

## Developing a national accreditation model via Delphi Technique

Sadeq Tabrizi Jafar<sup>1</sup> , Gharibi Farid<sup>2\*</sup>

Submitted: 17.9.2011

Accepted: 10.12.2011

### Abstract

**Background:** Accreditation is one of the evaluation systems which have numerous effects on the key indicators in health care system. To develop a suitable accreditation model, a best way could be the benchmark of the powerful and successful accreditation models in all over the world. By considering likely differences in the various countries health systems, this study aims to survey the compatibility of the best accreditation models and standards in Islamic Republic of Iran's health care system.

**Materials & Methods:** In this study, the expert's perspectives have been ascertained about standards of selected references accreditation models based on standards "importance" and "feasibility" using two rounds Delphi Technique. The experts selected among scientific and academic experts in the areas of accreditation and health services management. They were asked to fill up the Delphi questionnaire and send back it to the researchers in the designated time. Each standard scored in Likert scale from 1 to 9. Standards with mean score of  $\leq 3$  were rejected, standards with mean score between 4 and 6 send to the second round and standards with mean score  $\geq 7$  included in the national model.

**Results:** In the first round, 20 out of 27 questionnaires have been obtained from experts. After data analyses all the standards have been accepted except 31 with mean score between 4 and 6. Remained 31 standards with achieved mean scores in first round, send back to the study experts through the second round. In the second round, 17 out of 20 questionnaires collected and finally 18 standards were rejected.

**Conclusion:** According to the variety of standards, comprehensive categories and richness of necessary details of standards, the resulted model in this study could be a rich and suitable model for Islamic Republic of Iran. Therefore, using this model could empower evaluation system and improve the quality of health care system.

**Keywords:** Accreditation, Standards, Delphi Technique

---

1. Assistant Professor, PhD in Health Administration, Dept. of Health Services Management, Faculty of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz- Iran.

2. MSc Student in Health Administration, Dept. of Health Services Management, Faculty of Health and Nutrition, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz- Iran. Address: Tabriz, Golgasht Road, Attar St., Faculty of Health & Nutrition, Postal Code: 5166614711, (\*Corresponding Author) Mobile: 09181332935, Email: farid\_hc.manager@yahoo.com

## طراحی مدل ملی اعتباربخشی با استفاده از تکنیک دلفی

جعفر صادق تبریزی<sup>۱</sup>، فرید غریبی<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت: ۹۰/۶/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۱۹

### چکیده:

**زمینه و هدف:** اعتباربخشی یکی از سیستم های ارزشیابی می باشد که تاثیرات مثبت فراوانی بر شاخص های عملکردی خدمات سلامت دارد. برای طرح ریزی یک مدل موفق اعتباربخشی، بهترین راه، انتخاب مدل های اعتباربخشی توانمند برای الگو برداری می باشد که با توجه به متفاوت بودن عرصه های نظام سلامت کشورهای مختلف، مطالعه حاضر درصدد بررسی انطباق استانداردهای موجود در مدل های بزرگ اعتباربخشی با عرصه نظام سلامت کشورمان و طراحی مدل ملی اعتباربخشی از این طریق دارد.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه پژوهشگران اقدام به اخذ نظرات صاحب نظران با استفاده از فن دلفی و پرسشنامه هایی حاوی مجموعه ای از استانداردهای مدل های مرجع بر اساس دو جنبه اهمیت و قابلیت اجرایی نمودند. صاحب نظران مطالعه را افرادی با بیشترین تجربه عملی و دانشگاهی در زمینه اعتباربخشی تشکیل دادند و این افراد در مراحل متوالی، اقدام به امتیازدهی به استانداردها نمودند.

**نتایج:** در دور اول مطالعه، از مجموع ۲۷ پرسشنامه توزیعی، تعداد ۲۰ پرسشنامه بدست آمد. پس از تحلیل پرسشنامه های دور اول، تمامی استانداردهای موجود در آنها با استثنای ۳۱ مورد، پذیرش شدند. ۳۱ مورد استاندارد باقی مانده به همراه امتیاز کسب شده در دور اول، به دور دوم دلفی راه یافتند و از مجموع ۲۰ پرسشنامه توزیعی در این دور، تعداد ۱۷ مورد از آنها گردآوری و تحلیل گردید و با به اجماع رسیدن صاحب نظران، مراحل دلفی به پایان رسید. در دور دوم، نیز ۱۳ استاندارد پذیرش شده و سایر استانداردها از مدل نهایی حذف شدند.

**نتیجه گیری:** مدل بدست آمده از این پژوهش از نظر تنوع استانداردها، غنای آنها و اجزای طراحی شده برای هر استاندارد (بیانیه هدف و عناصر قابل اندازه گیری)، دارای وضعیت مناسبی بوده و استفاده مناسب از آن می تواند نوید بخش تقویت سیستم ارزشیابی و متعاقباً ارتقای عملکرد نظام سلامت کشورمان باشد.

**کلمات کلیدی:** اعتباربخشی، استاندارد، فن دلفی

۱- استادیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (\*\*نویسنده مسئول)،

آدرس: تبریز، خیابان گلگشت، خیابان عطار نیشابوری، دانشکده بهداشت و تغذیه

کد پستی: ۵۱۶۶۱۴۷۱۱      تلفن: ۰۹۱۸۱۳۳۲۹۳۵      ایمیل: farid\_hc.manager@yahoo.com

## مقدمه:

با توجه به مسئولیت دولت ها در قبال سلامت جامعه، تمامی آنها موظف به ایجاد و تقویت نظام های سلامت اثربخش و پاسخگو در قبال نیازهای گیرندگان خدمات خود می باشند. یکی از موثرترین ابزارهای مورد استفاده برای نیل به این هدف، تقویت سیستم ارزشیابی نظام سلامت است که برای این منظور از رویکردهای مختلفی استفاده می شود. اعتباربخشی<sup>۱</sup> یکی از سیستم های ارزشیابی نظام سلامت می باشد که به دلیل تاثیرات فراوان بر طیف گسترده ای از شاخص های ارزیابی در خدمات بهداشتی به طور فزاینده ای در کانون توجه متولیان و ارائه کنندگان خدمات سلامت قرار گرفته است (۱).

هدف از اعتبار بخشی در سازمان های سلامت بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، بهبود یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت، ایجاد بانک اطلاعاتی سازمان های خدمات سلامت، افزایش ایمنی و کاهش خطرات برای بیماران و کارکنان، تامین آموزش و مشاوره برای سازمان های خدمات سلامت و کاهش هزینه ها با تمرکز بر افزایش کارایی و اثربخشی خدمات میباشد. اگرچه اعتباربخشی، فرایندی است که باید بر اساس نیازها و انتظارات یک کشور طراحی شود، اما ابزارهای مورد استفاده باید بر پایه شناسایی و استفاده از تجربیات سایر کشورها پایه ریزی گردند (۲). بنابراین هر کشور یا سازمانی که درصدد طراحی یک برنامه ی اعتباربخشی است باید به منظور استفاده از تجربیات دیگران، جلوگیری از دوباره کاری و اتلاف منابع، از یک یا چند سازمان بزرگ و پیشرو در زمینه اعتبار بخشی الگوبرداری کرده و برای ایجاد سازگاری و تطابق با عرصه ی جدید، نسبت به بومی سازی استانداردهای آن اقدام کند. منظور از بومی سازی یک مدل، سازگار کردن و مطابقت دادن آن با قوانین ملی و الزامات فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و مذهبی خاص آن کشور می باشد که یک مرحله ی حساس و مهم از فرایند توسعه ی استانداردها می باشد که تقریباً در تمامی کشورهای پیشرو نیز انجام شده است (۳).

در مطالعه ای که به منظور شناسایی مدل های موفق و پیشرو در سطح جهان و منطقه جهت استفاده در امر طراحی مدل بومی ایران صورت گرفت نتایج بدست آمده حاکی از آن بود که مدل های اعتباربخشی آمریکا، کانادا، استرالیا و فرانسه (در سطح جهانی) و نیز مدل های اعتباربخشی لبنان و مصر (در سطح منطقه ای) می توانند به عنوان مدل های مرجع جهت طراحی یک مدل اعتباربخشی جدید مورد استفاده و الگوسازی<sup>۲</sup> قرار گیرند (۳). در ادامه مطالعه فوق، در مطالعه حاضر

پژوهشگران به دنبال یافتن مناسب ترین استانداردهای موجود در مدل های بررسی شده جهت استفاده در مدل ملی اعتباربخشی ایران می باشند. برای این منظور تمامی استانداردهای تعیین شده می باید از دیدگاه صاحب نظران و متخصصین امر، از دو جنبه اهمیت و قابلیت اجرایی تک تک استانداردها در عرصه نظام سلامت کشورمان مورد بررسی قرار گیرند. با توجه به طبیعت مطالعه و نظر به کاربردها و مزایای وافر فن دلفی<sup>۳</sup> در چنین مطالعاتی و برای دستیابی به اتفاق نظر و اجماع صاحب نظران از سراسر کشور، فن دلفی برای دستیابی به این هدف انتخاب گردید.

بیش از ۵۰ سال از نخستین تجربه دلفی و چاپ اولین مقاله درباره آن می گذرد. ایجاد و توسعه دلفی توسط دو پژوهشگر به نام های دالکی و هلمر از شرکت رند<sup>۴</sup> به دهه ۱۹۵۰ برمی گردد (۴، ۵). تکنیک دلفی، به عنوان روشی اثربخش برای دستیابی به اجماع یا پیش بینی رویدادهای آینده شناخته شده (۶) و روشی مناسب برای اخذ نظرات صاحب نظرانی است که به دلیل فاصله جغرافیایی از یکدیگر، امکان ملاقات رودر رو را ندارند (۴). این تکنیک به صورت "یک فن تسهیل گروهی که با استفاده از پرسشنامه درصدد به دست آوردن نظر خبرگان است" تعریف شده است. در این روش از اطلاعات بدست آمده در هر مرحله برای انجام مراحل بعدی استفاده می شود و این فرایند تا دستیابی به اجماع خبرگان ادامه می یابد. برای این منظور، ارسال پرسشنامه و اخذ نظرات از خبرگان حداقل در ۲ یا ۳ مرحله<sup>۵</sup> صورت می گیرد (۴، ۷). منظور از اجماع رسیدن به توافق شرکت کنندگان در دلفی درباره نظرات، گزینه ها یا مفاهیمی است که به صورت نمره ای (امتیاز) یا طبقه ای درجه بندی شده اند (۸).

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 (۷-۹). 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 (۱۰). فن دلفی، در عرصه سلامت به منظور توافق بر خطوط راهنمای مراقبت اولیه، شناسایی و توافق بر نشانگرهای کیفیت، تعیین اولویت های مراقبت های درمانی و تحقیقاتی،

<sup>3</sup> Delphi Technique

<sup>4</sup> RAND Corporation

<sup>5</sup> Round

<sup>1</sup> Accreditation

<sup>2</sup> Benchmarking

مربوط به مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی نموده و از استانداردهای موجود در آنها استفاده نمود که در نهایت تعداد ۷۳ استاندارد در یک عنوان واحد (استانداردهای درمانگاه های تخصصی بیمارستان)، انتخاب و در قالب تعریف شده فوق وارد گردیدند. همچنین در ابتدای پرسشنامه، علاوه بر معرفی پژوهش، صفحه ای تحت عنوان مشخصات فردی پاسخ دهندگان، برای ثبت ویژگی های شخصی و شغلی و همچنین نحوه تماس با آنان در نظر گرفته شده بود.

صاحبانظران این پژوهش که در واقع اعضای پانل خبرگان مطالعه دلفی را تشکیل می دادند شامل مسئولین 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 دانشگاه های معتبر کشور بودند که در مجموع تعداد ۲۷ نفر از آنان برای شرکت در این مطالعه انتخاب گردیدند. بنابر بررسی های صورت گرفته، در مطالعه دلفی ای که شرکت کنندگان همگن باشند تعداد ۱۰ تا ۱۵ نمونه برای انجام دلفی کافی خواهد بود (۴، ۹) بر همین مبنا پژوهشگران تعداد ۲۷ نفر را انتخاب نمودند تا در صورت ریزش در تعداد پاسخ دهندگان در طول مطالعه، اعتبار پژوهش حفظ گردد.

با اینکه در مطالعات مختلف، بر سر آستانه توافق اختلاف نظر وجود ندارد لیکن غالب صاحبانظران، اتفاق نظر ۷۰ تا ۸۰ درصدی را نشانه دستیابی به اجماع می دانند (۴، ۷). با توجه به اینکه مقیاس مورد استفاده در این مطالعه، یک مقیاس ۹ درجه ای بود لذا باید نقطه ۵ را به عنوان نقطه بیطرف 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 پایینتر 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 (۲۰). بر اساس مطالعات صورت گرفته، به منظور حفظ ارزش و اعتبار مطالعه، میزان پاسخ دهی صاحبانظران<sup>۳</sup> در هر دور دلفی نباید کمتر از ۷۰ درصد باشد (۶) و در صورتی که میزان تغییرات امتیازات داده شده توسط صاحبانظران در طی دو دور متوالی کمتر از ۱۵ درصد باشد اجماع و اتفاق نظر بر موضوع مورد بررسی، اتفاق افتاده است (۸).

تعیین استانداردها، سنجش اعتبار مدل ها، تولید دستورالعمل ها، برنامه ریزی های درمانی، ارائه تعاریف علمی برای موضوعات بالینی، ارزیابی ابزارهای ارزشیابی فنی و مواردی از این دست استفاده می شود (۸، ۱۱-۱۹).

با توجه به مطالب ایراد شده و نظر به مزایای بالقوه فن دلفی، پژوهش حاضر بر آن است که با استفاده از نظر خبرگان حیطه اعتباربخشی، استانداردهای موجود در مدل های مرجع انتخابی را مورد بررسی و نظر سنجی قرار داده و استانداردهای مناسب برای عرصه کشورمان را به منظور به کارگیری در طراحی مدل اعتباربخشی عملکردی<sup>۱</sup> بیمارستان و بخش درمانگاه های تخصصی بیمارستان (بخشی)<sup>۲</sup> شناسایی نماید.

### مواد و روش ها:

در این مطالعه پس از بررسی دقیق مدل های اعتباربخشی مرجع (۳)، تمامی استانداردهای موجود در مدل های عملکردی و نیز استانداردهای مدل های بخشی مرتبط با بخش عملکردی بیمارستان (مانند مدل لبنان) برای بکارگیری در بخش عملکردی پرسشنامه انتخاب شدند و در نهایت تعداد ۴۶۹ استاندارد در ۱۴ مقوله (دسترسی به درمان و تداوم آن، حقوق بیمار و خانواده اش، ارزیابی بیمار، مراقبت از بیماران، بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، پیشگیری و کنترل عفونت، نظارت، رهبری و مدیریت، مدیریت ارتباطات و اطلاعات، مدیریت تاسیسات و ایمنی، آمادگی در شرایط اورژانسی و بلایا، سازمان اثربخش، مدیریت منابع انسانی، نظام کیفیت، مدیریت دارویی) انتخاب و در جداولی که هر استاندارد از دو جنبه اهمیت و قابلیت اجرایی با استفاده از مقیاس لیکرت ۱ (نامناسب ترین حالت) تا ۹ (مناسب ترین حالت) درجه بندی شده بود وارد شدند. منظور از اهمیت، ضرورت وجود هر یک از استانداردها در مدل بومی اعتباربخشی و تاثیر آن بر ارتقای کیفیت و عملکرد نظام سلامت می باشد و منظور از قابلیت اجرایی، امکان اجرا و سنجش استانداردها در عرصه نظام سلامت کشورمان می باشد. برای بخش درمانگاه، از بخش مراقبت های سرپایی مدل های اعتباربخشی آمریکا و کانادا و نیز از استانداردهای مرتبط که به صورت پراکنده در سایر مدلها و بخصوص در مدل های بخشی انتخابی وجود داشت استفاده گردید. به دلیل محدودیت شدید در استانداردهای بخش درمانگاه در مدلهای انتخابی مرجع، تیم پژوهش به منظور غنی تر کردن و توانمندسازی بیش از پیش مدل نهایی، اقدام به انجام بررسی ها و مطالعات گسترده در کتب و منابع

<sup>1</sup> Functional Accreditation

<sup>2</sup> Departmental Accreditation

<sup>3</sup> Response Rate

## یافته ها:

دانشگاه های معتبر و مادر کشور و نیز 5 نفر از آنان از اعضای بورد تخصصی علوم مدیریت و اقتصاد سلامت بودند (جدول ۱). لازم به ذکر است که به دلیل احتمال وجود هر یک از صاحب نظران در بیش از یک گروه از صاحب نظران، جمع درصد های گروه های مشخص شده برای آنان می تواند بیش از ۱۰۰ درصد باشد.

در این مطالعه بر اساس معیارهای ورود و خروج، تعداد ۲۷ صاحب نظر انتخاب گردیدند که ۹ نفر از آنان مدیران و کارشناسان دفتر نظارت و اعتباربخشی وزارت بهداشت، ۷ نفر نویسندگان استانداردهای کنونی اعتباربخشی بیمارستانها، ۴ نفر مدیران رده بالای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۶ نفر از استادان رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی از

جدول ۱: محل فعالیت صاحب نظران شرکت کننده در مطالعه

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

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 اینکه هیچ یک از استانداردها امتیاز کمتر از ۴ کسب نکرده بودند در این مرحله هیچ یک از استانداردها حذف نشده و تمامی استانداردها بجز ۳۱ مورد از آنها که امتیاز بین ۴ تا ۷ را کسب کرده بودند، از هر دو جنبه اهمیت و قابلیت اجرایی مورد پذیرش صاحب نظران قرار گرفتند. نتایج تحلیل پرسشنامه ها در دور اول دلفی در جدول شماره ۲ آمده است.

**دور اول دلفی:** در این مرحله پژوهشگران با مراجعه به وزارت بهداشت و درمان، دانشگاه ها، دفاتر و یا بیمارستان های محل خدمت خبرگان انتخابی، اقدام به معرفی پژوهش و توزیع پرسشنامه نمودند. پس از دادن یک زمان ۴۵ روزه به صاحب نظران برای پاسخ به پرسشنامه و پیگیری های مداوم تیم پژوهش، دور اول دلفی با جمع آوری تعداد ۲۰ پرسشنامه (میزان پاسخ ۷۴ درصد) به پایان رسید. در مرحله بعد، تمامی پرسشنامه ها تحلیل شدند و بر اساس نتایج تحلیل، پرسشنامه ای برای ورود به دور دوم دلفی طراحی گردید. در این مرحله، مطابق اصول رایج، استانداردهایی که امتیاز کمتر از ۴ کسب

جدول ۲: نتایج تحلیل پرسشنامه ها در دور اول دلفی

تعداد استانداردها	کل استانداردها	پذیرفته شده	پذیرفته نشده	ورود به دور بعدی
مجموع	۵۵۸	۵۲۷	-	۳۱
مدل عملکردی	۴۸۵	۴۶۴	-	۲۱
مدل بخشی	۷۳	۶۳	-	۱۰

پرسشنامه‌ها مجدداً جمع‌آوری و از تعداد ۲۰ پرسشنامه توزیعی، تعداد ۱۷ پرسشنامه بدست آمد (میزان پاسخ ۸۵ درصد). در این مرحله در مجموع، تعداد ۱۳ استاندارد پذیرش و ۱۸ استاندارد به دلیل عدم کسب نمره قابل قبول در حداقل یکی از جنبه‌های مورد بررسی و رسیدن به نقطه اشباع (تغییر امتیاز کمتر از ۱۵ درصد) از ورود به مدل نهایی بازماندند. نتایج تحلیل پرسشنامه‌ها در دور دوم دلفی در جدول شماره ۳ آمده است.

**دور دوم دلفی:** برای دور دوم مطالعه، ۳۱ مورد استاندارد که امتیاز بین ۴ تا ۷ را کسب کرده بودند در قالب یک پرسشنامه جدید طراحی گردیدند که حاوی میانه نمرات صاحب‌نظران و نیز نمره هر صاحب‌نظر در دور اول بود. در این مرحله صاحب‌نظران با ملاحظه این موارد، اقدام به نمره دهی مجدد به استانداردها نمودند. برای گردآوری داده در دور دوم دلفی، پژوهشگران مجدداً با مراجعه حضوری اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها در میان پاسخ‌دهندگان قبلی نمودند. پس از دادن زمان یک ماهه به خبرگان جهت پاسخگویی،

جدول ۳: نتایج تحلیل پرسشنامه‌ها در دور دوم دلفی

تعداد استانداردها	کل استانداردها	پذیرفته شده	پذیرفته نشده	ورود به دور بعدی
مجموع	۳۱	۱۳	۱۸	-
مدل عملکردی	۲۱	۸	۱۳	-
مدل بخشی	۱۰	۵	۵	-

### بحث و نتیجه‌گیری:

مدل نهایی عملکردی شامل ۴۵۹ استاندارد در ۱۳ بعد و مدل بخشی شامل ۳۷ استاندارد می‌باشند. لازم به ذکر است که در مرحله نهایی سازی مدل‌ها، بسیاری از استانداردها به دلیل شباهت زیاد در درونمایه و یا عناصر قابل سنجش، در یکدیگر ادغام گردیدند و حتی بخش مربوط به نظام کیفیت در مدل عملکردی، به سبب شباهت بالا با استانداردهای مربوط به ارتقای کیفیت و ایمنی بیمار در آن ادغام گردید. همچنین در بین محورهای مورد بررسی، استانداردهای مربوط به محور "استفاده و مدیریت دارو" بیشترین، و استانداردهای مربوط به مقوله "ارزیابی بیمار" کمترین میانگین امتیاز را از دیدگاه صاحب‌نظران به خود اختصاص دادند.

در ادامه، مدل طراحی شده طی این پژوهش بر اساس دسته‌بندی‌های رایج استانداردها در مدل عملکردی و تعداد استانداردهای موجود در هر دسته با مدل‌های مرجع مورد مقایسه قرار گرفت (جدول شماره ۴). همانطور که مشاهده می‌گردد مدل طراحی شده از طریق این مطالعه نسبت به مدل‌های مرجع، دارای غنای مناسب و تنوع قابل قبولی می‌باشد.

مطالعه حاضر به دنبال بررسی سازگاری استانداردهای موجود در مدل‌های اعتباربخشی پیشرو و موفق در دنیا و منطقه با عرصه نظام سلامت کشورمان با استفاده از نظر خبرگان بر اساس دو شاخص اهمیت و قابلیت اجرایی بود. با توجه به نوپا بودن اعتباربخشی در ایران و کمبود افراد صاحب‌نظر و با تجربه در این رابطه، پژوهشگران سعی در انتخاب توانمندترین متخصصین از سراسر کشور نمودند و توانستند با بررسی‌های لازم، مجموعه‌ای از افراد با سوابق درخشان مدیریتی را انتخاب و به شرکت در مطالعه دعوت نمایند. 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 نیز انتخاب مدل‌ها، منابع علمی و تجربیات موفق برای طراحی مدل بخشی درمانگاه‌های تخصصی، درصد بسیار بالایی از استانداردها در مراحل مختلف مطالعه مورد پذیرش صاحب‌نظران قرار گرفتند. در این پژوهش، کسب امتیازات بالا توسط استانداردها و ریزش اندک تعداد صاحب‌نظران شرکت‌کننده در مطالعه، نویدبخش طراحی مدلی قابل قبول و اثربخش می‌باشد.

جدول ۴: مقایسه مدل های مرجع و مدل طراحی شده طی این پژوهش بر اساس دسته بندی های رایج استانداردها در مدل عملکردی و تعداد استانداردهای موجود در هر دسته

مدل حاضر	لبنان	مصر	فرانسه	استرالیا	کانادا	آمریکا	گروه بندی های استانداردها
۳۴	-	۷	-	۱۱	-	۲۱	دسترسی به درمان و تداوم آن
۵۰	-	۱۷	۱۳	-	-	۳۷	حقوق بیمار و خانواده اش
۲۰	-	۵	۱	-	-	۱۸	ارزیابی بیماران
۲۴	-	۲	۵	-	-	۲۰	مراقبت از بیماران
۴۷	۲۰	۱۶	۳	-	۲۲	۲۱	استفاده و مدیریت دارو
۵۴	۲۰	۲۸	۹	۱۰	-	۳۸	بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
۴۱	۱۰	-	-	-	۱۴	۲۳	پیشگیری و کنترل عفونت
۵۳	۱۵	۷	-	۵	۱۲	۲۶	نظارت، رهبری و مدیریت
۳۸	۸	۷	۲	۴	-	۲۸	مدیریت ارتباطات و اطلاعات
۳۵	۲۷	-	۱۱	۷	-	۲۷	مدیریت تاسیسات و ایمنی
۱۵	-	-	۱	۱	۱۳	-	آمادگی در شرایط بحران و بلایا
۱۲	-	-	-	۷	۱۰	-	سازمان اثربخش
۳۶	۲۴	۱۳	۵	۵	-	۲۳	مدیریت منابع انسانی

چارچوب هر استاندارد را مشخص نموده و سبب سازمان دهی مناسب آن می گردد. "عناصر قابل اندازه گیری"، اجزای عینی و تفکیک شده ای هستند که جنبه های مختلف یک استاندارد را به دقت قابل اندازه گیری می سازند و وجود این اجزاء سبب ممانعت از اعمال نظر شخصی ارزیابی کننده شده و روند ارزشیابی را مستند، دقیق و شفاف می سازند.

همچنین مدل طراحی شده از نظر دارا بودن اجزای ضروری استانداردها یعنی بیانیه هدف و عناصر قابل اندازه گیری نیز دارای وضعیت مناسبی بوده و موارد مذکور را به طور کامل دارا می باشد (جدول ۵). "بیانیه هدف"، یکی از اجزای اصلی در تدوین استانداردها و مدل های اعتباربخشی می باشد که فلسفه وجودی استاندارد را بیان نموده و نقش ارزنده آموزشی دارد. این مقوله همچنین، محدوده و

جدول ۵: مقایسه مدل های مرجع و مدل طراحی شده طی این پژوهش بر اساس داشتن اجزاء ضروری استانداردهای اعتباربخشی

مدل اعتباربخشی مرجع	بیانیه هدف	عناصر عینی قابل اندازه گیری
آمریکا	⊗	⊗
کانادا	⊗	⊗
استرالیا	⊗	⊗
فرانسه	-	⊗
مصر	-	⊗
لبنان	-	⊗
مدل طراحی شده حاضر	⊗	⊗



ابعاد عملکردی را پوشش نمی دهد. همچنین فاقد بیانیه هدف بوده و عناصر عینی قابل اندازه گیری بسیار محدودی برای استانداردهای خود دارد. (۲۳)

از مدل های اعتباربخشی منطقه ای که مورد استفاده قرار گرفته اند مدل های اعتباربخشی لبنان و مصر می باشند که دارای قدمت بیشتری در منطقه EMRO هستند. مدل لبنان یک مدل عملکردی است که محورهای آن شباهت زیادی به مدل آمریکا دارد اما محتوای استاندارد آن بسیار کمتر است. مدل مصر نیز یک مدل بخشی است که از تکامل مناسبی برخوردار نیست. هر دوی این مدل ها فاقد بیانیه هدف بوده و عناصر عینی قابل اندازه گیری مناسبی برای استانداردهای خود ندارند. (۲۳)

از محدودیت های مطالعه می توان به حجم کاری بالای خبرگان و عدم دسترسی مناسب به آنان و همچنین فاصله مکانی زیاد بین پژوهشگران و غالب صاحب نظران، حجم بالای سوالات پرسشنامه دور اول اشاره نمود که سبب پاسخ دهی دیرنگام یا عدم پاسخگویی بعضی از صاحب نظران به مطالعه می شد. به دلیل نویا 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. نظر به اهمیت روزافزون مقوله اعتباربخشی، مدل حاضر می تواند خلاء موجود در زمینه ضعف استانداردهای موجود در کشور را مرتفع نموده و در جهت کارآمد و اثربخش کردن سیستم های سلامت کشورمان، گام بسیار مهمی بردارد.

#### قدردانی و تشکر:

در پایان، پژوهشگران وظیفه خود می دانند که از همکاری صمیمانه خبرگان گرانقدر که علی رغم 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 تامین نموده است کمال تشکر و قدردانی را بنمایند.

مدل اعتباربخشی JCAHO و شاخه بین المللی آن (JCI) که تکامل یافته ترین مدل بوده و مادر اعتباربخشی به شمار می رود دارای تعداد، ترکیب و تنوع بسیار مناسبی از استانداردها بوده و غنی ترین مدل به شمار می آید. این مدل برای تمامی استانداردهای خود دارای بیانیه هدف و عناصر قابل اندازه گیری می باشد که این امر منجر به درک مناسب ارزشیابی کنندگان و نیز ارزشیابی شوندگان از استانداردها و رفع ابهامات احتمالی می شود. به سبب توانمندی مناسب این مدل، مدل تدوین شده در طی پژوهش حاضر بیش از همه، وامدار این مدل بوده و بیشترین بهره را از آن برده است. (۲۱)

مدل اعتباربخشی کانادا نیز در زمره بهترین مدل های جهان می باشد که به مانند مدل کمیسیون مشترک، بسیار تکامل یافته بوده و با استانداردهای کارا و اثربخش خود، دامنه مناسبی از شاخص های حیاتی نظام سلامت را پوشش می دهد و دارای جایگاه ویژه ای در مدل های اعتباربخشی جهان می باشد. این مدل نیز برای تمامی استانداردهای خود دارای بیانیه هدف و عناصر قابل اندازه گیری می باشد و در فرایند تدوین پژوهش حاضر، نهایت استفاده و بهره مندی از آن صورت گرفته است. (۲۲)

مدل اعتباربخشی مربوط به استرالیا، سومین مدل دارای قدمت در عرصه اعتباربخشی در سطح جهان می باشد که استانداردهای نسبتاً مناسبی را دارا می باشد. این مدل نسبت به مدل های اعتباربخشی آمریکا و کانادا دارای استانداردهای کمتری بوده و حیطه های محدود تری را پوشش می دهد. علی رغم اینکه این مدل نیز برای استانداردهای خود دارای بیانیه هدف و عناصر قابل اندازه گیری می باشد ولی محدودیت قابل توجهی در این اجزا مشاهده می شود که این امر منجر به تضعیف مدل اعتباربخشی مذکور در قیاس با مدل های اشاره شده پیشین می گردد. (۲۲)

کشور فرانسه دارای مدل ملی اعتباربخشی می باشد که دارای محدودیت قابل توجهی در استانداردهای خود بوده و ضعف های عمده ای در شیوه اجرا دارد. این مدل از استانداردهای اندکی برخوردار بوده و جنبه های ضروری در



## References

1. Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004.
2. Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. Center for Human Services (CHS); 1999.
3. Tabrizi JS, Gharibi F, Wilson JA. Advantages and disadvantages of health care accreditation models: A systematic review Health Promotion Perspectives. 2011;1(1).
4. 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.
5. Landeta J. Current validity of the Delphi method in social sciences. Technological Forecasting & Social Change. ۸۲-۷۳:۴۶۷;۲۰۰۶.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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. 2۰۱۱-۱۳۱:(۲)۲۰;۰۱۱
10. 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.
11. Cornick P. Nitric oxide education survey e 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.
12. Janssen PF, Bröolmann 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.
13. 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.
14. Efstathioua N, Ameenb J, Collic AM. Healthcare providers' priorities for cancer care: A Delphi study in Greece. European Journal of Oncology Nursing. 2007;11:141-50.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Emami M, Saraiedarian M, Shaieqi A. International Accreditation Standards for Hospital. Esfahan: Andishe Gostar Publisher; 2008. [Persian]
22. Gharibi F, Tabrizi JS. Design of national accreditation model on organizational performance & specialize clinics of hospital. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences. ۲۰۱۱; [Persian]
23. Emami Razavi S, Mohaqeq M. Hospital accreditation standards. Tehran: Markaze Nashre Sedaa; 2008. [Persian]