

الگوی ملی اعتباربخشی مراکز بهداشتی و درمانی روستایی

جعفر صادق تبریزی^۱، فرید غریبی^{۲*}، سامره پیراهری^۳

۱. عضو مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تبریز (NPMC)، استادیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
 ۲. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
 ۳. دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۸۱۳۳۲۹۳۵. فکس: ۰۴۱۱۳۳۵۲۲۹۱. ایمیل: farid_hc.manager@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: اعتباربخشی مقبولترین سیستم ارزشیابی است که منجر به بهبود عملکرد نظام سلامت خواهد شد. با توجه به فقدان مدل ملی اعتباربخشی در عرصه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مطالعه حاضر با هدف طراحی مدل ملی اعتباربخشی مراکز بهداشتی و درمانی روستایی صورت گرفت.

روش کار: ابتدا مدل‌های اعتباربخشی مناسب جهت الگوبرداری شناسایی و از نظر دارا بودن استانداردهای مرتبط بررسی شدند، همچنین علاوه بر مطالعه کتب مرتبط، مصاحبه‌های تخصصی با صاحب‌نظران و بررسی وب سایت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انجام شد. سپس استانداردهای به‌دست آمده از دیدگاه صاحب‌نظران مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: پژوهشگران، مدل‌های JCAHO و CCHSA را به عنوان مدل‌های برتر شناسایی نمودند، اما دانشگاه‌های علوم پزشکی فاقد استانداردهای مناسب بودند. استانداردهای به‌دست آمده از مجموع روش‌ها، با استفاده از تکنیک دلفی و در دو دور به صاحب‌نظران ارائه گردید. در نهایت، تمامی استانداردها پذیرش و تعداد ۵۵ استاندارد به‌دست آمد.

نتیجه گیری: در این مطالعه مدلی با گستره و عمق مطلوب به‌دست آمد و دارای بیشترین تعداد استانداردهای مربوط با مراقبت بهداشتی اولیه در سطح جهان می‌باشد و پژوهشگران امیدوارند که استفاده از آن در مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، نویدبخش بهبود مستمر کیفیت باشد.

واژه‌های کلیدی: اعتباربخشی، عملکرد، مراکز بهداشتی درمانی روستایی

دریافت: ۹۱/۱۲/۱۷

پذیرش: ۹۲/۳/۷

مقدمه

امروزه تمامی دانشمندان مدیریت بر چهار وظیفه اصلی این علم یعنی برنامه‌ریزی، سازماندهی، رهبری و کنترل اتفاق نظر دارند که در کنترل، فعالیت‌ها و عملکرد سازمان با آنچه که در برنامه‌ریزی تعیین گردیده است مقایسه می‌شود و در صورت لزوم، اصلاحات لازم صورت می‌گیرد (۱). در این راستا، سازمان، نیازمند طراحی ابزارهای مناسب برای پایش،

ارزیابی و ارزشیابی خدمات ارائه شده می‌باشد و بی‌تردید اهمیت کنترل در نظام‌های سلامت به سبب ماهیت حیاتی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، مضاعف خواهد بود که اعطای مجوز، صدور گواهینامه و اعتباربخشی، روش‌هایی با اهداف و قابلیت‌های متفاوت برای دستیابی به الزامات کیفیت و اطلاعات عملکردی هستند (۲).

اعتباربخشی توانمندترین ابزار ارزشیابی و کنترل در نظام سلامت می‌باشد که مخصوص این عرصه طراحی شده و به صورت «تایید دستیابی یک سازمان مراقبت سلامت به استانداردهای از پیش تعیین شده به وسیله یک گروه ارزیاب همتای بیرونی مستقل و از همان سطح سازمانی» تعریف می‌گردد (۳، ۴). در صنایع مختلف، اعتباربخشی به عنوان نماد کیفیت شناخته می‌شود که از طریق آن، سازمان به استانداردهای عملکردی مشخصی دست می‌یابد و فرصتی برای سازمان مهیا می‌شود که عملیات خود را در برابر استانداردهای ملی یا بین‌المللی ارتقا دهد (۵).

اعتباربخشی به طور معمول برنامه‌ای داوطلبانه است که به وسیله یک موسسه غیردولتی (NGO) حمایت شده و ارزیابان آموزش دیده، شایستگی سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت را با استانداردهای عملکردی از پیش تعیین شده مورد سنجش قرار می‌دهند (۶، ۷). در طی این ارزشیابی، داده‌های لازم برای تصمیم‌گیری در مورد اعتباربخشی، از طریق بررسی مستندات، مصاحبه با مدیریت و پرسنل، مصاحبه با بیماران و مشاهدات مستقیم ارزشیابی‌کنندگان گردآوری و ثبت می‌شوند (۲).

اهداف عمده این سیستم شامل بهبود کیفیت خدمات سلامت از طریق تعیین اهداف مطلوب و قابل دستیابی در چارچوب استانداردها، بهبود یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت، تاسیس بانک اطلاعاتی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت به منظور دستیابی مطلوب به استانداردهای ساختاری، فرایندی و نتیجه‌ای و نیز ایجاد ضوابط و مقررات، کاهش خطرات و آسیب‌ها برای بیماران و پرسنل، تامین آموزش و مشاوره برای سازمان‌های خدمات سلامت، مدیران، و متخصصان سلامت در زمینه استراتژی‌های بهبود کیفیت و بهترین خدمت، تقویت اعتماد عمومی به کیفیت خدمات سلامت، و کاهش

هزینه‌های خدمات سلامت با تمرکز بر افزایش کارایی و اثربخشی خدمات ارائه‌شده می‌باشد (۸، ۹). نگاهی به گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که وضعیت شاخص‌های عملکردی نظام سلامت کشور در وضعیت نامناسبی به سر می‌برد به گونه‌ای که در بسیاری از این شاخص‌ها کشور ما در رتبه‌ای بالاتر از صد قرار دارد که این امر نیازمند توجه ویژه و انجام مداخلات ارتقایی است (۱۰). با توجه به تاثیر شگرف اعتباربخشی بر شاخص‌های عملکردی، بی‌تردید یکی از بهترین مداخلات ممکن، تدوین و اجرای یک برنامه ملی اعتباربخشی مناسب می‌باشد، زیرا استانداردهای کنونی کشور بسیار ناکارآمد بوده و از توانمندی کافی برخوردار نیستند (۱۱، ۱۲). همچنین با یک بررسی اجمالی بر ما آشکار خواهد شد که این ضعف‌ها و کاستی‌ها در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه (که خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز جامعه را در اولین سطح تماس با مردم ارائه می‌دهند) بیش از خدمات بیمارستانی مشهود هستند و نظام سلامت ما دچار غفلت مضاعف در این عرصه شده است.

با توجه به مطالب مطرح شده، مطالعه حاضر با هدف طراحی مدل ملی اعتباربخشی مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به انجام رسیده و امیدوار است با اجرایی شدن مدل حاضر، شاخص‌های عملکردی در این مراکز ارتقاء یافته و مفهوم بهبود مستمر کیفیت در این عرصه جلوه‌گر گردد.

روش کار

این مطالعه از نوع کیفی بوده و در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۱ در گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به انجام رسید. پژوهشگران پس از بررسی متون اولیه و شناخت مبانی اعتباربخشی، مدل‌های کمیسیون مشترک ایالات متحده (JCAHO, JCI)، مدل CCHSA کانادا و

مدل ACHS استرالیا را به عنوان مدل های برتر موجود در دنیا شناسایی نمودند (۱۳)، که از میان آنها دو مدل اول و به خصوص مدل کانادا دارای استانداردهای مرتبط مناسبی در رابطه با مراقبت های بهداشتی اولیه بودند اما معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور فاقد استانداردهای مناسبی برای ارزشیابی این مراکز بودند و جستجو در میان آنها نتیجه ای در بر نداشت. همچنین پژوهشگران به منظور وزن و پرمحتوا نمودن بیش از پیش مدل، از کتب و گزارشات مرتبط موجود در کشور و نیز مصاحبه یک یا چند نفره با صاحب نظران استفاده کردند.

به طور خلاصه می توان بیان نمود که از مجموع روش های مورد استفاده جهت گردآوری یا تدوین استانداردهای اولیه یعنی مدل های انتخابی مرجع، وب سایت های معاونت های پشتیبانی دانشگاه های علوم پزشکی کشور، بررسی کتب و گزارشات موجود در سطح کشور و نیز مصاحبه با صاحب نظران، تعداد ۷۴ استاندارد اولیه به دست آمده و در پرسشنامه دلفی وارد گردیدند.

در ادامه، برای بررسی صلاحیت حضور هر استاندارد در مدل ملی از دیدگاه صاحب نظران امر، از تکنیک دلفی استفاده گردید. به طور خلاصه می توان ویژگی های فن دلفی را بدین صورت خلاصه نمود:

۱) وجود پانل خبرگان، ۲) تکرار پاسخگویی به پرسشنامه ها به همراه ارائه بازخورد کنترل شده نتایج مراحل قبلی، ۳) تحلیل آماری پاسخ ها و ۴) گمنام بودن شرکت کنندگان (۱۴-۱۶). از مزایای دیگر این روش می توان به توانایی گردآوری و استفاده از نظرات صاحب نظران دارای فاصله جغرافیایی، آزادی افراد در بیان نظرات خود، مشارکت خبرگان در زمانی که تمایل دارند و انجام آن با هزینه ای اندک اشاره نمود (۱۷).

با اینکه در مطالعات مختلف، بر سر آستانه توافق اختلاف نظر وجود ندارد، لیکن غالب صاحب نظران،

اتفاق نظر ۷۰ تا ۸۰ درصدی را نشانه دستیابی به اجماع می دانند (۱۴، ۱۸). با توجه به اینکه مقیاس مورد استفاده در این مطالعه، یک مقیاس ۹ درجه ای بود، لذا باید نقطه ۵ را به عنوان نقطه بی طرف یا خنثی انتخاب نماییم. در این حالت مطالعه دارای ۳ محدوده خواهد بود: محدوده عدم موافقت از ۱ تا ۳، محدوده خنثی از ۴ تا ۶ و محدوده موافقت از ۷ تا ۹. که در این صورت استانداردهای با میانه امتیاز پایین تر از ۴ حذف، استانداردهای با میانه امتیاز بالای ۷ پذیرش و استانداردهای با میانه امتیاز ۴ تا ۷ به دور بعدی دلفی وارد می شوند (۱۹). بر اساس مطالعات صورت گرفته، به منظور حفظ ارزش و اعتبار مطالعه، میزان پاسخ دهی صاحب نظران^۱ در هر دور دلفی نباید کمتر از ۷۰ درصد باشد (۲۰) و در صورتی که میزان تغییرات امتیازات داده شده توسط صاحب نظران در طی دو دور متوالی کمتر از ۱۵ درصد باشد، اجماع و اتفاق نظر بر موضوع مورد بررسی، اتفاق افتاده است (۱۶).

در پایان برای مدل طراحی شده، اجزای ضروری استانداردها تدوین و مناسب بودن استانداردهای آن از منظر معیارهای معتبر بین المللی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت.

یافته ها

صاحب نظران این مطالعه را تعداد ۲۰ نفر از افراد دارای تجارب دانشگاهی و عملی تشکیل دادند که می توان آنان را در گروه های کارشناسان برجسته شاغل در مرکز بهداشت استان، اساتید دارای دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مدیران مراکز بزرگ تحقیقاتی، اعضای بورد تخصصی مدیریت و اقتصاد سلامت و طراحان مدل های اعتباربخشی موجود در کشور تشکیل دادند، که در جدول ۱، ترکیب آنها آورده شده است.

^۱ Response Rate

جدول ۱. ترکیب صاحب نظران شرکت کننده در مطالعه

پاسخ دهندگان	فراوانی	درصد
کارشناسان برجسته شاغل در مرکز بهداشت استان	۱۰	۶۶/۶
اساتید دارای دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	۷	۲۶/۶
مدیران مراکز بزرگ تحقیقاتی	۲	۱۳/۳
اعضای board تخصصی مدیریت و اقتصاد سلامت	۲	۱۳/۳
طراحان مدل های اعتباربخشی موجود در کشور	۲	۶/۶

پژوهشگران پس از شناخت مبانی اعتباربخشی، مدل های کمیسیون مشترک ایالات متحده (JCAHO)، مدل CCHSA کانادا و مدل ACHS استرالیا را به عنوان مدل های برتر موجود در دنیا شناسایی نمودند که از میان آنها دو مدل اول و بخصوص مدل کانادا دارای استانداردهای مرتبط مناسبی در رابطه با مراقبت های بهداشتی اولیه بودند، اما معاونت های درمان دانشگاه های علوم پزشکی کشور فاقد استانداردهای مناسبی برای ارزشیابی این مراکز بودند. همچنین با مطالعه کتب مرتبط و مصاحبه های تخصصی با افراد آگاه در این زمینه، تعدادی استاندارد اولیه به دست آمد. با استفاده از مجموعه منابع، تعداد ۷۴ استاندارد به دست آمد و در

پرسشنامه اول دلفی وارد و به تعداد ۱۵ صاحب نظر ارائه گردید. پس از اخذ و تحلیل دور اول، تعداد ۶۸ استاندارد پذیرش و ۹ مورد از آنها به دور دوم راه یافتند و هیچ یک از استانداردها از مطالعه حذف نگردید. در ادامه، پرسشنامه دور دوم حاوی ۶ استاندارد باقی مانده که حاوی میانگین امتیازات و امتیاز صاحب نظر در دور اول بود، به هر صاحب نظر و به طور اختصاصی ارسال گردید تا امتیازدهی مجدد و در صورت صلاح دید، تغییر امتیازات صورت گیرد، که در این مرحله از کار، تمامی استانداردها پذیرش گردید. در ادامه، استانداردهای مشابه حذف و یا در یکدیگر ادغام شدند و در نهایت تعداد ۵۵ استاندارد به دست آمد (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج تحلیل پرسشنامه ها در دو دور دلفی

تعداد استانداردها	کل استانداردها	پذیرفته شده	پذیرفته نشده	ورود به دور بعدی
دور اول دلفی	۷۴	۶۸	۰	۶
دور دوم دلفی	۶	۶	۰	۰

علاوه بر انتخاب تمامی استانداردهای تدوین شده، نکته جالب توجه در طی این پژوهش، میزان پاسخ ۱۰۰ درصد صاحب نظران به پرسشنامه های دلفی است که بیانگر موفقیت تیم پژوهشی در انتخاب افراد آگاه، توانمند و راغب به پاسخ دهی و نیز پیگیری مناسب و به هنگام اعضای تیم تحقیقاتی برای اخذ پرسشنامه ها می باشد. مدل طراحی شده حاضر دارای ترکیب بسیار مناسبی از استانداردها به منظور بررسی، مستندسازی، اصلاح و اجرای مناسب تمامی فرایندهای ارائه خدمت، مدیریتی و پشتیبانی در هر چهار بخش مینه، درون داد، فرایند و برونداد بوده و

به تمامی عملکردهای مراکز ارائه خدمات سلامت توجه کامل نموده است و تعادل مناسبی بین تمامی این استانداردها برقرار نموده است. پس از تدوین و نهایی شدن استانداردها، برای تمامی آنها، بیانیه هدف (توضیحات جامعی در خصوص فلسفه وجودی آن استاندارد) و عناصر قابل اندازه گیری (اجزایی به منظور سنجش دقیق، عینی و بدون ابهام هر استاندارد)، تدوین و طراحی گردید، که در انتهای بخش یافته ها، استاندارد یازدهم از استانداردهای تدوین شده به عنوان نمونه آورده شده است.

شده را بر مبنای مولفه‌های اشاره شده مورد تایید قرار دادند. در ادامه، چک لیست ارزیابی استانداردها به همراه فراوانی و درصد پاسخ‌های داده شده از سوی متخصصین آورده شده است.

در ادامه مطالعه، مدل طراحی شده از دیدگاه صاحب‌نظران مطالعه و بر اساس ۱۲ معیار معتبر و جهان شمول در زمینه کیفیت استانداردهای اعتباربخشی (۲) مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت، که تمامی اعضای پانل خبرگان، استانداردهای طراحی

جدول ۳. چک لیست ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی

معیار	قابلیت استاندارد فراوانی (درصد)		
	بله	نسبی	خیر
۱ آیا استانداردها بر بیمار و مشتریان دریافت کننده خدمات، تمرکز کافی دارند؟	۱۷(۸۵)	۲(۱۰)	۱(۵)
۲ آیا استانداردها از روایی صوری و پایایی لازم برخوردارند؟	۱۶(۸۰)	۴(۲۰)	۰(۰)
۳ آیا استانداردها بر نقاط عملکردی مهم مانند مدیریت خطر و منابع انسانی و تمرکز کافی دارند؟	۱۹(۹۵)	۱(۵)	۰(۰)
۴ آیا از نظر صاحب‌نظران، این استانداردها می‌توانند منجر به بهبود نتایج درمانی و مدیریتی گردند؟	۱۵(۷۵)	۴(۲۰)	۱(۵)
۵ آیا استانداردها منجر برای ارزیابی داخلی و نیز خارجی مناسب می‌باشند؟	۲۰(۱۰۰)	۰(۰)	۰(۰)
۶ آیا استانداردهای طراحی شده در نواحی گوناگون قابلیت استفاده دارند؟	۲۰(۱۰۰)	۰(۰)	۰(۰)
۷ آیا این استانداردها با قوانین و مقررات موجود سازگاری دارند؟	۱۶(۸۰)	۲(۱۰)	۲(۱۰)
۸ آیا استانداردها با استانداردهای بین المللی همخوانی کافی دارند؟	۱۶(۸۰)	۳(۱۵)	۱(۵)
۹ آیا استاندارد ها دارای مناسبت و حساسیت فرهنگی می‌باشند؟	۲۰(۱۰۰)	۰(۰)	۰(۰)
۱۰ آیا استانداردها بر مبنای بهترین عمل "Best Practice" تدوین شده اند؟	۱۷(۸۵)	۲(۱۰)	۱(۵)
۱۱ آیا استانداردها منجر به بهبود فعالیت های بالینی و تکنولوژی درمانی می‌شوند؟	۱۸(۹۰)	۱(۵)	۱(۵)
۱۲ آیا استانداردها از انعطاف کافی جهت بازبینی و اصلاح برخوردارند؟	۲۰(۱۰۰)	۰(۰)	۰(۰)

در خصوص محتوای ثبت‌های پزشکی و کامل بودن آنها داشته باشد و در صورت نیاز مشتریان، نسخه‌ای از اطلاعات پزشکی را به آنان تحویل نماید.

عناصر قابل اندازه گیری

۱-۱: تیم ارائه‌دهنده خدمات سلامت، ثبت‌های سلامت جامع، مکتوب و به‌روزی را برای تمامی مشتریان، تهیه و نگهداری می‌نماید.

۲-۱۱: مرکز بهداشتی درمانی روستایی، دارای فرایند استاندارد به منظور جمع‌آوری اطلاعات مشتریان می‌باشد.

۳-۱۱: تیم ارائه‌دهنده خدمات سلامت، ثبت‌های پزشکی را به شیوه‌ای نگهداری می‌کند که حریم خصوصی و اعتماد مشتریان حفظ گردد.

۴-۱۱: اعضای تیم، دارای دسترسی به موقع به اطلاعات مشتریان می‌باشند.

یک نمونه از استانداردهای طراحی شده در طی این مطالعه:

۱۱- مرکز بهداشتی درمانی روستایی، اطلاعات مشتریان را به شیوه‌ای دقیق، در دسترس، روزآمد و محرمانه نگهداری می‌کند.

بیانیه هدف

یکی از جنبه‌های مهم و شایان توجه در ارائه خدمات سلامت، مبحث اعتماد و محرمانه‌ماندن اطلاعات پزشکی می‌باشد. این مساله از حقوق اساسی مشتریان بوده و تاثیر فراوانی بر وجهه و اعتبار مراکز بهداشتی درمانی و تیم ارائه‌دهنده خدمات مراقبت اولیه دارد، چرا که افشای اطلاعات پزشکی بیماران منجر به طرح مسائل حقوقی، شکایات و مجازات افشاکننده اطلاعات خواهد شد. برابر این اصل، تمامی اطلاعات اخذ شده از بیماران و یا اطلاعات موجود در پرونده بیماران بایستی محرمانه مانده و به جایی درز ننمایند. همچنین سازمان باید سیاست‌های روشن و مناسبی

۱۱-۵: مرکز بهداشتی درمانی روستایی، فرصت دسترسی به اطلاعات پزشکی بیماران را برای آنها فراهم می‌کند.

۱۱-۶: مرکز بهداشتی درمانی روستایی به‌منظور تسهیم اطلاعات بیمار و هماهنگی جریان آنها در بین ارائه‌دهندگان، تیم‌ها و سازمان‌های دیگر، دارای فرایندها و روش‌های مناسبی بوده و از آنها تبعیت می‌کند.

۱۱-۷: مرکز بهداشتی درمانی روستایی، به‌منظور بررسی دقت، به‌روز بودن و برآورده کردن سیاست‌ها و روش‌های مدیریت اطلاعات سازمان، اقدام به ممیزی داخلی ثبت‌های بیماران می‌نماید.

۱۱-۸: مرکز بهداشتی درمانی روستایی از نتایج ممیزی و بررسی‌های داخلی به‌منظور بهبود ثبت‌های بیماران استفاده می‌کند.

بحث

در این مطالعه به سبب استفاده از بهترین و مجرب‌ترین صاحب‌نظران و نیز روش‌های علمی مناسب و اثربخش، مدلی طراحی گردید که دارای طیف گسترده‌ای از استانداردهای مناسب و دقیق است. تمامی استانداردهای این مدل دارای «بیانیه هدف» و «عناصر عینی قابل اندازه‌گیری» است که معیارهای تکامل و دقت مدل‌های اعتباربخشی به‌شمار می‌آیند. همچنین کامل‌بودن میزان پاسخ‌دهی صاحب‌نظران و عدم حذف حتی یک استاندارد از پرسشنامه گواه مقبولیت و توانمندی مدل طراحی شده می‌باشد. مدل اعتباربخشی کمیسیون مشترک (JCAHO)، مادر اعتباربخشی در جهان به‌شمار می‌رود و علاوه بر اینکه تمامی انواع مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت را پوشش می‌دهد، حتی به اعتباربخشی سازمان‌های موثر بر سلامت و خارج از حیطه نظام سلامت نظر دارد. این سازمان دارای استانداردهای نسبتاً مناسبی برای اعتباربخشی مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه بوده اما وسعت، دقت و تخصصی بودن

استانداردهای آن، از مدل طراحی شده در طی این پژوهش کمتر است. همچنین این سازمان، به مانند مدل حاضر، برای تمام استانداردهای خود دارای بیانیه هدف و عناصر قابل اندازه‌گیری می‌باشد (۱۳). مدل اعتباربخشی CCHSA کانادا نیز دومین مدل اعتباربخشی بزرگ جهان به‌شمار می‌رود که وسعت و دامنه تحت پوشش اعتباربخشی آن اندکی از مدل کمیسیون مشترک محدودتر بوده اما به ارزشیابی مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه و تحت مقوله‌ای با عنوان Primary Care Services (PCS) توجه بیشتری مبذول داشته و استانداردهای بیشتر و دقیق‌تری دارا می‌باشد و مدل طراحی شده حاضر، بیش از سایر مدل‌ها از آن بهره برده است، اما تعداد و وسعت استانداردهای آن از مدل حاضر کمتر است. همچنین این سازمان، به مانند مدل کنونی، برای تمام استانداردهای خود دارای بیانیه هدف و عناصر قابل اندازه‌گیری می‌باشد (۲). سایر مدل‌های دیگر اعتباربخشی مانند مدل ACHS استرالیا، ANAES فرانسه و همچنین مدل‌های اعتباربخشی موجود در منطقه EMRO مانند مدل لبنان و مصر، فاقد هرگونه استاندارد برای اعتباربخشی مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشند و تمرکز خود را غالباً به مراقبت‌های بیمارستانی معطوف نموده‌اند. همچنین از میان آنها تنها مدل استرالیا تا حدودی دارای اجزای ضروری استانداردها برای مدل اعتباربخشی خود می‌باشد و ضعف‌های عمده‌ای در سایر مدل‌ها مشهود می‌باشد (۲۱).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به دسترسی نسبتاً مشکل به صاحب‌نظران و مشغله کاری فراوان آنان و نیز ضعف نسبی مدل‌های بزرگ اعتباربخشی جهان و ضعف مطلق مدل‌های منطقه‌ای اشاره نمود. پژوهشگران بر مبنای اطلاعات به‌دست آمده در طی این پژوهش، پیشنهاد انجام زودهنگام مطالعه مقدماتی^۱ و مرتفع نمودن ضعف‌های احتمالی و نیز

^۱ Pilot Study

اجرای مدل کنونی را ارائه می‌دهند. همچنین برای ایجاد یکپارچگی در اعتباربخشی تمامی مراکز و سطوح مراقبت‌های بهداشتی اولیه و جلوگیری از فعالیت‌های جزیره‌ای در این رابطه، طراحی مدل‌های مشابه را برای دیگر عرصه‌های مرتبط مانند خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشت شهرستان پیشنهاد می‌کنند.

نتیجه گیری

مدل طراحی شده در طی این مطالعه، دارای بیشترین تعداد استانداردهای مربوط با مراقبت بهداشتی اولیه در کل جهان می‌باشد، به‌طوری‌که حتی بهترین مدل‌های اعتباربخشی جهان نیز از این غنا و تکامل برخوردار نیستند. با توجه به ویژگی‌های

منحصر بفرد این مدل، پژوهشگران امیدوارند که استفاده از آن در مراکز بهداشتی و درمانی روستایی کشور، نویدبخش بهبود مستمر کیفیت و ارتقای عملکرد آنها باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند که از مشارکت دوستانه صاحب‌نظران گرانقدر به سبب ارائه نظرات ارزشمند و نیز از مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تبریز به سبب تامین بودجه مورد نیاز پژوهش در قالب طرح مصوب تحقیقاتی با کد ۵/۷۷/۳۸۹۸، نهایت قدردانی را بنمایند.

References

- 1- Robbins SP, De Cenzo DA. Fundamentals of Management. Tehran: Daftare Pazhouheshhaie Farhangi; 2001. (Persian)
- 2- Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Center for Human Services (CHS); 1999.
- 3- Quimbo SA, Peabody JW, Shimkhada R, Woo K, Solon O. Should we have confidence if a physician is accredited? A study of the relative impacts of accreditation and insurance payments on quality of care in the Philippines. Social Science & Medicine. 2008;67:505-10.
- 4- Sekimoto M, Imanaka Y, Kobayashi H, Okubo T, Kizu J, Kobuse H, et al. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. American Journal of Infection Control. 2008;36:212-9.
- 5- Safdari R, Meidani Z. Health Services Accreditation Standards for Information management in Canada, New Zealand and USA: A Comparative Study J Res Health Sci. 2006;6(1):1-7.
- 6- Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004.
- 7- Touatia N, Pomey MP. Accreditation at a crossroads: Are we on the right track? Health Policy. 2009;90:156-65.
- 8- Tabrizi JS, Gharibi F. Accreditation: Theory and Practice. Tabriz: Tabriz Health care Quality Pioneers. 2004. (Persian)
- 9- Tabrizi JS, Gharibi F, Wilson AJ. Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Models. Health Promotion Perspectives. 2011;1(1):1-32.
- 10- World Health Organization. The world Health Report 2000: shaping the future. Tehran: Moaseseie Farhangie Ebnesinaie Bozorg; 2003. (Persian)
- 11- Safdari R, Meidani S. Health Services Accreditation Standards for information management in Canada, New Zealand and USA: a comparative study. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2007;11(1):73-8. (Persian)

- 12- Ahmadi M ,Khoshgam M, Mohamadpour A. Comparative study of the Ministry of Health standards for hospitals with Joint Commission International hospital accreditation standards. Hakim Research Journal. 2007;10(4):45-52. (Persian)
- 13- Tabrizi JS, Gharibi F. Systematic Survey of Accreditation Models for Designing a National Model Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2011;16(3):95-109. (Persian)
- 14- 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.
- 15- 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.
- 16- 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.
- 17- 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.
- 18- 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.
- 19- 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.
- 20- 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.
- 21- Gharibi F, Tabrizi JS. Design of National Functional Accreditation Model for Hospitals Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2011.

National Accreditation Model for Rural Health Centers

Tabrizi JS¹, Gharibi F^{2*}, Pirahary S³

¹ Tabriz health services management research center, Tabriz University of medical sciences, school of healthcare management & medical informatics, department of health services management.

² PhD student in health services management, Tabriz University of medical sciences, school of healthcare management & medical informatics, department of health services management.

³ BSc student in health services management, Tabriz University of medical sciences, school of healthcare management & medical informatics, department of health services management.

*Corresponding Author. Tel: +989181332935 Fax: +984113352291 E-mail: farid_hc.manager@yahoo.com

Received: 7 Mar 2013 Accepted: 27 May 2013

ABSTRACT

Background & Objectives: Accreditation is the most acceptable evaluation method leading to improvement in health system performance. Regarding to lack of national accreditation model for Primary Health Care (PHC), this study aimed to design national accreditation model for rural health centers.

Methods: Firstly, suitable accreditation models were selected for benchmarking and surveyed for meeting relevant standards. After studying related textbooks and interview with experts; websites of medical sciences universities were also surveyed. Finally, the standards obtained based on experts' perspectives were investigated.

Results: Researchers recognized JCAHO and CCHSA as superior models; however, medical sciences universities' web sites failed to have suitable standards. The obtained standards from all methods were delivered to experts in two rounds using Delphi Technique. Finally, all 55 standards were accepted.

Conclusion: From this study, an extensive accreditation model with the highest number of standards related to primary health care was obtained. Researchers hope that its application to result in continuous quality improvement in rural health centers.

Key words: Accreditation; Performance; Rural Health Centers