طراحی مدل ملی اعتباربخشی بخش درمانگاه‌های تخصصی بیمارستان

جعفرصادق تبریزی[۱]، فرید غریبی[۱*] مژده رمضانی[۲]

۱- مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی؛ گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۲- گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسؤول: تبریز، خیابان گلگشت، خیابان عطار نیشابوری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده بهداشت و تغذیه، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کدپستی: ۵۱۶۶۶۱۴۷۱۱، همراه: ۰۹۱۸۱۳۳۲۹۳۵، نمابر: ۰۴۱۱۳۳۴۰۶۳۴

پست الکترونیک: farid_hc.manager@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۱۱/۱۸ پذیرش: ۹۱/۶/۵

چکیده

مقدمه: *اعتباربخشی یکی از عرصه‌های مهم در ارزشیابی خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد و متضمن دستیابی سازمان‌های ارایه دهنده خدمات سلامت به سطح قابل قبولی از شاخص‌های عملکردی است. هدف این سیستم، ایجاد چارچوبی به منظور بهبود مستمر کیفیت در خدمات بهداشتی برای دستیابی به اهداف نظام سلامت می‌باشد. به همین منظور، مطالعه حاضر در صدد طراحی مدل ملی اعتباربخشی بخش درمانگاه‌های تخصصی بر اساس شواهد علمی و مستدل می‌باشد.*

روش کار: *این مطالعه از نوع کیفی بود و در طی دو سال (۹۰ -۱۳۸۹) به انجام رسید. پژوهشگران ابتدا به منظور شناسایی مدل‌های برتر جهت الگوبرداری، اقدام به طراحی یک مرور نظام‌مند در پایگاه‌های داده‌های SID، Ovid Medline و PubMed با استفاده از کلید واژه‌های مرتبط نمودند. پس از استخراج و تدوین استانداردها، همه موارد برای ارایه به صاحب‌نظران در پرسشنامه دلفی وارد شدند و صاحب‌نظران اقدام به امتیازدهی به استانداردهای یاد شده از دو جنبه اهمیت و قابلیت اجرایی در عرصه نظام سلامت کشور نمودند و از این طریق، استانداردهای سازگار با نظام سلامت ما شناسایی و مدل نهایی کامل گردید.*

یافته‌ها: *در بخش مرور نظام‌مند، مدل‌های اعتباربخشی JCAHO آمریکا و CCHSA کانادا به عنوان بهترین مدل‌ها برای الگوبرداری انتخاب شدند. همچنین از میان مدل‌های اعتباربخشی منطقه‌ای، مدل‌های لبنان و مصر نیز واجد شرایط تشخیص داده شدند. استانداردهای مرتبط در مدل‌های مرجع به همراه استانداردهای تکمیلی برگرفته از متون معتبر علمی به پرسشنامه دلفی وارد و به صاحب‌نظران عرضه شدند که در نتیجه آن ۶۸ استاندارد پذیرفته شدند و ۵ استاندارد مورد پذیرش قرار نگرفتند. مطالعه دلفی طی دو دور و با درصد ریزش اندک به انجام رسید و مدل نهایی با ادغام استانداردهای مشابه و تدوین اجزای ضروری تکامل یافت.*

نتیجه‌گیری: *مدل نهایی طراحی شده دارای ۳۸ استاندارد به همراه بیانیه هدف و عناصر عینی قابل اندازه‌گیری برای آن‌ها می‌باشد. این مدل از جهت تعداد، تنوع و نیز گستره استانداردها بسیار پرمحتوا است؛ به طوری که می‌توان ادعا نمود که از تمامی مدل‌های اعتباربخشی جهان دارای غنای بیشتری است. بی تردید، استفاده از این مدل منجر به افزایش رضایت جامعه و بهبود عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی خواهد شد.*

گل‌واژگان: *اعتباربخشی، درمانگاه‌های تخصصی، مرور نظام‌مند، تکنیک دلفی*

مقدمه

امروزه توجه سیاست‌گذاران مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به ارتقای شاخص‌های عملکردی نظام سلامت، و در رأس آن‌ها کیفیت، معطوف گشته و برای دستیابی به سطح قابل قبولی از آن‌ها در تلاش‌اند. بر این اساس، برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

این عرصه همواره به دنبال ابزارهایی برای تضمین موفقیت در این زمینه بوده و ابتکارات فراوانی را عرضه و مورد آزمایش قرار داده‌اند. یکی از مهم‌ترین و رو به رشدترین ابزارهایی که در چند دهه اخیر توجه مدیران مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به خود جلب کرده و افق‌های جدیدی را پیش روی آن‌ها گسترده است مبحث اعتباربخشی می‌باشد (۱). اعتباربخشی یکی از عرصه‌های مهم در ارزشیابی خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد که به صورت "تأیید دستیابی یک سازمان ارایه دهنده خدمات سلامت به استانداردهای از پیش تعیین شده که به وسیله یک گروه ارزیاب همتای بیرونی مستقل و از همان سطح سازمانی انجام می‌گیرد" تعریف می‌شود (۲). هدف از اعتباربخشی در سازمان‌های سلامت بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، بهبود یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت، ایجاد بانک اطلاعاتی سازمان‌های خدمات سلامت، افزایش ایمنی و کاهش خطرات برای بیماران و کارکنان، تأمین آموزش و مشاوره برای سازمان‌های خدمات سلامت و کاهش هزینه‌ها با تمرکز بر افزایش کارایی و اثربخشی خدمات می‌باشد (۳).

درمانگاه‌های تخصصی از بخش‌های مهم بیمارستان هستند که در طیفی از مطب‌های خصوصی پیشرفته طبقه متوسط تا بیمارستان‌های بزرگ آموزشی که توسط پزشکان و سایر متخصصان بهداشتی و درمانی بیمارستان اداره می‌شوند قرار دارند. درمانگاه‌های سرپایی علاوه بر خدمات پایه و اساسی، خدماتی در طب داخلی، جراحی، زنان و زایمان و کودکان را نیز ارایه می‌نمایند؛ به طوری که در مراکز آموزشی و بسیار پیشرفته‌تر سطح سوم، درمانگاه‌هایی با بیش از ۵۰ تا ۶۰ تخصص گوناگون وجود دارند (۴). علاوه بر موارد یاد شده، این بخش در شکل‌گیری وجهه مناسبی از بیمارستان در اذهان عمومی و همچنین موفقیت آن نقش عمده‌ای ایفا می‌نماید؛ به طوری که برخی از متون علمی، وجود ضعف در ضریب اشغال تخت بیمارستان را ناشی از نواقص موجود در درمانگاه‌های آن و تعامل ضعیف این بخش با سایر بخش‌های بیمارستان می‌دانند (۵). نظام ارزشیابی بیمارستان‌ها و سازمان‌های خدمات سلامت ایران در حیطه ارزشیابی دارای اشکالات عمده‌ای همانند استاندارد نبودن سؤالات، وجود ابهام و ذهنی بودن آن استانداردها، استاندارد نبودن و ناهمگونی فرآیند ارزشیابی، استاندارد نبودن نظام جمع‌آوری و ثبت اطلاعات، عدم آموزش کافی ارزیابان و مسایلی از این دست می‌باشد (۶) که بدون شک بخش درمانگاه‌های تخصصی بیمارستان نیز از این قاعده مستثنی نیست. همچنین لازم به ذکر است که نظام نوین اعتباربخشی کشور که قرار است در آینده نزدیک به اجرا درآید فاقد استانداردهای ارزشیابی درمانگاه‌ها و به طور کلی مراقبت‌های سرپایی می‌باشد. اگرچه اعتباربخشی، فرآیندی است که باید بر اساس نیازها و انتظارات یک کشور طراحی شود، ابزارها و مدل‌های مورد استفاده در این سیستم‌ها باید بر پایه شناسایی و استفاده از تجربیات سایر کشورها پایه‌ریزی گردند (۳). بنابراین هر کشور یا سازمانی که بخواهد یک برنامه اعتباربخشی را راه‌اندازی نماید بایستی به منظور استفاده از تجربیات دیگران، جلوگیری از دوباره کاری و اتلاف منابع، از یک یا چند سازمان بزرگ و پیشرو در این زمینه الگوبرداری کرده و برای ایجاد سازگاری و تطابق با عرصه جدید، نسبت به بومی‌سازی آن استانداردها اقدام کند. منظور از بومی‌سازی یک مدل، سازگار کردن و مطابقت دادن آن با قوانین ملی و الزامات فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و مذهبی خاص آن کشور می‌باشد که یک مرحله حساس و مهم از فرآیند توسعه استانداردها می‌باشد و این همان کاری است که تمامی کشورهای پیشرو انجام داده‌اند. برای مثال JCI[1] برخلاف شاخه ملی آن یعنیJCAHO[2]، جهت سازگاری با شرایط بین‌المللی، قوانین و الزامات ملی آمریکا را در استانداردهای بین‌المللی خود حذف کرده است (۷). ایرلند برای اعتباربخشی از CCHSA[3] کانادا الگوبرداری کرده (۸) و در منطقه EMRO[4] نیز برنامه‌های اعتباربخشی مصر و لبنان به ترتیب از بنیاد USAID[5] آمریکا و بانک جهانی منشاء گرفته‌اند (۹).

با توجه به فقدان مدل بومی اعتباربخشی درمانگاه‌ها و نظر به طیف گسترده مخاطبان و لزوم توجه به بهبود مستمر کیفیت در خدمات این بخش، مطالعه حاضر درصدد طراحی مدل ملی اعتباربخشی بخش درمانگاه‌های تخصصی بوده است. پژوهشگران امیدوارند بتوانند از این طریق گام بلندی در جهت بهبود عملکرد نظام سلامت و متعاقباً سلامت جامعه بردارند.

روش کار

در این مطالعه، پژوهشگران ابتدا اقدام به انجام یک مرور نظام‌مند به منظور شناسایی بهترین مدل‌های جهان و منطقه برای الگوسازی (به‌گزینی)[6] نمودند. این بخش از پژوهش، یک

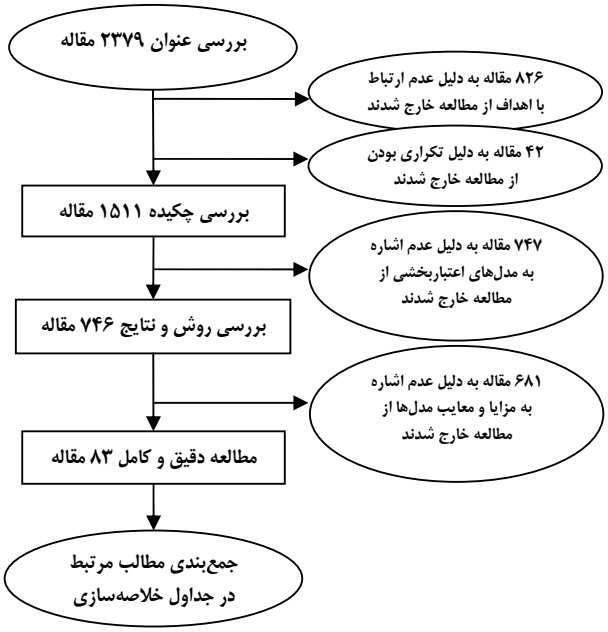
[1] Joint Commission International
[2] Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
[3] Canadian Council on Health Services Accreditation
[4] Regional Office for the Eastern Mediterranean
[5] United States Agency for International Development
[6] Benchmarking

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

مطالعه مروری سیستماتیک می‌باشد که در پایگاه‌های داده SID، Ovid Medline و PubMed با استفاده از کلیدواژه‌های accreditation, hospital, practice, medical, clinic, accreditation models, و health care در بازه زمانی ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۰ انجام گرفت. استفاده از این نوع مطالعه برای شناسایی مدل‌های مرجع به این دلیل بود که در آن از تمامی دانش موجود در منابع علمی معتبر استفاده شد و اطلاعات جامع و پالایش شده‌ای را نصیب پژوهشگران ساخت. حاصل جستجوی فوق، ۲۳۷۹ مقاله بود که با توجه به معیارهای ورود و خروج، مرتبط‌ترین مقالات با اهداف مطالعه انتخاب شدند. معیار ورود و خروج مقالات در این مطالعه، انگلیسی و فارسی زبان بودن مقالات، بررسی مدل‌های اعتباربخشی و اشاره به مزایا و معایب برنامه‌های مختلف اعتباربخشی بوده است؛ به طوری که بتوان از آن‌ها برای مقایسه مدل‌ها و انتخاب مدل مرجع استفاده کرد (۱۰). برای این منظور، در مرحله اول، ابتدا عناوین تمامی مقالات مورد بررسی قرار گرفت و ۸۲۶ مقاله به دلیل عناوین غیر مرتبط با اهداف پژوهش و ۴۲ مقاله به علت تکراری بودن از بررسی خارج شدند. در مرحله دوم، چکیده ۱۵۱۱ مقاله باقی‌مانده از مرحله قبل، مورد بررسی قرار گرفت و ۷۴۷ مقاله دیگر به علت عدم اشاره به مدل‌های اعتباربخشی از مطالعه خارج شدند. در سومین مرحله از این فرآیند، ۷۶۴ مقاله باقی‌مانده به طور کامل مورد بررسی قرار گرفتند و ۶۸۱ مقاله به دلیل عدم اشاره به مزایا و معایب مدل‌ها از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۸۳ مقاله مرتبط با هدف مطالعه، شناسایی و انتخاب شدند (نمودار ۱). هشتاد و سه مقاله انتخابی، مورد مطالعه دقیق قرار گرفته و مهم‌ترین نکات مربوط به مزایا و معایب مدل‌ها استخراج و در جدول خلاصه‌سازی جمع‌بندی گردید.

پس از شناسایی مدل‌های اعتباربخشی، پژوهشگران سعی در به دست آوردن استانداردهای مدل‌های برتر کردند و تمامی آن‌ها را به دقت مطالعه کردند. سپس تمامی استانداردهای مرتبط با بخش درمانگاه‌های تخصصی بیمارستان را در پرسشنامه‌ای گردآوری کردند و برای ارایه به صاحب‌نظران با استفاده از مطالعه دلفی آماده نموده و در جداولی که هر استاندارد از دو جنبه اهمیت و قابلیت اجرایی با استفاده از مقیاس لیکرت ۱ (نامناسب‌ترین حالت) تا ۹ (مناسب‌ترین حالت) درجه‌بندی شده بود وارد کردند.

از مزایای تکنیک دلفی می‌توان به گردآوری و استفاده از نظرات صاحب‌نظران دارای فاصله جغرافیایی، آزادی افراد در بیان نظرات خود، مشارکت خبرگان در زمانی که تمایل دارند و انجام آن با هزینه‌ای اندک اشاره نمود (۱۱). فن دلفی، در عرصه سلامت به منظور توافق بر خطوط راهنمای مراقبت اولیه، شناسایی و توافق بر نشانگرهای کیفیت، تعیین اولویت‌های مراقبت‌های درمانی و تحقیقاتی، تعیین استانداردها، سنجش اعتبار مدل‌ها، تولید دستورالعمل‌ها، برنامه‌ریزی‌های درمانی، ارایه تعاریف علمی برای موضوعات بالینی، ارزیابی ابزارهای ارزشیابی فنی و مواردی از این دست استفاده می‌شود (۲۱ -۱۲).



نمودار ۱- رویکرد مرور نظام‌مند مقالات جستجوشده

صاحب‌نظران این پژوهش که در واقع اعضای پانل خبرگان مطالعه دلفی را تشکیل می‌دادند شامل مسؤولین و کارشناسان ستادی بخش اعتباربخشی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، جمعی از کارشناسان و نویسندگان کتب و استانداردهای کنونی وزارت بهداشت، همچنین اعضای بورد تخصصی و اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی شاغل در دانشگاه‌های معتبر کشور بودند که در مجموع تعداد ۲۷ نفر از آنان برای شرکت در این مطالعه انتخاب شدند. بنابر بررسی‌های صورت گرفته، در مطالعه دلفی‌ای که شرکت‌کنندگان همگن باشند تعداد ۱۰ تا ۱۵ نمونه برای انجام دلفی کافی خواهد بود (۲۴ -۲۲). بر همین مبنا پژوهشگران تعداد ۲۷ نفر را انتخاب کردند تا درصورت ریزش در تعداد پاسخ‌دهندگان در طول مطالعه، اعتبار پژوهش حفظ گردد.

علی‌رغم این که در مطالعات مختلف، بر سر آستانه توافق اختلاف نظر وجود ندارد لیکن غالب صاحب‌نظران، اتفاق نظر ۷۰ تا ۸۰ درصدی را نشانه دستیابی به اجماع می‌دانند (۲۲ و ۲۳). با

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

توجه به این که مقیاس مورد استفاده در این مطالعه، یک مقیاس ۹ درجه‌ای بود لذا باید نقطه ۵ را به عنوان نقطه بی‌طرف یا خنثی انتخاب می‌کردیم. در این حالت مطالعه دارای ۳ محدوده بود: محدوده عدم موافقت از ۱ تا ۳، محدوده خنثی از ۴ تا ۶ و محدوده موافقت از ۷ تا ۹. به این ترتیب، استانداردهای با میانه امتیاز پایین‌تر از ۴ حذف شدند؛ استانداردهای با میانه امتیاز بالای ۷ پذیرش شدند و استانداردهای با میانه امتیاز ۴ تا ۷ به دور بعدی دلفی وارد شدند (۲۵). بر اساس مطالعات صورت گرفته، به منظور حفظ ارزش و اعتبار مطالعه، میزان پاسخ‌دهی صاحب‌نظران[7] در هر دور دلفی نباید کمتر ۷۰٪ باشد (۲۶) و در صورتی که میزان تغییرات امتیازات داده شده توسط صاحب‌نظران در طی دو دور متوالی کمتر از ۱۵٪ باشد اجماع و اتفاق نظر بر موضوع مورد بررسی اتفاق افتاده است (۱۲). پس از انتخاب استانداردهای مناسب برای استفاده در عرصه نظام سلامت کشور با استفاده از تکنیک دلفی، پژوهشگران بر اساس مدل‌های بزرگ اعتباربخشی جهان اقدام به طراحی اجزای مناسب برای این استانداردها خواهند نمود و مدل طراحی شده نهایی خواهد شد.

نتایج

در بخش انتخاب مدل‌های رایج مرجع برای الگوبرداری در طراحی مدل، پژوهشگران بر اساس مؤلفه‌های مناسب و بر مبنای شواهد[8]، اقدام به جستجو و انتخاب بهترین مدل‌ها کردند. در جدول ۱، مدل‌های بزرگ اعتباربخشی دنیا بر اساس شاخص‌های تعریف شده با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. شش شاخص اول، اهداف اعتباربخشی بوده و بقیه شامل ویژگی‌های برگرفته از بررسی متون می‌باشند. در جدول ۱، وضعیت مدل‌ها در شاخص‌های تعریف شده نسبت به یکدیگر با علامت (*) مشخص شده است و بدیهی است که تعداد بیشتر ستاره‌ها به معنی وضعیت مطلوب‌تر مدل نسبت به سایر مدل‌ها می‌باشد. علامت (-) به معنی نبود شاخص مورد نظر و کادر خالی به معنی عدم اشاره به آن شاخص در مقالات بررسی شده می‌باشد.

بر اساس مؤلفه‌های مقایسه‌ای تعریف شده، مدل اعتباربخشی JCAHO، دارای وضعیت مناسبی در زمینه مؤلفه‌های مربوط به اهداف اعتباربخشی و مؤلفه‌های استخراج شده از بررسی متون می‌باشد. این مدل دارای تأثیر قابل توجه بر ارتقای کیفیت، بهبود ایمنی و ایجاد یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت می‌باشد، اقدام به ایجاد بانک اطلاعاتی سازمان‌های ارایه دهنده خدمات سلامت نموده است و یک شعبه مخصوص برای فعالیت‌های بین‌المللی خود طراحی کرده است. مؤسسه مذکور، به سازمان‌های اعتباربخشی و سایر سازمان‌های بزرگ در زمینه خدمات سلامت و نیز به مراکز ارایه دهنده خدمات سلامت مشاوره می‌دهد، بر کارایی و اثربخشی تأکید ویژه دارد و بیشترین سطح اعتماد عمومی را ایجاد کرده است. این مدل همواره استانداردهای خود را که دارای بیانیه هدف هستند به روزرسانی می‌کند، نوآوری‌های لازم را اعمال می‌کند و آن‌ها را با شرایط جدید وفق می‌دهد. مدل JCAHO، بر ایجاد یک محیط اخلاقی و مبتنی بر حقوق بیمار تأکید دارد و به مدیریت اطلاعات و استفاده از قابلیت‌های فن‌آوری‌های کامپیوتری در ارایه خدمات سلامت توجه دارد. مدل اعتباربخشی JCAHO، مادر اعتباربخشی به شمار می‌آید و فعالیت‌هایش دامنه وسیعی از خدمات سلامت را در بر می‌گیرد، بیشترین سطح ارتباط مؤثر با ذی‌نفعان را داشته و در ارتباط با شاخص AGIL در وضعیت مطلوبی قرار دارد. این مدل، یک مدل داوطلبانه و غیردولتی است که برای استفاده در سازمان‌های مختلف، مناسب تشخیص داده شده است. علاوه بر این، مدل مذکور دارای سطح رشد مناسبی در فعالیت‌های ملی و بین‌المللی می‌باشد. پس از JCAHO، مدل CCHSA کانادا، از نظر شاخص‌های تعریف شده دارای وضعیت مطلوبی نسبت به سایر مدل‌ها بوده و از کیفیت بالاتری برخوردار است. سایر مدل‌های بزرگ و رایج مانند ACHS، ANAES، QHNZ و مدل‌های انگلستان نیز دارای شرایط کمابیش مناسبی هستند و در وضعیت مشابهی به سر می‌برند. همچنین از میان مدل‌های منطقه‌ای (EMRO) نیز مدل اعتباربخشی لبنان و مصر به عنوان مدل‌های قابل قبول انتخاب شدند (۱ و ۱۰).

در ادامه، پژوهشگران اقدام به بررسی مدل‌ها کردند و به این نتیجه رسیدند که تنها مدل‌های اعتباربخشی JCAHO آمریکا و CCHSA کانادا دارای استانداردهای مرتبط با این بخش تحت عنوان Ambulatory Care می‌باشند که از تمامی آن‌ها در طراحی پرسشنامه دلفی استفاده شد. برای بخش درمانگاه، از بخش مراقبت‌های سرپایی مدل‌های اعتباربخشی آمریکا و کانادا و نیز از استانداردهای مرتبط که به صورت پراکنده در سایر مدل‌ها و بخصوص در مدل‌های بخشی انتخابی وجود داشت استفاده گردید. به دلیل محدودیت شدید در استانداردهای بخش درمانگاه در مدل‌های انتخابی مرجع، تیم پژوهش به منظور اغتنای هر چه بیشتر مدل نهایی، اقدام به انجام بررسی‌ها و

[7] Response Rate
[8] Evidenced Based

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

مطالعات گسترده در کتب و منابع مربوط به مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی نمود و از استانداردهای موجود در آن‌ها استفاده کرد. در نهایت تعداد ۷۳ استاندارد در یک عنوان واحد (استانداردهای درمانگاه‌های تخصصی بیمارستان)، انتخاب و در قالب تعریف شده فوق وارد گردیدند. در ابتدای پرسشنامه، علاوه بر معرفی پژوهش، صفحه‌ای تحت عنوان مشخصات فردی پاسخ دهندگان، برای ثبت ویژگی‌های شخصی و شغلی و همچنین نحوه تماس با آنان در نظر گرفته شده بود. در بخش دلفی این مطالعه، بر اساس معیارهای ورود و خروج، تعداد ۲۷ صاحب‌نظر انتخاب شدند که ترکیب و تعداد آن‌ها در جدول ۲ آمده است. لازم به ذکر است که به دلیل احتمال وجود هر یک از صاحب‌نظران در بیش از یک گروه از صاحب‌نظران، جمع درصدهای گروه‌های مشخص شده برای آنان می‌تواند بیش از ۱۰۰٪ باشد.

جدول ۱- مقایسه مدل‌های اعتباربخشی رایج، بر اساس ۲۵ شاخص تعریف شده

شاخص ارزیابی / نام سازمان	JCAHO	CCHSA	ACHS[1]	ANAES[2]	QHNZ[3]	مدل‌های انگلستان
تأثیر بر بهبود کیفیت	❊❊❊	❊❊	❊❊	❊	❊	❊
تأثیر بر بهبود ایمنی	❊*❊❊	❊❊	❊	❊	❊	❊
بهبود یکپارچگی مدیریت خدمات سلامت	❊❊❊	❊❊	❊	❊	❊	❊
ایجاد بانک اطلاعاتی	❊					
ارایه مدل مخصوص فعالیت‌های بین‌المللی	❊	–	–	–	–	–
ارایه مشاوره به سایر مدل‌های اعتباربخشی	❊❊❊	❊	❊	❊	❊	❊
تقویت اعتماد عمومی	❊**❊	❊❊	❊	❊	❊	❊
تأکید بر کارایی و اثربخشی	❊❊❊	❊❊	❊	❊	❊	❊
ارایه نوآوری‌ها	❊*❊❊	❊❊	❊	❊	❊	❊
تأثیر بر استانداردهای جهانی	❊*❊❊	❊❊	❊	❊	❊	❊
توجه به حقوق بیمار و ایجاد محیط اخلاقی	❊❊❊	❊	❊	❊	❊	❊
توجه به مدیریت اطلاعات	❊❊❊	❊	❊	❊	❊	❊
قدمت سازمان	❊❊❊❊	❊❊❊	❊❊	❊	❊	❊
ارتباط مؤثر با ذی‌نفعان	❊❊❊	❊❊	❊❊	❊❊	❊❊	❊❊
گزارش‌دهی عمومی مناسب	❊❊❊	❊❊	❊❊	❊❊	❊❊	❊❊
مناسب بودن از نظر شاخص AGIL	❊❊❊	❊❊❊	❊	❊❊		
گستردگی حیطه فعالیت	❊❊❊	❊❊	❊❊	❊	❊❊	❊
دارا بودن تأییدیه ISQua	❊	❊	❊	–	–	❊
دارا بودن انواع استانداردهای عملکردی	❊	❊	–	–	–	❊
دارا بودن بیانیه هدف برای استانداردها	❊	❊	❊	–	–	–
داوطلبانه بودن مدل	❊	❊	❊	–	❊	❊
غیر دولتی بودن مدل	❊	❊	❊	–	–	❊
مناسب بودن برای سازمان‌های مختلف	❊					
بزرگی و توانمندی سازمان	❊*❊❊	❊❊	❊	❊	❊	❊
روند روبه رشد در فعالیت بین‌المللی مدل	❊					

[1]Australian Council on Healthcare Standards; [2]Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; [3]Quality Health New Zealand

جدول ۲- محل فعالیت صاحبنظران شرکت کننده در مطالعه

پاسخ دهندگان	فراوانی	درصد
مدیران و کارشناسان دفتر اعتباربخشی وزارت بهداشت	۹	۳۳/۳
طراحان و نویسندگان استانداردهای کنونی اعتباربخشی بیمارستان‌ها	۷	۲۵/۹
مدیران رده بالای وزارت بهداشت	۴	۱۴/۸
اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی از دانشگاه‌های معتبر کشور	۱۶	۵۹/۳
اعضای بورد تخصصی علوم مدیریت و اقتصاد سلامت	۵	۱۸/۵

در دور اول دلفی، پژوهشگران با مراجعه به وزارت بهداشت و درمان، دانشگاه‌ها، دفاتر و یا بیمارستان‌های محل خدمت خبرگان انتخابی، اقدام به معرفی پژوهش و توزیع پرسشنامه نمودند. پس از دادن یک زمان ۴۵ روزه به صاحب‌نظران برای پاسخ به پرسشنامه و پیگیری‌های مداوم تیم پژوهش، دور اول دلفی با جمع‌آوری تعداد ۲۰ پرسشنامه (میزان پاسخ ۷۴٪) به پایان رسید. در مرحله بعد، تمامی پرسشنامه‌ها تحلیل شدند و بر اساس نتایج تحلیل، پرسشنامه‌ای برای ورود به دور دوم دلفی طراحی گردید. در این مرحله، مطابق اصول رایج، استانداردهایی که امتیاز کمتر از ۴ کسب کرده بودند از مطالعه حذف و استانداردهایی که امتیاز بالای ۷ داشتند مستقیماً مورد پذیرش قرار گرفتند. استانداردهایی که امتیاز بین ۴ تا ۷ را کسب نموده بودند نیز به دور دوم دلفی راه یافتند. با توجه به این که هیچ یک از استانداردها امتیاز کمتر از ۴ کسب نکرده بودند، در این مرحله هیچ یک از استانداردها حذف نشدند و تمامی استانداردها به جز ۱۰ مورد از آن‌ها که امتیاز بین ۴ تا ۷ را کسب کرده بودند، از هر دو جنبه اهمیت و قابلیت اجرایی مورد پذیرش صاحب‌نظران قرار گرفتند. نتایج تحلیل پرسشنامه‌ها در دور اول و دوم دلفی در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل پرسشنامه ها در دور اول دلفی

تعداد استانداردها	کل استانداردها	پذیرفته شده	پذیرفته نشده	ورود به دور بعدی
دور اول	۷۳	۶۳	–	۱۰
دور دوم	۱۰	۵	۵	–

برای دور دوم مطالعه، ۱۰ مورد استاندارد که امتیاز بین ۴ تا ۷ را کسب کرده بودند در قالب یک پرسشنامه جدید طراحی شد

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

که حاوی میانه نمرات صاحب‌نظران و نیز نمره هر صاحب‌نظر در دور اول بود. در این مرحله صاحب‌نظران با ملاحظه این موارد، اقدام به نمره‌دهی مجدد به استانداردها نمودند. برای گردآوری داده در دور دوم دلفی، پژوهشگران مجدداً با مراجعه حضوری اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها در میان پاسخ دهندگان قبلی نمودند. پس از دادن زمان یک ماهه به خبرگان جهت پاسخگویی، پرسشنامه‌ها مجدداً جمع‌آوری شدند و از تعداد ۲۰ پرسشنامه توزیعی، تعداد ۱۷ پرسشنامه به دست آمد (میزان پاسخ ۸۵٪). در این مرحله در مجموع، تعداد ۵ استاندارد پذیرش و ۵ استاندارد نیز به دلیل عدم کسب نمره قابل قبول در حداقل یکی از جنبه‌های مورد بررسی و رسیدن به نقطه اشباع (تغییر امتیاز کمتر از ۱۵٪) از ورود به مدل نهایی بازماندند. میانگین و انحراف‌معیار نمرات به دست آمده برای مجموع استانداردها به ترتیب برابر با ۷/۸ و ۱/۱± بود. در ادامه، پژوهشگران برای تمامی استانداردها اجزای ضروری استانداردها، شامل بیانیه هدف (فلسفه وجودی استاندارد) و عناصر قابل سنجش (اجزای عینی برای سنجش پایا و دقیق استاندارد) تدوین نمودند. در ادامه بسیاری از استانداردها به سبب مشابه بودن و قرابت مفهومی ادغام و در نهایت مدلی با ۳۸ استاندارد طراحی و تدوین گردید.

مدل به دست آمده دارای طیف گسترده و جامعی از استانداردهای مدیریت صحیح درمانگاه، ارتقای مستمر کیفیت، ترویج فرآیند محوری، افزایش ایمنی، مدیریت خطر، ترویج کار تیمی و مشارکت بین بخشی، حقوق بیمار، استمرار خدمت، فضای فیزیکی مناسب و مدیریت تأسیسات، خدمات اداری و پشتیبانی مناسب و توانمندی پرسنل بالینی می‌باشد و تقریباً همه عملکردهای اساسی مرتبط با درمانگاه‌ها و مراقبت سرپایی را پوشش می‌دهد. مدل فوق، در پاییز سال ۹۰ در سه بیمارستان امام رضا، شهید مدنی و سینای تبریز مورد بررسی مقدماتی[9] قرار گرفت و بدون تغییر در تعداد استانداردها و با اندک تغییراتی در محتوای آن‌ها مورد تأیید صاحب‌نظران و کارکنان بالینی و مدیریتی مراکز یاد شده قرار گرفت.

بحث

هدف حد واسط این مطالعه، طراحی مدل ملی اعتباربخشی برای ارزشیابی درمانگاه‌های تخصصی بیمارستان و هدف نهایی آن، ارتقای شاخص‌های عملکردی بیمارستان بود. پژوهشگران با استفاده از جدیدترین و اثربخش‌ترین روش‌های علمی اقدام به این مطالعه کردند. در این مطالعه، به دلیل انتخاب بهترین مدل‌های اعتباربخشی در سطح جهان و منطقه، و تهیه مجموعه مناسبی از استانداردها از میان آن‌ها برای مدل عملکردی، و انتخاب بهتری منابع مدل‌ها، منابع علمی و تجربیات موفق برای طراحی مدل درمانگاه‌های تخصصی (بخشی)، درصد بسیار بالایی از استانداردها در مراحل مختلف مطالعه مورد پذیرش صاحب‌نظران قرار گرفتند. در این پژوهش، کسب امتیازات بالا توسط استانداردها و افت اندک تعداد صاحب‌نظران شرکت کننده در مطالعه، نوید امکان طراحی مدلی قابل قبول و اثربخش را می‌دهد.

در طراحی مدل یاد شده، ۱۴ مورد از استانداردهای نهایی از مدل کانادا (از مجموع ۱۷ استاندارد این مدل) و ۴ مورد دیگر نیز از مدل آمریکا (از مجموع ۱۳ استاندارد آن) به دست آمدند. سایر استانداردها (۲۰ مورد) از کتب معتبر مدیریت بهداشت و درمان داخلی و خارجی، مقالات معتبر و تجربیات شخصی نویسندگان در ارتقای کیفیت و بهبود حقوق بیمار در عرصه‌های مختلف نظام سلامت و برگزاری نشست‌ها با صاحب‌نظران امر به دست آمد. بر این اساس مدل حاضر از نظر تعداد استانداردها، گستره موارد تحت پوشش و غنای محتوایی استانداردها از تمامی مدل‌ها اعتباربخشی موفق دنیا (و حتی مدل‌های مرجع خود یعنی آمریکا و کانادا) برتر و غنی‌تر می‌باشد. همچنین این مدل به مانند مدل‌های معتبر اعتباربخشی دنیا دارای اجزای ضروری استانداردها می‌باشد که این امر به معنی تکامل آن، سهولت شناخت آن برای ارزشیابی شونده و آموزش بهتر آن به ارزشیابی کننده می‌باشد.

مدل اعتباربخشی JCAHO آمریکا که بانی اعتباربخشی در جهان به شمار می‌رود و تکامل یافته‌ترین مدل می‌باشد در مجموع دارای ۱۳ استاندارد در رابطه با خدمات سرپایی می‌باشد که به صورت عام برای استفاده در درمانگاه‌ها نیز مناسب می‌باشد. به سبب این که مدل حاضر علاوه بر مدل آمریکا از مدل‌های معتبر دیگر و نیز کتب معتبر علمی و نظرات صاحب‌نظران استفاده نموده است دارای غنای محتوایی بیشتر و استانداردهای جامع‌تری نیز می‌باشد. این مدل به مانند مدل طراحی شده موجود، برای تمامی استانداردهای خود دارای "بیانیه هدف" و عناصر عینی قابل اندازه‌گیری می‌باشد (۶). مدل اعتباربخشی کانادا نیز که در کنار مدل اصلی آمریکا دارای شهرت و اعتبار ویژه‌ای است، در مجموع دارای ۱۷ استاندارد بسیار پخته و کاربردی می‌باشد که مدل طراحی شده در طی این پژوهش بیش از همه وام‌دار آن می‌باشد. این مدل همانند مدل

[9] Pilot Study

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

حاضر دارای "بیانیه هدف" و "عناصر عینی قابل اندازه‌گیری" برای تمامی استانداردهای خود می‌باشد (۶).

سایر مدل‌های مرجع انتخابی طی این پژوهش مانند مدل‌های اعتباربخشی استرالیا، فرانسه و انگلستان و یا مدل‌های منطقه‌ای، دارای ضعف محسوسی در این رابطه بوده و فاقد هر گونه استاندارد برای خدمات سرپایی می‌باشند؛ لذا قابلیت مرجع قرار گرفتن در این رابطه را ندارند و نیازمند حرکت در این مسیر و توجه ویژه به این مقوله مهم و حیاتی می‌باشند (۶).

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به حجم کاری بالای خبرگان و عدم دسترسی مناسب به آنان و همچنین فاصله مکانی زیاد بین پژوهشگران و غالب صاحب‌نظران، و حجم بالای سؤالات پرسشنامه دور اول اشاره نمود که سبب پاسخ‌دهی دیرهنگام یا عدم پاسخ‌گویی بعضی از صاحب‌نظران به مطالعه می‌شد. به دلیل نوپا بودن مبحث اعتباربخشی در کشور و کمبود افراد با تجربه و دارای دانش کافی در این زمینه، پژوهشگران برای انتخاب افراد مشارکت کننده در پانل خبرگان دارای محدودیت بودند.

پیشنهاد تیم پژوهشی، پایلوت به موقع این مدل و اجرایی شدن زود هنگام آن در سطح کشور می‌باشد تا فاصله تئوری و عمل (که از معضلات مدیریتی کشور و نظام سلامت ما می‌باشد) کوتاه شده و شاهد ارتقای عملکرد این بخش از نظام سلامت به خصوص بهبود مستمر کیفیت در آن باشیم.

نتیجه‌گیری

با توجه به انجام این مطالعه بر اساس معتبرترین و روزآمدترین روش‌های علمی و استفاده از نظرات بهترین صاحب‌نظران کشور در انجام آن و نظر به اهمیت روزافزون مقوله اعتباربخشی، مدل حاضر می‌تواند گام ارزشمندی در جهت کارآمدی و اثربخش‌تر نمودن سیستم اعتباربخشی کشور و متعاقباً ارتقای عملکردها و بهبود مستمر کیفیت در درمانگاه‌های تخصصی و مراقبت‌های سرپایی بردارد.

تشکر و قدردانی

در پایان، پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند که از همکاری صمیمانه خبرگان گرانقدر که علی‌رغم مشغله کاری و حجم بالای پرسشنامه دلفی، با سعه صدر پاسخگوی پرسشنامه مطالعه بودند و همچنین از معاونت پژوهشی دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز که بودجه مورد نیاز این مطالعه را تأمین نموده است کمال تشکر و قدردانی را بنمایند.

References

1- Tabrizi JS, Gharibi F, Wilson AJ. Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Models. Health Promotion Perspectives 2011;1(1):1-31.
2- Safdari R, Meidani Z. Health Services Accreditation Standards for Information Management in Canada, New Zealand and USA: A Comparative Study. Journal of Research in Health Sciences 2006;6(1):1-7.
3- Rooney AL, Van Ostenberg PR. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. USA: Center for Human Services (CHS); 1999.
4- Griffin D. Hospitals: What they are and how work. Tehran: Enteshatate Jahade Daneshgahie Tehran; 2006. (in Persian)
5- Sadaqiani E. Organization and management of hospital. Tehran: Jahan Rayaneh; 1998. (in Persian)
6- Gharibi F, Tabrizi JS. Design of national accreditation model on organizational performance & specialize clinics of hospital. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2011. (in Persian)
7- Donahue KT, Van Ostenberg P. Joint Commission International Accreditation: relationship of four models of evaluation. International Journal for Quality in Health Care 2000;12(3):243-6.
8- Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004.
9- Emami Razavi S, Mohaqeq M. Hospital accreditation standards. Tehran: Markaze Nashre Sedaa; 2008. (in Persian)
10- Tabrizi JS, Gharibi F. Systematic review of health care accreditation models to design of national model. Kurdistan Journal 2011;16(3):95-109.
11- Marshall AP, Currey J, Aitken LM, Elliott D. Key stakeholders' expectations of educational outcomes from Australian critical care nursing courses: A Delphi study. Australian Critical Care 2007;20:89-99.
12- Culley JM. Use of a Computer-Mediated Delphi Process to Validate a Mass Casualty Conceptual Model. CIN: Computers, Informatics, Nursing 2011;29(5):272–9.
13- Cornick P. Nitric oxide education survey: Use of a Delphi survey to produce guidelines for training neonatal nurses to work with inhaled nitric oxide. Journal of Neonatal Nursing 2009;12:62-8.
14- Janssen PF, Br€olmann HAM, Huirne JAF. Recommendations to Prevent Urinary Tract Injuries during Laparoscopic Hysterectomy: A Systematic Delphi Procedure among Experts. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2011;18:314-21.
15- Dahmena R, Van der Wildenc GJ, Lankhorstd GJ, Boers M. Delphi process yielded consensus on terminology and research agenda for therapeutic footwear for neuropathic foot. Journal of Clinical Epidemiology 2008;61:819-26.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

16- Efstathioua N, Ameenb J, Collc AM. Healthcare providers' priorities for cancer care: A Delphi study in Greece. European Journal of Oncology Nursing 2007;11:141-50.
17- Randic L, Carley S, Mackway-Jones K, Dunnc K. Planning for major burns incidents in the UK using an accelerated Delphi technique. Burns 2002;28:405-12.
18- Verhagen AP, de Vet HCW, de Bie RA, Kessels AGH, Boers M, Bouter LM, et al. The Delphi List: A Criteria List for Quality Assessment of Randomized Clinical Trials for Conducting Systematic Reviews Developed by Delphi Consensus. The Journal of Clinical Epidemiology 1998; 51(12):1235-41.
19- Cox J, Halkett G, Anderson C, Heard R. A Delphi study on research priorities in radiation therapy: The Australian perspective. Radiography 2010;16:26-39.
20- Ferguson ND, Davis A, M, Slutsky AS, Stewart TE. Development of a clinical definition for acute respiratory distress syndrome using the Delphi technique. Journal of Critical Care 2005;20:147- 54.
21- Palter VN, MacRae HM, Grantcharov TP. Development of an objective evaluation tool to assess technical skill in laparoscopic colorectal surgery: a Delphi methodology. The American Journal of Surgery 2011;201:251-9.
22- Hung HL, Altschuld JW, Lee YF. Methodological and conceptual issues confronting a cross-country Delphi study of educational program evaluation. Evaluation and Program Planning 2008;31:191-8.
23- Zeigler VL, Decker-Walters B. Determining Psychosocial Research Priorities for Adolescents with Implantable Cardioverter Defibrillators Using Delphi Methodology. Journal of Cardiovascular Nursing 2010;25(5):398-404.
24- Southard PB, Kumar S, Southard CA. A Modified Delphi Methodology to Conduct a Failure Modes Effects Analysis: A Patient-Centric Effort in a Clinical Medical Laboratory. Q Manage Health Care 2011;20(2):131-51.
25- Lee PP, Sultan MB, Grunden JW, Cioffi GA. Assessing the Importance of IOP Variables in Glaucoma Using a Modified Delphi Process. Glaucoma Journal 2010;19(5):281-7.
26- Keeney S, Hasson F, McKenna HP. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. International Journal of Nursing Studies 2001;38:195-200.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]

Development of a National Accreditation Model in Specialized Clinics of Hospitals

Tabrizi JS[1] (PhD), Gharibi F[1*] (MSc), Ramezani M[2] (PhD)

[1]*Tabriz Health Services Management Research Center (NPMC); Department of Health Services Management, Faculty of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*

[2]*Department of Community Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Received: 7 Feb 2012, Accepted: 27 Aug 2012

Abstract

Introduction: Accreditation is an important field in health services evaluation that helps health care organizations to gain acceptable situation in performance indicators. The purpose of this system is making a framework for continuous quality improvement to meet health system goals. This study aimed to design an evidence-based national accreditation model for specialized clinics of hospitals.

Methods: This descriptive study was conducted from 2009 to 2011. Following a systematic literature review in the SID, Ovid Medline, and PubMed databases using relevant key words, several accreditation models and related standards were extracted. All relevant standards were used to develop a Delphi questionnaire to gain experts opinions. Experts assessed and scored all standards based on two aspects of 'Importance' and 'performance'.

Results: In the systematic review phase, the JCAHO (USA) and CCHSA (Canada) accreditation models were chosen as the best models to benchmark. The Lebanon and Egypt accreditation models were also chosen as the best local (EMRO region) models. Related standards in the selected models were determined and used in our Delphi questionnaire with further standards obtained from the health services management text books. Two rounds Delphi study was done with high response rate. About 68 standards were accepted and 5 standards were rejected. Finally, the designed model was completed by merging similar standards, developing and debriefing essential elements of each standard.

Conclusion: The final designed model had 38 standards with 'content statement' and 'objective measurable components'. This model could be a comprehensive accreditation model in number, range and diversion of the standards. There is no doubt that application of this model might led to significant improvement in health centers performance and clients' satisfaction.

Key words: accreditation, specialized clinic, systematic review, Delphi technique

Please cite this article as follows:

Tabrizi JS, Gharibi F, Ramezani M. Development of a National Accreditation Model in Specialized Clinics of Hospitals. Hakim Research Journal 2012; 15(3): 229- 237.

*Corresponding Author: Department of Health Services Management, Faculty of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Tel: +98- 918- 1332935, Fax: +98- 411- 3340634, E-mail: farid_hc.manager@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-02-17]