کرده و اقدامات لازم را برای بهبود مستمر انجام دهند. این فرایند به مدیریت بیمارستان کمک می‌کند تا نقاط قوت و نقاط نیازمند بهبود را شناسایی کند. سپس مدیریت بیمارستان می‌تواند برای انجام اقدامات لازم، برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی کند یا روش‌های موفق را در بخش‌های دیگر بیمارستان یا خدمات بهداشتی تکرار کند.

اعتباربخشی^{۱۰} نیز معمولاً بر پایه خودارزیابی انجام می‌شود، اما با یک فرآیند ارزیابی خارجی توسط کارشناسان هم‌تا^{۱۱} تکمیل می‌گردد. ارزیابی خارجی معمولاً به یک تحلیل جامع از کیفیت بیمارستان منجر شده و حوزه‌های اولویت‌دار برای بهبود را مشخص می‌کند. در صورت تحقق سطح عملکرد تعیین‌شده، بیمارستان موفق به دریافت گواهی اعتباربخشی خواهد شد.

دو درس اصلی که از فرایندهای خودارزیابی و اعتباربخشی می‌توان آموخت، عبارت‌اند از:

- بهبود کیفیت، نیازمند داده‌های عملکردی دقیق است.
- ایجاد فرهنگ بهبود مستمر در سازمان ضروری است.

بدون داده‌های عملکردی که بر اساس استانداردها اندازه‌گیری شده باشد، نمی‌توان جهت مشخصی را برای بهبود کیفیت پیشنهاد کرد. همچنین، بدون فرهنگ مشارکت و پشتیبانی، حتی اگر داده‌هایی درباره کیفیت مراقبت موجود باشد، پیشنهادهای بهبود کیفیت، قابل اجرا نخواهند بود؛ بنابراین، استراتژی خودارزیابی به‌عنوان ابزاری برای تشویق و آموزش است که به سازمان‌های بهداشتی و درمانی کمک می‌کند تا فرایندهای بهبود کیفیت مستمر را توسعه دهند.

تعیین مسئولیت‌ها

ارتقای سلامت نمی‌تواند به یک نقش یا وظیفه خاص در بیمارستان یا مرکز خدمات سلامت واگذار شود؛ بلکه همه افراد مسئولیت دارند که در این زمینه مشارکت کنند. برای این پروژه باید تیمی با نقش‌ها و مسئولیت‌های مشخص تشکیل شود:

«مدیریت: در جهت اطمینان از اجرای برنامه‌ها و تأمین منابع لازم برای موفقیت این پروژه، تعهد مدیر ارشد اجرایی، هیئت‌مدیره و سایر مدیران ارشد سازمان ضروری است.

«رهبر پروژه: یک رهبر پروژه منصوب می‌شود تا فرایند را هدایت کرده و دیگران را در انجام خودارزیابی آموزش دهد.

⁹ Self-assessment

¹⁰ Accreditation

¹¹ Peer evaluation

« **مسئول استانداردها:** افرادی به عنوان مسئول استانداردها تعیین می‌شوند تا میزان انطباق (وضعیت فعلی) با استانداردها و زیرمجموعه‌های آن‌ها را ارزیابی کنند و شواهدی که نتایج ارزیابی‌ها را نشان می‌دهند، جمع‌آوری نمایند.

گروه راهبری چند تخصصی: رهبر پروژه یک گروه راهبری چند تخصصی تشکیل می‌دهد که نماینده کارکنان در تمامی سطوح است. این گروه راهبری به طور منظم جلساتی را برای بررسی پیشرفت در خودارزیابی، ارائه ایده‌های بین‌رشته‌ای و افزایش حس مالکیت در پروژه برگزار می‌کند. اعضای ایده‌آل این گروه شامل یک پرستار ارشد که ممکن است مسئولیت ارزیابی کیفیت یا ممیزی بالینی^{۱۲} را نیز بر عهده داشته باشد، یک پزشک ارشد و یک پزشک جوان، یک مدیر ارشد، یکی از اعضای بخش منابع انسانی، عضوی از حرفه‌های وابسته به پزشکی (مانند فیزیوتراپی و کاردرمانی)، فردی از خدمات پشتیبانی پزشکی عمومی (مانند رادیولوژی) یا فردی از خدمات غیربالینی عمومی می‌باشد.

جمع‌آوری داده‌ها

کارکنان در سطوح مختلف سازمانی باید در جمع‌آوری داده‌ها و ارزیابی استانداردها مشارکت داشته باشند. اگر یک شخص بدون مشارکت کارکنان مربوطه و به‌تنهایی فرایند خودارزیابی را انجام دهد، ارزش چندانی ندارد؛ زیرا این امر ممکن است باعث شود که کارکنان حس مالکیت و یادگیری از این فرایند را از دست بدهند.

سه منبع اصلی داده که می‌تواند برای ارزیابی استانداردها استفاده شود:

« **سیستم‌های اطلاعاتی معمول:** این سیستم‌ها ممکن است شامل اطلاعاتی برای برخی از استانداردهای ارتقای سلامت باشند. در صورت وجود، داده‌های این منابع باید برای خودارزیابی استفاده شوند تا حجم کاری جمع‌آوری داده‌ها کاهش یابد. با این حال، نوع اطلاعات موجود در چنین منابعی ممکن است به اندازه کافی برای ارزیابی مسائل مرتبط با ارتقای سلامت خاص و دقیق نباشد.

« **مدل‌های نظرسنجی:** نظرسنجی‌ها باید برای ارزیابی طیف متنوعی از معیارهای قابل اندازه‌گیری انجام شوند، مانند نظرسنجی از تجربیات بیماران یا کارکنان.

« **فرایندهای ممیزی:** برای برخی از معیارهای قابل اندازه‌گیری، ممیزی پرونده‌های بیماران لازم است. طبق روش‌های پذیرفته‌شده، توصیه می‌شود که ۵۰ پرونده بیمار ترخیص شده به صورت تصادفی برای ارزیابی انتخاب شوند. ممیزی باید توسط گروهی چند تخصصی از متخصصان با آگاهی مناسب از فرایندهای مستندسازی واحد مورد نظر انجام شود. اصطلاح «پرونده‌های بیمار» به مستندات متنوعی اشاره دارد (از جمله پرونده‌های پزشکی، پرستاری، یادداشت‌های فیزیوتراپیست‌ها و متخصصان تغذیه) که در فرایند ارزیابی باید مدنظر قرار گیرند.

¹² Audit

تفسیر نتایج

بدون داشتن یک استاندارد مقایسه‌ای، تفسیر نتایج ارزیابی دشوار است. انواع مختلف مقایسه شامل موارد زیر هستند:

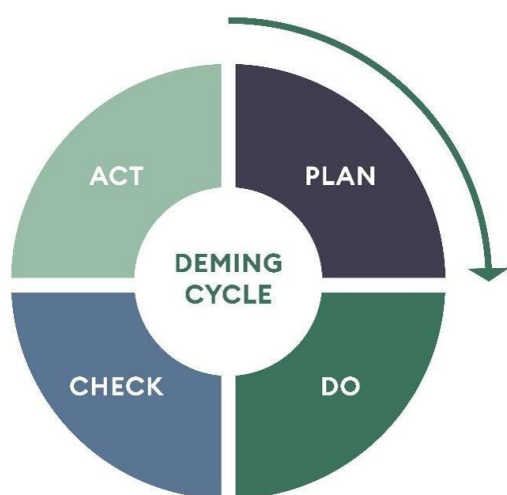
«مقایسه داخلی در طول زمان: (مقایسه امتیازات قبل و بعد از تلاش‌های بهبود کیفیت).»

«مقایسه خارجی با ارائه‌دهندگان مشابه: مقایسه با گروه‌های هم‌تا در یک مقطع زمانی مشخص یا در طول زمان.»

«استاندارد تجویزی: (مانند اهداف تعیین‌شده توسط برنامه‌های منطقه‌ای سلامت).»

تدوین برنامه بهبود کیفیت

پیشنهاد می‌شود که از چرخه برنامه‌ریزی^{۱۳} - اجرا^{۱۴} - بررسی^{۱۵} - اقدام^{۱۶} (PDCA) پیروی کنید. چرخه PDCA در ابتدا توسط والتر شوهارت در دهه ۱۹۳۰ معرفی شد و بعدها توسط ویلیام ادواردز دمینگ توسعه یافت (۷)(۸). این چرخه چارچوبی برای بهبود فرایندها در یک سیستم ارائه می‌دهد و می‌تواند برای هدایت کل پروژه، بهبود یا توسعه پروژه‌های خاص پس از شناسایی حوزه‌های نیازمند بهبود استفاده شود. چرخه PDCA یک مدل پویا است. (شکل ۲): پایان یک دوره از چرخه، به آغاز دوره بعدی منتهی می‌شود و به‌این ترتیب، بهبود مستمر تضمین می‌شود.



برنامه‌ریزی: برنامه‌ریزی برای یک فعالیت، پروژه یا فرایند باهدف بهبود است. این مرحله شامل تحلیل آنچه باید بهبود یابد، شناسایی حوزه‌هایی که امکان تغییر در آنها وجود دارد و تصمیم‌گیری در مورد جایی است که بیشترین تأثیر می‌تواند حاصل شود.

اجرا: انجام تغییر یا آزمایش آن (ترجیحاً در مقیاس کوچک) و اجرای تغییری که در مرحله برنامه‌ریزی شناسایی شده است.

بررسی: بازبینی نتایج و تحلیل موفقیت یا شکست. این مرحله گامی حیاتی در چرخه PDCA است. پس از اجرای تغییرات، تأثیر آنها باید ارزیابی شود - آیا بهبودهای مورد نظر محقق شده‌اند؟

شکل ۲: چرخه برنامه ریزی - اجرا - بررسی - اقدام

¹³ Plan

¹⁴ Do

¹⁵ Check

¹⁶ Act

اقدام: تصمیم‌گیری درباره پذیرش تغییر، کنار گذاشتن آن، یا تکرار چرخه.

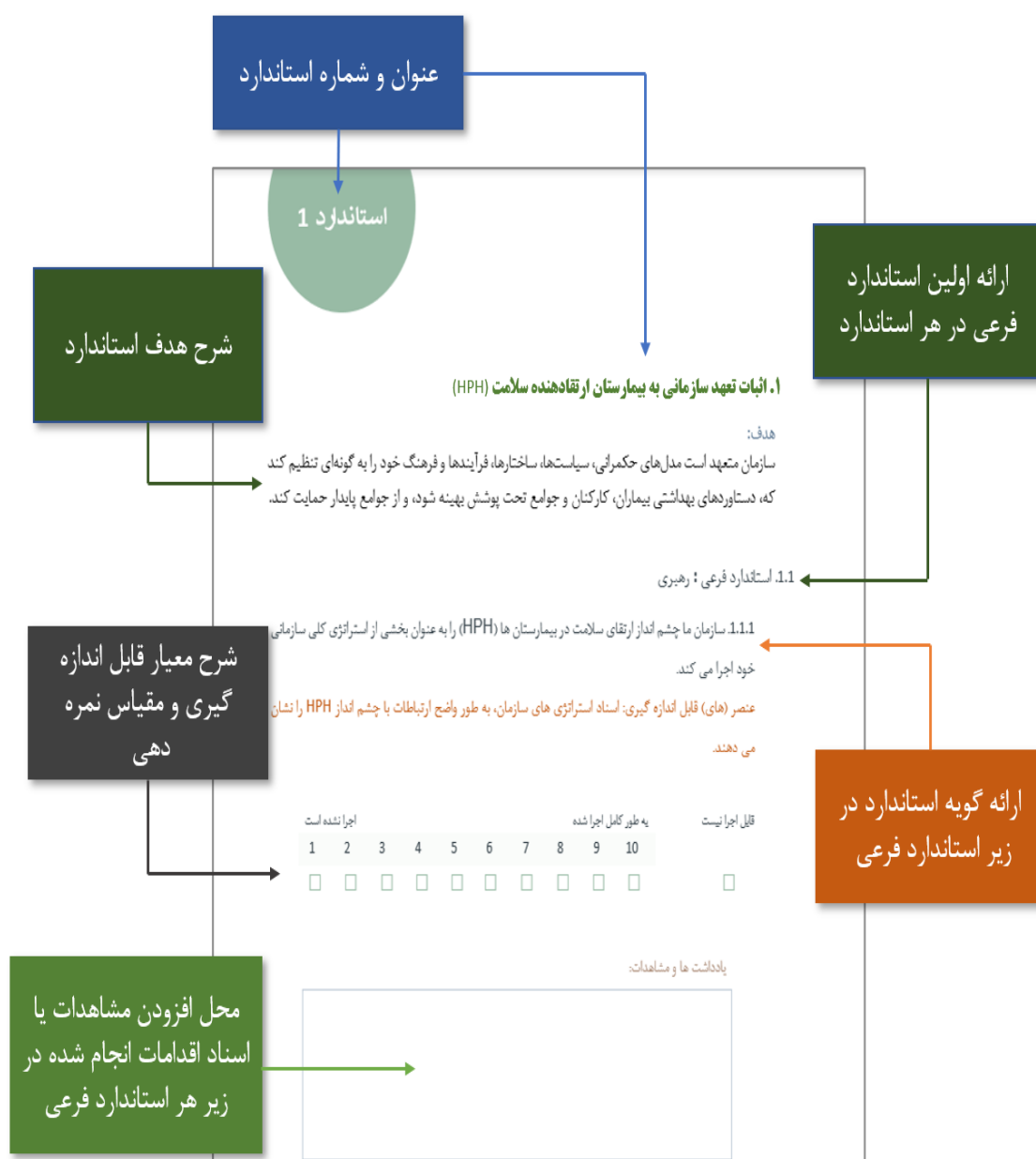
هر بخش از این ابزار شامل یک کادر متنی است که در آن می‌توان اقدامات بهبود کیفیت را مستند کرده و مسئولیت‌های مربوط به آن اقدامات را مشخص کرد. یادداشت‌ها و مشاهدات باید شامل زمان‌بندی برای اقدام و نتایج مورد انتظار باشند.

رهبر پروژه، همراه با گروه راهبری، داده‌ها را به دقیق‌ترین و واقع‌بینانه‌ترین شکل ممکن ثبت می‌کنند. پس از تکمیل فرایند خودارزیابی، گروه راهبری می‌تواند حوزه‌های عملکرد خوب و نیازمند بهبود را شناسایی کند. سپس، یک برنامه اقدام می‌تواند تدوین شود. مهم است که اقدامات این برنامه با اولویت‌های محلی و ملی، اهداف، و منابع در دسترس سازمان هماهنگ باشند. برای نظارت بر پیشرفت، برنامه اقدام باید در سیستم‌های مدیریتی موجود ادغام شود.

پس از شناسایی موفقیت‌آمیز پتانسیل‌های بهبود کیفیت، برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌ها، جهت تداوم چرخه بهبود کیفیت، خودارزیابی‌های بعدی باید انجام شوند. با اتمام هر چرخه کامل PDCA، یک پروژه جدید و اندکی پیچیده‌تر می‌تواند آغاز شود تا خدمات به طور مستمر بهبود یابد. این فرایند امکان پیشرفت پایدار را فراهم می‌کند و سازمان را به سمت تعالی سوق می‌دهد.

قالب ابزار خودارزیابی

نسخه فعلی این استانداردها شامل ۵ استاندارد اصلی، ۱۸ استاندارد فرعی و ۸۶ گویه استاندارد می‌شود. معیارهای قابل اندازه‌گیری در این نسخه به صورت ساختاریافته ارائه شده‌اند (شکل ۳):



شکل ۳: قالب ابزار خودارزیابی

۱. اثبات تعهد سازمانی به بیمارستان ارتقادهنده سلامت (HPH)

هدف:

سازمان متعهد است مدل‌های حاکمیت، سیاست‌ها، ساختارها، فرایندها و فرهنگ خود را به‌منظور بهینه‌سازی دستاوردهای سلامت بیماران، کارکنان و جمعیت‌های تحت پوشش و حمایت از جوامع پایدار جهت‌دهی کند.



۱_۱. استاندارد فرعی: رهبری

۱_۱_۱. سازمان ما چشم‌انداز ارتقاء سلامت در بیمارستان‌ها (HPH) را به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از استراتژی کلان سازمانی خود به کار می‌گیرد.

معیار(های) اندازه‌گیری: اسناد راهبردی سازمان، به‌روشنی پیوند آن با چشم‌انداز HPH را نشان دهند.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۱-۲. اقدامات و عملکرد تیم رهبری سازمان ما بازتابی از اهداف چشم‌انداز بیمارستان ارتقادهنده سلامت است. معیار(های) اندازه‌گیری: برنامه‌های کاری سالانه و اقدامات انجام‌شده باید منعکس‌کننده اهداف چشم‌انداز HPH باشند.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۱-۳. سازمان ما فرهنگ سلامت‌محور و بهبود مستمر آن را ترویج می‌دهد. معیار(های) اندازه‌گیری: بیانیه‌های چشم‌انداز، مأموریت و ارزش‌های سازمانی، تعهد سازمان به فرهنگ سلامت‌محور و بهبود مستمر را نشان می‌دهند.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۱-۴. سازمان ما یک رهبر برای اجرای چشم‌انداز بیمارستان ارتقادهنده سلامت (HPH) و مسئولانی برای هر زیرمجموعه استانداردها منصوب کرده است که گزارش پیشرفت سالانه‌ای را به هیئت‌مدیره ارائه می‌دهند. معیار(های) اندازه‌گیری: یک رهبر و مسئولانی برای زیرمجموعه‌ها منصوب شده‌اند؛ شرح وظایف آن‌ها شامل ارائه گزارش پیشرفت سالانه و فعالیت‌های عملیاتی مرتبط با HPH است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۱-۵. هیئت‌مدیره سازمان ما، اجرای چشم‌انداز بیمارستان ارتقادهنده سلامت (HPH) را ارزیابی می‌کند. معیار(های) اندازه‌گیری: هیئت‌مدیره سازمان ما بر اجرای استانداردهای HPH نظارت دارد و ارزیابی آن را در جلسات منظم و گزارش‌های پیشرفت بررسی می‌کند.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۱-۶. برنامه‌های آموزش مقدماتی کارکنان ما شامل اهداف و چشم‌انداز بیمارستان ارتقادهنده سلامت (HPH) است.

معیار(های) اندازه‌گیری: بررسی چشم‌انداز HPH در دستور کار و صورت‌جلسات، سه جلسه اخیر هیئت‌مدیره ثبت شده است.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است																																																																																									
۱										۲										۳										۴										۵										۶										۷										۸										۹										۱۰																			
☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐									

۱-۷. رویه‌های ارزیابی عملکرد و توسعه مداوم کارکنان در سازمان ما، با چشم‌انداز بیمارستان ارتقادهنده سلامت (HPH) هم‌راستا هستند.

معیار(های) اندازه‌گیری: مطالب آموزشی مقدماتی (بسته‌های خوشامدگویی، یادداشت‌های توجیهی و دستورالعمل‌های آغاز به کار) شامل اطلاعاتی درباره HPH هستند.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است																																																																															
۱										۲										۳										۴										۵										۶										۷										۸										۹										۱۰									
☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐									

یادداشت‌ها و مشاهدات:

۲_۱. استاندارد فرعی: سیاست‌های سازمان

۱_۲_۱. اهداف و مأموریت اعلام شده سازمان ما با چشم‌انداز بیمارستان ارتقادهنده سلامت (HPH) همسو هستند. معیار(های) اندازه‌گیری: بیانیه‌های اهداف و مأموریت سازمان، از بازنگری در خدمات بیمارستانی/سلامتی به‌منظور بهینه‌سازی دستاوردهای سلامت حمایت می‌کنند(وجود لوگوی HPH، پیوند وبسایت HPH در صفحه اصلی وبسایت سازمان).

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۲_۲_۱. اهداف و مأموریت سازمان ما به‌صورت واضح به همه ذی‌نفعان اطلاع‌رسانی شده است.

معیار(های) اندازه‌گیری: اهداف و مأموریت به طور شفاف مستندسازی شده‌اند (مثلاً در وبسایت سازمان) یا به طور گسترده در دسترس هستند (پوسترها، بروشورها).

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳_۲_۱. سازمان ما دسترسی به زیرساخت‌های لازم، از جمله منابع، فضای فیزیکی و تجهیزات را برای اجرای چشم‌انداز بیمارستان ارتقادهنده سلامت (HPH) فراهم می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: بودجه‌ای برای فعالیت‌های HPH اختصاص داده‌شده و مشاهدات میدانی (معیار مشهود منعکس‌کننده منابع لازم، کارکنان، فضا و تجهیزات) را تایید می‌کند.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:

--

۳-۱. استاندارد فرعی: نظارت، اجرا و ارزشیابی

۳-۱-۱. سازمان ما به صورت دوره‌ای نیازهای سلامت و عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش خود را پایش می‌کند و از نتایج آن برای برنامه‌ریزی و ارزیابی خدمات بهره می‌برد.

معیار(های) اندازه‌گیری: شواهدی از گزارش‌ها و تحلیل‌های سازمانی درباره عوامل مؤثر بر سلامت جمعیت موجود است و نمونه‌هایی از کاربرد این نتایج در برنامه‌ریزی و ارزیابی ارائه شده‌اند.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳-۱-۲. سامانه‌های اطلاعاتی سازمان ما شامل ابزارها و شاخص‌های موردنیاز برای ارزیابی اجرای چشم‌انداز بیمارستان ارتقادهنده سلامت (HPH) هستند.

معیار(های) اندازه‌گیری: سیستم‌های اطلاعاتی امکان جمع‌آوری داده‌های مرتبط با شاخص‌های HPH را فراهم می‌کنند و نمای کلی از شاخص‌های قابل محاسبه در دسترس است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۱_۳_۳. فرآیندها، اقدامات و مداخلات سازمان برای بهبود نتایج سلامت، به صورت دوره‌ای ارزیابی می‌شوند.

معیار(های) اندازه‌گیری: نمونه‌هایی از گزارش‌های اخیر ارائه می‌شوند که نشان‌دهنده انجام ارزیابی‌های دوره‌ای نتایج سلامت هستند.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:



۲. تضمین دسترسی به خدمات

هدف:

سازمان اقدامات لازم برای اطمینان از دسترس‌پذیری، فراهم بودن و مقبولیت امکانات خود را اجرا می‌کند.



۱_۲. استاندارد فرعی: بهره‌مندی و دسترسی

۱_۱_۲. سازمان ما برای شناسایی و حمایت از افراد بی‌بضاعت یا فاقد منابع کافی (مانند نداشتن بیمه یا شرایط اقتصادی نامساعد) که حقوق انسانی آنها در معرض خطر است، راهکارهایی را فراهم می‌کند.
معیار(های) اندازه‌گیری: شواهدی از وجود این راهکارها در سازمان موجود است و شواهدی نیز درباره آموزش کارکنان مربوط به نحوه استفاده از آنها ارائه شده‌اند.

اجرا نشده است										به طور کامل اجرا شده		قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			☐

۲-۱-۲. سازمان ما تمامی بیماران را نسبت به حقوق خود و سیاست‌های ارتقای سلامت مطلع می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: بیانیه حقوق بیماران به‌سادگی در دسترس است، به زبان‌های اصلی جامعه ترجمه شده و در قالب‌های مختلف (مانند بروشور، تابلو و وبسایت) منتشر می‌شود.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰																				
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																				

یادداشت‌ها و مشاهدات:

۲-۲. استاندارد فرعی: اطلاع‌رسانی و دسترسی به خدمات

۲-۲-۱. اطلاعات تماس، مکان و روش دسترسی به سازمان ما به‌سادگی از طریق موتورهای جستجوی اینترنتی قابل یافتن است.

معیار(های) اندازه‌گیری: وبسایت سازمان اطلاعات تماس، مکان و نحوه دسترسی را نمایش می‌دهد.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰																				
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																				

۲-۲. وبسایت سازمان ما حتی برای افراد با سواد دیجیتال پایین نیز به سادگی قابل استفاده است و به زبان‌های اصلی جامعه به صورت چندزبانه در دسترس قرار دارد.

معیار(های) اندازه‌گیری: وبسایت به زبان‌های اصلی جامعه در دسترس است و محتوای آن با زبان ساده منتشر شده است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳-۲. سازمان ما علائم نوشتاری و تابلوهای راهنما را با توجه به سطح سواد سلامت، زبان و توانایی‌های شناختی گروه‌های مختلف بیماران طراحی می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: علائم نوشتاری و نتایج ارزیابی‌های ناوبری با سطوح سواد سلامت، زبان و توانایی‌های شناختی گروه‌های بیماران تطابق دارند.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۴-۲. سازمان ما کانال‌های ارتباطی مؤثری را برای برقراری ارتباط با گروه‌های محروم و حاشیه‌نشین فراهم می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: شواهدی از ارتباطات هدفمند سازمان با گروه‌های خاص حاشیه‌نشین یا محروم (مانند گروه‌های سنی، جنسیتی، قومی و سطوح تحصیلی مختلف) ارائه شده است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵-۲. سازمان ما برای بیماران و بازدیدکنندگان، بدون توجه به ناتوانی‌ها یا محدودیت‌هایشان، به سادگی قابل دسترسی و ناوبری است.

معیار(های) اندازه‌گیری: ارزیابی‌های میدانی وجود دارد که نشان‌دهنده میزان دسترسی‌پذیری و سهولت ناوبری در سازمان است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:

--

۳_۲. استاندارد فرعی: پذیرش اجتماعی و فرهنگی

۳_۲_۱. سازمان ما از ارزش‌ها، نیازها و ترجیحات گروه‌های مختلف در جامعه آگاهی دارد و به آنها احترام می‌گذارد. معیار(های) اندازه‌گیری: شواهدی از ارائه اطلاعات به زبان‌های اصلی جامعه، به‌کارگیری میانجی‌های فرهنگی در زمان‌های مناسب، آموزش کارکنان برای آگاهی از فرهنگ‌های بومی، و ارائه خدمات تغذیه‌ای و مذهبی متناسب با تنوع فرهنگی جامعه موجود است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳_۲_۲. سازمان ما اقداماتی مشخص را برای تضمین رعایت حقوق تمامی بیماران اجرا می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: ارزیابی‌های مستمر از بیماران انجام شده و نتایج آن در بازنگری سیاست‌های سازمان و آموزش کارکنان در زمینه حقوق بیماران به‌کار گرفته می‌شود.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳-۳-۲. سازمان ما تمام تلاش خود را برای تطبیق فرآیندهای خود با نیازهای ویژه افراد آسیب پذیر به کار می گیرد. معیار(های) اندازه گیری: ارزیابی های مستمر انجام می شوند و نتایج آن ها برای پاسخگویی به نیازهای بیماران آسیب پذیر، مانند سالمندان، کودکان و نوجوانان، به کار گرفته می شوند.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است										
										۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱											
										☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐										

۴-۳-۲. سیستم ناوبری سازمان ما توسط بیماران آزمایش شده و بر اساس بازخوردهای دریافتی، بهبود می یابد. خدمات دیجیتال و رسانه های جدید نیز پیش از انتشار، با مشارکت نمایندگان گروه های هدف و بیماران ارزیابی می شوند.

معیار(های) اندازه گیری: گزارش هایی از آزمایش اولیه سیستم ناوبری با مشارکت گروهی متنوع از مراجعان در دسترس است.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است																																																																																									
۱۰										۹										۸										۷										۶										۵										۴										۳										۲										۱																			
☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐									

یادداشت ها و مشاهدات:

۳. بهبود مراقبت‌های سلامت با تمرکز بر بیماران و مشارکت آنها

هدف:

سازمان در راستای ارائه بهترین مراقبت بیمارمحور و دستیابی به نتایج بهینه سلامت تلاش می‌کند و بیماران/جوامع را برای مشارکت و همکاری در فعالیتهای سازمان توانمند می‌سازد.

۱-۳. استاندارد فرعی: پاسخگویی به نیازهای مراقبتی

۱-۳-۱. سازمان ما با بیماران، خانواده‌هایشان و مراقبان سلامت همکاری می‌کند تا راهکارهایی برای ارزیابی نیازهای سلامت بیماران تدوین کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: سازوکارهایی که سازمان از طریق آنها با بیماران، خانواده‌هایشان و مراقبان سلامت برای توسعه راهکارهای ارزیابی نیازهای سلامت همکاری می‌کند، قابل توصیف است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۱-۳-۲. سازمان ما برای ارزیابی و ثبت نیازهای مداخلاتی مرتبط با عوامل خطر رفتاری (مانند مصرف دخانیات، الکل، رژیم غذایی/تغذیه و فعالیت بدنی) از یک رویکرد استاندارد استفاده می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: فرم‌های جمع‌آوری داده‌ها و سوابق بیماران شامل اطلاعات مرتبط با عوامل خطر رفتاری هستند و امکان ثبت این اطلاعات را با استفاده از مدل داده‌ای HPH فراهم می‌کنند.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳-۱-۳. سازمان ما دستورالعمل‌هایی برای شناسایی خطرات سلامت روان در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی و همچنین خطرات سلامت جسمی در بیماران دارای اختلالات روانی دارد.

معیار(های) اندازه‌گیری: دستورالعمل‌های مربوطه در سازمان موجود هستند و به طور فعال اجرا می‌شوند.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳-۱-۴. سازمان ما اطمینان حاصل می‌کند که نیازهای سلامت کودکان با مشارکت فعال خودشان، والدین، مراقبان، همسالان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مرتبط، ارزیابی می‌شود.

معیار(های) اندازه‌گیری: کنوانسیون حقوق کودک (UNICEF) و منشور حقوق کودکان در بیمارستان موجود است و مفاد آن‌ها به طور موثر اجرا می‌شود.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳-۱-۵. سازمان ما رویه‌هایی برای شناسایی بیماران آسیب‌پذیر تدوین کرده است تا نیازهای آنان شناسایی شده و نابرابری‌ها در ارائه خدمات سلامت کاهش یابد.

معیار(های) اندازه‌گیری: رویه‌هایی برای شناسایی بیماران آسیب‌پذیر تدوین شده‌اند و از آنها برای تحلیل سازوکارهای کاهش نابرابری‌ها استفاده می‌شوند.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:

۲-۳. استاندارد فرعی: اقدامات مراقبتی پاسخگو

۱-۲-۳. سازمان ما محیطی فراهم می‌کند که در آن بیماران و خانواده‌هایشان احساس امنیت داشته و به کرامت و شخصیت آن‌ها احترام گذاشته شود.

معیار(های) اندازه‌گیری: بازخورد بیماران و خانواده‌هایشان، همراه با داده‌های نظرسنجی درباره تجربیات آن‌ها از مراقبت‌های دریافت‌شده، گردآوری و تحلیل می‌شود و برای بهبود محیط مراقبتی، با تمرکز بر ایمنی بیمار، کرامت و حقوق بیمار به کار گرفته می‌شود.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است																																																																															
۱										۲										۳										۴										۵										۶										۷										۸										۹										۱۰									
☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐									

۲-۲-۳. در سازمان ما، مشاوره با بیماران در محیط‌های خصوصی و با اختصاص زمان کافی برای برقراری ارتباط مؤثر انجام می‌شود.

معیار(های) اندازه‌گیری: بازخورد بیماران و خانواده‌هایشان، همراه با داده‌های نظرسنجی درباره تجربیات آن‌ها از مراقبت‌های دریافتی، گردآوری و تحلیل می‌شود و برای بهبود شرایط مشاوره‌ای، با تمرکز بر حفظ حریم خصوصی و اختصاص زمان کافی، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است																																																																																									
۱۰										۹										۸										۷										۶										۵										۴										۳										۲										۱																			
☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐									

۳-۲-۳. سازمان ما متعهد به حفظ حریم خصوصی بیماران است و برای افراد بستری با اقامت‌های طولانی‌مدت، امکاناتی از جمله فضاهای مناسب برای استراحت و حضور همراهان نزدیک فراهم می‌نماید.

معیار(های) اندازه‌گیری: نظرات بیماران و خانواده‌های آن‌ها از طریق نظرسنجی و ابزارهای بازخورد جمع‌آوری شده و در جهت ارتقای محیط مراقبتی به‌ویژه در حوزه‌های کیفیت محیط فیزیکی و دسترسی به فضاهای عمومی، تحلیل و به کار گرفته می‌شود.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است																																																																																									
۱										۲										۳										۴										۵										۶										۷										۸										۹										۱۰																			
☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐									

۴_۲_۳. سازمان ما بیماران و خانواده‌هایشان را تشویق کرده و توانمند می‌سازد تا در فرآیندهای مراقبتی و تصمیم‌گیری مشترک مشارکت کنند.

معیار(های) اندازه‌گیری: نمونه‌هایی از ابزارهای تصمیم‌گیری مشترک و پروتکل‌هایی برای نهادینه‌سازی آن در سازمان موجود است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵_۲_۳. سازمان ما خدمات پیشگیری، ارتقای سلامت، درمان، توان‌بخشی و مراقبت‌های تسکینی را متناسب با نیازهای فردی، فرهنگی و سنی به تمامی بیماران ارائه می‌دهد.

معیار(های) اندازه‌گیری: این الزامات در منشور حقوق بیماران سازمان درج شده است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۶_۲_۳. سازمان ما دارای دستورالعمل‌هایی برای غربالگری بیماران سالمند پرخطر است و برنامه‌های ارتقای سلامت، توان‌بخشی و مدیریت ریسک را در فرآیندهای مراقبتی آن‌ها ادغام کرده است.

معیار(های) اندازه‌گیری: دستورالعمل‌های غربالگری بیماران سالمند پرخطر که شامل مؤلفه‌های ارتقای سلامت، توان‌بخشی و مدیریت ریسک هستند، در فرآیندهای مراقبتی به کار گرفته می‌شوند.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۷_۲_۳. سازمان ما، در صورت امکان، توصیه‌های برنامه «بیمارستان دوستدار کودک» سازمان جهانی بهداشت/یونیسف را اجرا می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: گواهی بیمارستان دوستدار کودک WHO/UNICEF یا سایر گواهی‌های مرتبط با این برنامه دریافت شده است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۸_۲_۳. سازمان ما استانداردهای شبکه جهانی «خدمات سلامت بدون دخانیات» را اجرا می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: گواهی بیمارستان/ مرکز خدمات سلامت بدون دخانیات دریافت شده است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:

۳_۳. استاندارد فرعی: ارتباط بین بیمار و ارائه‌دهنده خدمات

۳_۳_۱. سازمان ما ارتباط بیمارمحور و تصمیم‌گیری مشترک را به‌عنوان ابزارهای کلیدی برای حمایت از نقش فعال بیماران و خانواده‌های آنان در فرآیند مراقبت به کار می‌گیرد.

معیار(های) اندازه‌گیری: سازمان شواهدی از شکایات بیماران و داده‌های نظرسنجی از بیماران و خانواده‌هایشان درباره تجربه‌شان از مراقبت، برای بهبود محیط مراقبتی مورد استفاده قرار می‌گیرد، ارائه می‌دهد.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳_۳_۲. کارکنان سازمان ما آموزش‌های تخصصی در زمینه بهبود ارتباط مؤثر و بیمارمحور، از جمله مهارت‌های ارتباطی نوشتاری و شفاهی دریافت می‌کنند.

معیار(های) اندازه‌گیری: برنامه‌های آموزشی کارکنان در دسترس هستند و محتوای آن‌ها شامل دستورالعمل‌هایی برای بهبود مهارت‌های ارتباطی و بیمارمحوری است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳_۳_۳. سازمان ما از کارکنان انتظار دارد که با بیماران با احترام رفتار کنند و آنان را به پرسشگری و تعامل فعال تشویق نمایند.

معیار(های) اندازه‌گیری: بازخورد بیماران و خانواده‌هایشان و داده‌های نظرسنجی درباره تجربیات آن‌ها از مراقبت، با تمرکز بر ارتباط کارکنان و تشویق بیماران به پرسشگری، برای بهبود محیط مراقبتی به کار گرفته می‌شود.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۴_۳_۳. سازمان ما در صورت نیاز، امکان دسترسی به خدمات ترجمه برای تسهیل ارتباط بین بیمار و ارائه‌دهنده خدمات سلامت را فراهم می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: مستنداتی درباره ارائه خدمات ترجمه زبانی، از جمله خدمات ویژه برای ناشنوایان و میانجی‌گری فرهنگی، در دسترس است.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است																																																																																									
۱										۲										۳										۴										۵										۶										۷										۸										۹										۱۰																			
☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐									

۵_۳_۳. سازمان ما محیطی فراهم می‌کند که در آن همه بیماران بتوانند بدون محدودیت، سؤالات خود را آزادانه مطرح کنند.

معیار(های) اندازه‌گیری: رویه‌هایی برای ترغیب بیماران به پرسشگری، از جمله اجرای کمپین‌هایی مانند «سه سؤال از من بپرس»، در سازمان مستند شده‌اند.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است																																																																																									
۱										۲										۳										۴										۵										۶										۷										۸										۹										۱۰																			
☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐										☐									

یادداشت‌ها و مشاهدات:



۴_۳. استاندارد فرعی: حمایت از توانمندسازی بیماران و تغییر رفتار بلندمدت آنها

۴_۳_۱. سازمان ما اطلاعات شفاف، قابل فهم و متناسبی درباره وضعیت فعلی، روند درمان، مراقبت های مورد نیاز و عوامل مؤثر بر سلامت، در اختیار بیماران قرار می دهد.

معیار(های) اندازه گیری: سازمان ما اطلاعات شفاف، قابل فهم و متناسبی درباره وضعیت فعلی، روند درمان، مراقبت های مورد نیاز و عوامل مؤثر بر سلامت، در اختیار بیماران قرار می دهد.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۴_۳_۲. سازمان ما بر اساس ارزیابی نیازهای فردی بیماران، خدمات مشاوره ای کوتاه مدت یا فشرده در زمینه عوامل خطر رفتاری (نظیر مصرف دخانیات، الکل، تغذیه و کم تحرکی) ارائه می دهد.

معیار(های) اندازه گیری: مستنداتی درباره ارزیابی نیازهای بیماران و دسترسی به خدمات مشاوره ای کوتاه مدت یا فشرده در سازمان موجود است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳-۴-۳. سازمان ما دسترسی بیماران به پرونده پزشکی خود را فراهم می‌کند؛ در صورت لزوم، این دسترسی به صورت الکترونیکی نیز امکان‌پذیر است.

معیار(های) اندازه‌گیری: دسترسی بیمار به پرونده، در منشور حقوق بیمار تصریح شده و با استفاده از نمونه‌های موردی قابل راستی‌آزمایی است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۴-۴-۳. سازمان ما ابزارهای تصمیم‌گیری کمکی را در اختیار بیماران قرار می‌دهد و در صورت نیاز، بهره‌گیری از آن‌ها را تسهیل می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: نمونه‌هایی از ابزارهای تصمیم‌گیری مشترک و پروتکل‌های مرتبط با اجرای ساختاریافته آن‌ها در سازمان در دسترس است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵-۴-۳. سازمان ما مداخلاتی را برای حمایت از خودمراقبتی بیماران اجرا می‌کند که به بیماران کمک می‌کند تا شرایط بیماری خود را مدیریت کرده و برای ترخیص یا پیگیری طولانی‌مدت آماده شوند.

معیار(های) اندازه‌گیری: بازخورد بیماران و خانواده‌هایشان و داده‌های نظرسنجی درباره تجربه آن‌ها از مراقبت، با تمرکز بر خودکارآمدی و خودمراقبتی، برای بهبود محیط مراقبتی به کار گرفته می‌شود

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:

۵_۳. استاندارد فرعی: مشارکت بیماران، خانواده‌ها، مراقبان سلامت و جامعه

۵_۳_۱. سازمان ما از مشارکت دریافت‌کنندگان خدمت در برنامه‌ریزی، ارائه و ارزیابی خدمات پشتیبانی می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: صورت‌جلسه‌ها مشارکت بیماران در فرآیندهای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی خدمات سازمان را نشان می‌دهند.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									

۳_۵_۴. سازمان ما داوطلبانی از جمله دانشجویان، دانش‌آموزان، سالمندان، بیماران و خانواده‌های آن‌ها را برای مشارکت در فعالیت‌های سازمان تشویق می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: نمونه‌هایی از اقدامات تبلیغی یا ترویجی برای جذب و تشویق داوطلبان از گروه‌های مختلف در سازمان موجود است.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰																				
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																				

یادداشت‌ها و مشاهدات:

۳_۶. استاندارد فرعی: همکاری با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت

۳_۶_۱. سازمان ما با سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت همکاری می‌کند تا دستاوردهای سلامت بیماران به حداکثر برسد.

معیار(های) اندازه‌گیری: نمونه‌هایی از همکاری با سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای ارائه مراقبت جامع به بیماران در دسترس است.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰																				
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																				

۳_۶_۲. سازمان ما دارای یک سیستم تأییدشده برای تبادل اطلاعات مرتبط با بیماران با سایر سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت است.

معیار(های) اندازه‌گیری: : رویه‌ای مشخص برای تبادل اطلاعات بیماران وجود دارد و در صورت امکان، از فناوری‌های یکپارچه اطلاعات سلامت برای اجرای آن استفاده می‌شود.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳_۶_۳. سازمان دریافت‌کننده بیمار، خلاصه‌ای مکتوب از وضعیت، نیازهای سلامت و خدمات ارائه‌شده را در زمان مناسب از سازمان ارجاع‌دهنده دریافت می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: خلاصه‌ای از وضعیت بیماران، نیازهای سلامت و خدمات ارائه‌شده، به‌موقع منتقل می‌شود و این انتقال از طریق ثبت تاریخ و زمان قابل راستی‌آزمایی است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:

۴. ایجاد بستر و محیط کاری سالم

هدف:

سازمان متعهد است که یک محیط کاری سالم و ارتقادهنده سلامت ایجاد کند تا از سلامت بیماران، همراهان، کارکنان بالینی، کارکنان پشتیبانی و داوطلبان حمایت کرده و آن را بهبود بخشد.

۴-۱. استاندارد فرعی: مشارکت، نیازهای سلامت و ارتقای سلامت در کارکنان

۴-۱-۱. سازمان ما ارزیابی‌های منظم از نیازهای سلامت کارکنان را انجام می‌دهد و اقدامات ارتقای سلامت در زمینه‌هایی مانند مصرف دخانیات، الکل، تغذیه، کم‌ تحرکی و استرس روانی-اجتماعی را ارائه می‌کند.
معیار(های) اندازه‌گیری: ارزیابی‌های دوره‌ای از وضعیت سلامت کارکنان انجام شده و مستنداتی درباره فعالیت‌ها، خدمات ارتقای سلامت و میزان بهره‌مندی کارکنان از آن‌ها در دسترس است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۴-۱-۲. در شرایط خاص، ارزیابی سلامت کارکنان با توجه به موقعیت تنظیم می‌شود تا نیازهای آنان به‌موقع شناسایی شود.

معیار(های) اندازه‌گیری: بر اساس ارزیابی سلامت کارکنان، یک رویه مؤثر، انعطاف‌پذیر و به‌موقع برای شناسایی خدمات مناسب در پاسخ به نیازهای همه کارکنان وجود دارد.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۴-۱-۳. سازمان ما به‌طور مستمر سطح آگاهی کارکنان را نسبت به مسائل مرتبط با ارتقای سلامت افزایش می‌دهد.

معیار(های) اندازه‌گیری: مصاحبه‌ها و نظرسنجی‌های منظم درباره نیازهای سلامت کارکنان انجام می‌شود.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۴-۱-۴. سازمان ما اطمینان حاصل می‌کند که کارکنان در تصمیم‌گیری‌هایی که بر فرآیندهای کاری بالینی و محیط کارشان تأثیر می‌گذارد، مشارکت دارند.

معیار(های) اندازه‌گیری: جلسات مشارکتی با کارکنان برگزار می‌شود و صورت‌جلسات آن نشان‌دهنده اتخاذ تصمیمات جمعی درباره تغییرات مهم سازمانی است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	اجرا نشده است
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵-۱-۴. سازمان ما در صورت لزوم، فرآیندهای کاری را با مشارکت تیم‌های چندتخصصی طراحی و توسعه می‌دهد. معیار(های) اندازه‌گیری: مستندات جلسات نشان می‌دهد که تیم‌های چندتخصصی در فرآیندهای تصمیم‌گیری مشارکت داشته‌اند.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	اجرا نشده است
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۶-۱-۴. سازمان ما محیط کاری ارتقادهنده سلامت ایجاد می‌کند و به عوامل روانی-اجتماعی مؤثر در محیط کار توجه دارد.

معیار(های) اندازه‌گیری: وجود برنامه‌های تدوین‌شده و اجراشده برای ارتقای سلامت محیط کار، با در نظر گرفتن عواملی مانند شرایط کاری و حمایت اجتماعی؛ همچنین ارزیابی شاخص‌هایی مانند تعهد شغلی، رفتارهای بهداشتی، ترک شغل و غیبت‌های ناشی از بیماری.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	اجرا نشده است
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:

۲_۴. محیط کاری سالم

۱_۲_۴. سازمان ما محیطی ایجاد کرده است که در آن بیماران، خانواده‌های آنان و کارکنان احساس امنیت می‌کنند و به کرامت و شخصیت‌شان احترام گذاشته می‌شود.

معیار(های) اندازه‌گیری: داده‌های نظرسنجی و مصاحبه‌ها محیطی امن و محترمانه را نشان می‌دهند؛ بازخورد بیماران و خانواده‌های آنان برای شناسایی حوزه‌های نیاز به بهبود به کار گرفته می‌شود.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۲_۲_۴. سازمان ما، در صورت امکان و از نظر اقتصادی مقرون به صرفه بودن، اصول طراحی جهانی مراکز بهداشتی و درمانی را در محیط فیزیکی خود به کار می‌گیرد.

معیار(های) اندازه‌گیری: شواهدی از به کارگیری اصول طراحی جهانی در محیط فیزیکی سازمان در دسترس است.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳_۲_۴. تمامی سالن‌های انتظار در سازمان ما محیطی پاکیزه و راحت دارند و برای استفاده بیماران و همراهان آنان مناسب هستند.

معیار(های) اندازه‌گیری: نتایج مشاهدات میدانی و نظرسنجی‌های بیماران و همراهان، پاکیزگی و راحتی سالن‌های انتظار را نشان می‌دهند.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۴_۲_۴. سازمان ما از نورپردازی مناسب، سطوح غیرلغزنده، مبلمان پایدار و راهروهای روشن و بدون مانع برخوردار است.

معیار(های) اندازه‌گیری: نتایج مشاهدات میدانی و ارزیابی‌های ایمنی، رعایت استانداردهای نورپردازی، ایمنی سطوح، ثبات مبلمان و دسترسی‌پذیری راهروها را نشان می‌دهند.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵_۲_۴. سازمان ما امکانات مناسبی برای استراحت، فعالیت بدنی و تعامل اجتماعی بیماران، کارکنان و بازدیدکنندگان فراهم می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: مشاهدات میدانی وجود فضاها و امکانات مشخص برای استراحت، فعالیت بدنی و تعامل اجتماعی بیماران، کارکنان و بازدیدکنندگان را نشان می‌دهند.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۶_۲_۴. سازمان ما تغذیه سالم را ترویج می‌دهد و از عرضه غذاهای ناسالم در محیط داخلی سازمان و پیرامون آن جلوگیری می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: رعایت دستورالعمل‌های ملی تغذیه سالم در منوی غذایی سازمان، دریافت گواهینامه‌های تغذیه سالم (در صورت وجود)، و وجود توافق‌نامه سازمانی برای منع عرضه غذاهای ناسالم که از طریق مشاهدات میدانی تأیید شده است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۷_۲_۴. سازمان ما اطمینان حاصل می‌کند که محیط ارائه خدمات سلامت عاری از دخانیات و الکل باشد و آلودگی صوتی در آن به حداقل برسد.

معیار(های) اندازه‌گیری: وجود گواهی مرکز سلامت عاری از دخانیات (GNTH)، ممنوعیت رسمی فروش و مصرف دخانیات و الکل در سازمان، مستندات توافق‌نامه‌های داخلی مربوطه، و نتایج نظرسنجی‌ها و ارزیابی‌های مربوط به آلودگی صوتی.

اجرا نشده است					به طور کامل اجرا شده					قابل اجرا نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:



۵. ارتقای سلامت در جامعه

هدف:

سازمان متعهد است که مسئولیت ارتقای سلامت جامعه محلی و جمعیت تحت پوشش خود را بر عهده گرفته و برای بهبود سلامت عمومی تلاش کند.

۱-۵. استاندارد فرعی: شناسایی نیازهای سلامت جامعه

۱-۵-۱. سازمان ما داده‌هایی درباره الگوهای استفاده از خدمات در منطقه تحت پوشش خود گردآوری می‌کند و از آن‌ها برای ارتقای دسترسی و بهبود برابری در ارائه خدمات بهره می‌گیرد.

معیار(های) اندازه‌گیری: گزارش‌هایی از تحلیل الگوهای استفاده از خدمات، شاخص‌های بهداشت عمومی (نظیر میزان بستری بیماران) و ارتباط آن‌ها با عوامل اپیدمیولوژیک و خدمات ارائه‌شده در دسترس است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۱-۵-۲. سازمان ما با سازمان‌های بهداشت عمومی (مانند وزارت بهداشت یا سازمان جهانی بهداشت) همکاری می‌کند تا اطلاعاتی درباره وضعیت سلامت، نیازهای مراقبتی و عوامل مؤثر بر سلامت در جمعیت تحت پوشش گردآوری کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: مستنداتی درباره همکاری با سازمان‌های محلی بهداشت عمومی در زمینه گردآوری داده‌های سلامت در دسترس است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵-۳. سازمان ما به منظور شناسایی نیازهای مرتبط با پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت، با سازمان‌های بهداشت عمومی (مانند وزارت بهداشت یا سازمان جهانی بهداشت) همکاری می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: مستنداتی از همکاری سازمان با نهادهای بهداشت عمومی در زمینه تحلیل وضعیت بیماری‌ها و اقدامات پیشگیرانه در دسترس است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵-۴. سازمان ما بر پایه ارزیابی نیازهای سلامت، اقدامات لازم و سازمان‌های همکار را شناسایی کرده و با آن‌ها برای ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش همکاری می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: اسنادی از برنامه‌های عملیاتی، تحلیل نیازها و همکاری با سازمان‌های مرتبط در دسترس است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:

۵-۲. استاندارد فرعی: رسیدگی به سلامت در جامعه

۵-۲-۱. سازمان ما به منظور پیشگیری اولیه، مداخلات سلامت‌محور متناسب با نیازهای گروه‌های سنی مختلف جامعه ارائه می‌دهد.

معیار(های) اندازه‌گیری: مستنداتی از برگزاری رویدادهای آموزشی و مداخلات سلامت‌محور در وبسایت و دیگر رسانه‌های سازمان در دسترس است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵_۲_۲. سازمان ما با سازمان‌های اجتماعی همکاری می‌کند تا اطلاعات لازم درباره عوامل مؤثر بر سلامت و دسترسی به خدمات را به اشتراک بگذارد، راهکارهایی ارائه دهد و به‌طور فعال در مداخلات گروهی مشارکت کند. معیار(های) اندازه‌گیری: مستنداتی از همکاری، برگزاری رویدادهای آموزشی و تبادل اطلاعات با سازمان‌های اجتماعی در دسترس است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

۵_۲_۳. سازمان ما خدمات نوآورانه‌ای همچون ارائه مراقبت در محل و مراقبت در منزل را برای جمعیت‌های محروم جامعه فراهم می‌کند. معیار(های) اندازه‌گیری: شواهدی از ارائه خدمات هدفمند به جمعیت‌های محروم در جامعه ثبت و مستند شده است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:

۳_۵. سلامت محیطی

۱_۳_۵. سازمان ما با به کارگیری مواد شیمیایی ایمن و روش های ایمن، سلامت بیماران، کارکنان و جامعه را ارتقا می دهد و از محیط زیست محافظت می کند.

معیار(های) اندازه گیری: سیاست های تدوین شده و اجرا شده درباره استفاده از مواد شیمیایی ایمن وجود دارد و از طریق ارزیابی های سازمانی قابل تأیید است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده	اجرا نشده است
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۴	۵	۶
۷	۸	۹
۱۰		

۲_۳_۵. سازمان ما با هدف کاهش مقدار و سمیت پسماند، راهکارهای مدیریت و دفع سازگار با محیط زیست را اجرا می کند.

معیار(های) اندازه گیری: دستورالعمل های مشخصی برای کاهش تولید پسماند و مدیریت صحیح دفع آن ها تدوین و اجرا شده است.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده	اجرا نشده است
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۴	۵	۶
۷	۸	۹
۱۰		

۳_۳_۵. سازمان ما با کاهش مصرف سوخت های فسیلی، بهینه سازی مصرف انرژی و استفاده از منابع انرژی تجدید پذیر، بهره وری انرژی را افزایش می دهد.

معیار(های) اندازه گیری: ارزیابی هایی از منابع مصرف انرژی انجام شده و برای کاهش مصرف انرژی فسیلی استفاده می شود.

قابل اجرا نیست	به طور کامل اجرا شده	اجرا نشده است
۱	۲	۳
۱	۲	۳
۴	۵	۶
۷	۸	۹
۱۰		

۵-۳-۴. سازمان ما با اجرای اقدامات حفاظتی، بازیافتی و تصفیه‌ای، مصرف آب و میزان آلودگی فاضلاب بیمارستانی را کاهش می‌دهد.

معیار(های) اندازه‌گیری: ارزیابی‌های مربوط به مصرف آب و اجرای برنامه‌های حفاظتی برای کاهش هدررفت منابع آب انجام شده است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵-۳-۵. سازمان ما استراتژی‌هایی در حوزه حمل‌ونقل و ارائه خدمات تدوین می‌کند که موجب کاهش اثر کربنی بیمارستان و سهم آن در آلودگی محلی می‌شود.

معیار(های) اندازه‌گیری: برنامه‌هایی برای ترویج استفاده از حمل‌ونقل عمومی و وسایل نقلیه کم‌مصرف در استراتژی‌های ارائه خدمات گنجانده شده‌اند

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵-۳-۶. سازمان ما با ترویج تغذیه سالم و حمایت از دسترسی پایدار به مواد غذایی محلی، در جهت کاهش اثرات منفی زیست‌محیطی بیمارستان اقدام می‌کند.

معیار(های) اندازه‌گیری: اسناد و برنامه‌های سازمان در زمینه تأمین مواد غذایی سالم و پایدار، کاهش پسماند غذایی و حمایت از کشاورزی محلی در دسترس است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵_۷. سازمان ما اصول ساختمان سازی سبز را در طراحی، ساخت و بازسازی زیرساخت ها و تأسیسات خود به کار می گیرد.

معیار(های) اندازه گیری: سازمان گواهی نامه های مرتبط با طراحی سبز، مانند بیمارستان سبز، بیمارستان های سبز و سلامت جهانی را دریافت کرده است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت ها و مشاهدات:

۵_۴. استاندارد فرعی: تبادل اطلاعات، پژوهش و ظرفیت سازی

۵_۴_۱. سازمان ما پژوهش هایی را در حوزه ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری ها و نوآوری در مراقبت سلامت، با تمرکز بر گروه های آسیب پذیر ترویج می دهد تا دسترسی و کیفیت مراقبت بهبود یابد.

معیار(های) اندازه گیری: مستنداتی از مشارکت سازمان در پروژه های پژوهشی مشترک با دانشگاه ها و مراکز تحقیقاتی در دسترس است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۲_۴_۵. سازمان ما به طور فعال در فعالیتهای آموزشی شبکه‌های بین‌المللی، ملی و منطقه‌ای بیمارستان‌ها و مراکز خدمات بهداشتی ارتقادهنده سلامت مشارکت می‌کند و اطلاعات مرتبط را به اشتراک می‌گذارد.

معیار(های) اندازه‌گیری: مستنداتی از عضویت سازمان در شبکه‌های بین‌المللی و مشارکت در کنفرانس‌ها، گروه‌های کاری و وبینارها در دسترس است.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۳_۴_۵. سازمان ما از فعالیتهای برنامه‌ریزی، ارزیابی و پژوهشی حمایت می‌کند که بیماران، خانواده‌هایشان و شهروندان - به‌ویژه گروه‌های محروم - در تدوین سؤالات پژوهشی، روش‌ها و گزارش‌دهی نتایج تحقیق مشارکت داشته باشند.

معیار(های) اندازه‌گیری: مستنداتی وجود دارد که مشارکت گروه‌های محروم را در تعیین اولویت‌های پژوهشی و طراحی خدمات نشان می‌دهد.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۴_۴_۵. سازمان ما آموزش‌های عمومی در زمینه عوامل مؤثر بر سلامت و چالش‌های سلامت جامعه ارائه می‌دهد.

معیار(های) اندازه‌گیری: مستنداتی از برنامه‌های آموزش عمومی مانند سخنرانی‌های عمومی، بیانیه‌های مطبوعاتی و محتوای آموزشی آنلاین در دسترس است.

قابل اجرا نیست										به طور کامل اجرا شده										اجرا نشده است									
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

۵_۴. سازمان ما بسترها و امکانات لازم را برای گفت‌وگو و تبادل اطلاعات با تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت فراهم می‌کند.

مستنداتی از صورت‌جلسات کارگروه‌ها که گفت‌وگو با تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت را نشان می‌دهند، در دسترس است.

به طور کامل اجرا شده										قابل اجرا نیست
اجرا نشده است										
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

یادداشت‌ها و مشاهدات:



1. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. Health Promot Int. 2021 Apr 5:daaa157. doi: 10.1093/heapro/daaa157.
2. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. World Health Organization; 1986. [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
3. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. Wikipedia. [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/International_Network_of_Health_Promoting_Hospitals_and_Health_Services
4. ISQua External Evaluation Association (ISQua EEA). The International Society for Quality in Health Care; [cited 2021 Nov 10]. Available from: <https://ieea.ch/accreditation.html>
5. Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. WHO European Office for Integrated Health Care Services; 2006 [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Manual-StandardAssessment_English.pdf
6. Chiarenza A. Umbrella standards process development. 25th Meeting of the HPH General Assembly; 2019 May 29; Warsaw.
7. Shewhart, Walter Andrew. Statistical method from the viewpoint of quality control. New York: Dover. Originally published: Washington, DC: Graduate School of the Department of Agriculture, 1939.
8. W. E. Deming; Out of the Crisis; Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, 1982.