

تدوین استانداردهای اعتباربخشی برای مراکز درمانگاهی مستقل نظامی ایران

سراج‌الدین گری^۱، سعید بینات^{۲*}

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۱۹

چکیده:

زمینه و هدف: در ایران، نظام اعتباربخشی عمدتاً بر بیمارستان‌ها متمرکز شده و هنوز موفق به ارائه استانداردهایی برای مراکز درمانی مستقل مانند درمانگاه‌های مستقل نشده است. مطالعه حاضر به گزارش تدوین چارچوب اعتباربخشی برای درمانگاه‌های مستقل نظامی کشور پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این سند یک مطالعه ترکیبی (کیفی-کمی) را گزارش نموده است. توافق متخصصین (۳۰ نفر) در مورد نتایج حاصل از یک مرور نظام‌مند (۲۰۱ گویه) با استفاده از پرسشنامه و سه جلسه متخصصین کسب گردید. ضروری بودن هریک از گویه‌ها با روش نسبت روایی محتوا و وزن استانداردها و سرفصل‌ها بر اساس میانگین محاسبه گردید.

نتایج: ۲۰۱ گویه موجود، به ۷۵ استاندارد در ۱۳ سرفصل به عنوان استانداردهای نهایی به همراه وزن هر یک از آن‌ها تبدیل گردید.

نتیجه‌گیری: این چارچوب می‌تواند به عنوان ابزار مقایسه در میان مراکز درمانی مستقل بکار گرفته شود و برای اجرای آن تربیت ارزیابان، تمهید پیش‌نیازهای قانونی و سازمانی ضروری است.

کلمات کلیدی: اعتباربخشی، درمانگاه، مدل، نظامی

^۱ دانش‌آموخته سیاست‌گذاری سلامت، دکترای تخصصی، دانشگاه و پژوهشگاه عالی دفاع ملی و تحقیقات راهبردی، تهران، ایران
^۲ مرکز تحقیقات تروما، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول)، تلفن ۰۲۱۸۱۹۹۲۸۵۲

ایمیل Sbayyenat@gmail.com

مقدمه

شروع بکار نظام اعتباربخشی در سطح دنیا با استفاده از استانداردهای کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت سلامت^۱ بوده است (۱، ۲). اعتباربخشی فرایندی است بر پایه استانداردهای مدون و از پیش تعیین شده و نظرات افراد مجرب و متخصص که به اعطای صلاحیت اجرایی می‌انجامد و سعی دارد تا مراکز درمانی خدمات خود را با کیفیت بالا و با در نظر گرفتن ایمنی افراد، ارائه دهند (۳).

مأموریت سازمان‌های اعتباربخشی، بهبود مداوم مراقبت سلامت برای عموم از طریق الهام بخشی به سازمان‌ها برای ارائه مراقبت ایمن و مؤثر با بالاترین کیفیت و ارزش تعریف شده است (۴) و مطالعات نقش مؤثر وجود نظام ارزشیابی و اعتباربخشی در رسیدن به این اهداف را تأیید نموده‌اند (۵). لذا در سطح دنیا در دو دهه‌ی اخیر اقدامات گسترده‌ای برای استقرار چنین ساختارهایی انجام شده و در کشور ایران نیز مبانی اعتباربخشی به خوبی گسترش یافته که استقرار آن را نیز در پی داشته است (۶) به گونه‌ای که در حال حاضر نسل چهارم اعتباربخشی بیمارستان‌ها در کشور در حال اجرا است (۷).

استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران با بهره‌گیری از استانداردهای بومی و سایر استانداردهای جهانی تدوین شدند (۸). مطالعات انجام شده در ایران بیان کرده‌اند که بسترسازی، انتخاب متناسب مدل اعتباربخشی، توجیه ذی‌نفعان در خصوص لزوم اعتباربخشی، پایش مستمر، ایجاد سیستم‌های اطلاعاتی مناسب، شفاف‌سازی اطلاعات و با تغییر نگرش کلی سازمان می‌توانند به اجرای این مدل کمک نمایند و تأثیرات مثبتی اجرای آن را محتمل دانسته‌اند (۳). اما انتقاداتی نیز همچون نحوه انجام آن (انجام توسط نهادهای دولتی) (۶) نبود وحدت رویه بین ارزیابان و نداشتن تجربه و مهارت کافی آن‌ها (۵) نیز در مطالعات اشاره شده‌اند. سایر پژوهشگران بیان می‌کنند که استانداردهای بیمارستانی وزارت بهداشت، نیازمند مطالعه و بررسی هستند و باید از طریق ارزیابی‌های مستمر مراکز ارائه خدمات با استانداردهای معتبر داخلی و بین‌المللی، نقاط ضعف موجود را شناسایی نمود (۱). یکی از مسائل مربوط به این نظام عدم پوشش تمام

مراکز درمانی است. چرا که این برنامه بر بیمارستان‌ها متمرکز شده و در حال حاضر استانداردهای اعتباربخشی برای سایر مراکز درمانی مستقل مانند مراکز جراحی محدود و درمانگاه‌های مستقل وجود ندارد. بررسی مطالعات و مستندات نشان می‌دهد که وزارت بهداشت علتی را برای این امر عنوان نکرده‌اند. این در حالی است که اعتباربخشی درمانگاه‌های مستقل در برخی کشورها اجرا و اثرات احتمالی آن مورد نقد و بررسی قرار گرفته است (۹).

مطابق ماده ۱ آیین‌نامه تأسیس درمانگاه عمومی در ایران، درمانگاه مستقل به موسسه‌ای اطلاق می‌شود که به‌طور شبانه‌روزی بیماران سرپایی را برای درمان می‌پذیرد و در آن محل می‌توان موارد فوری یا نیازمند کمک‌های ویژه را حداکثر ۲۴ ساعت تحت نظر قرار داد و در صورت عدم بهبودی و داشتن مشکلات خاص و نیازمند به خدمات بیشتر، بایستی در طول این مدت هماهنگی لازم جهت اخذ پذیرش و اعزام به بیمارستان، در صورت لزوم فراهم گردد. در ضمن این مراکز وابسته به یک مرکز درمانی بزرگ‌تر مانند بیمارستان نیستند و دارای تیم مدیریت جداگانه برای اداره خود می‌باشند.

همان‌گونه که در بالا اشاره شد، وجود نظام اعتباربخشی می‌تواند منجر به توجه بیشتر سازمان‌ها به ابعاد کیفی و کمی خدمات شود (۳). نتیجه عکس این مسئله نیز قابل تصور است که بدون انگیزاننده‌ها و محرک‌های خارجی، حرکت مراکز فراتر از ارتقای ابعاد بیماری بیماران و لحاظ کردن سلامت و آموزش آن‌ها به عنوان مسئولیت اجتماعی هر درمانگاهی دشوار به نظر می‌رسد. اگرچه بر اساس آیین‌نامه تأسیس درمانگاه عمومی، مؤسسان درمانگاه موظف‌اند هر سال نسبت به اعلام تقاضای ارزشیابی طبق ضوابط و استانداردهای موجود توسط وزارت اقدام نمایند، اما با توجه به نبود یک نظام اعتباربخشی مناسب در کشور برای مراکز درمانگاهی مستقل، این مهم به خوبی مورد توجه قرار نمی‌گیرد. درمانگاه‌های مستقل نظامی کشور از جمله مراکز مبتلا به این وضعیت هستند و این مراکز مورد اعتباربخشی قرار نمی‌گیرند. با توجه به درک نیاز به مجموعه‌ای از استانداردها برای اعتباربخشی این مراکز، سند حاضر به بیان آماده‌سازی چنین چارچوبی پرداخته است.

¹ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

مواد و روش‌ها

مطالعه ترکیبی (کیفی-کمی) حاضر در چهار گام انجام شد.

الف - احصای استانداردهای اولیه

در یک مرحله از مطالعه اصلی، ابتدا اسناد عملیاتی در بخش بهداشت و درمان شامل دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های ملی، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های معاونت درمان وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی در خصوص درمانگاه‌ها و استانداردهای آن‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. در ضمن یک مرور نظام‌مند با تمرکز بر مطالعات مرتبط با اجرا و پیاده‌سازی اعتباربخشی مراکز سرپایی منتشر شده تا جون سال ۲۰۱۹ انجام شد که در آن جستجوی پایگاه اطلاعاتی PubMed، science direct، Scopus، Magiran، و SID در دستور کار قرار گرفته بود. در این مطالعه ۲۰۱ گویه احصا شده بودند که وارد این مطالعه شدند.

نخست، به دلایل زیر نتایج حاصل از این مرحله در یک پنل متخصصین شامل پژوهشگران و دو نفر از کارشناسان نظامی مورد مشورت قرار گرفته و استانداردهای نهایی مشخص شدند.

- ۱- وجود استانداردهای تکراری یا دارای همپوشانی.
 - ۲- عدم تطابق عرفی یا قانونی برخی از استانداردها در کشور و خصوصاً درمانگاه‌های نظامی.
 - ۳- لزوم برخی از استانداردهای مختص محیط پژوهش
 - ۴- تعداد زیاد استانداردها برای ارسال به خبرگان.
- با توافق این متخصصین برخی از گویه‌ها حذف، ادغام یا اضافه شدند و گویه‌ها در سرفصل‌های تعیین شده وارد فاز بعدی گردیدند.

ب- تعیین گویه‌های ضروری و وزن آن‌ها

به منظور محاسبه توافق افراد متخصص (شامل ۳۰ نفر تجربه دار و دارای مدارک تحصیلی و سابقه کاری مرتبط) (جدول ۱ و ۲) در خصوص لزوم ضروری بودن حضور هر یک از استانداردها از روش محاسبه نسبت روایی محتوا^۱ (CVR) استفاده شد. در این روش از افراد خواسته می‌شود تا نظر خود در خصوص ضرورت هر یک از گویه‌ها را با «ضروری است؛ مهم است ولی ضروری نیست؛ مهم است» اعلام نمایند (۱۰).

برای محاسبه میزان توافق خبرگان در خصوص ضروری بودن حضور هر یک از گویه‌ها از شاخص پیشنهادی لاوشه استفاده شد که با توجه تعداد افراد مشارکت کننده (۳۰ نفر) معیار مقایسه ۰.۳۳ است (۱۰).

جدول ۱: افراد نظرخواهی شده برای بررسی هر یک از گویه‌ها

مشارکت کنندگان	محل فعالیت	ضرورت گویه‌ها	وزن گویه‌ها
۱۵ نفر	مراکز درمانی نظامی	بله	بله
۱۵ نفر	مراکز درمانی غیرنظامی	بله	-

با توجه به اینکه نتایج حاصل از نسبت روایی محتوا، ابزاری برای تصمیم‌گیری می‌باشند و تصمیم نهایی در خصوص استانداردها با پژوهشگران است (۱۱)، لذا نتایج نظرسنجی از متخصصان در یک جلسه متخصصین شامل پژوهشگران و دو نفر از کارشناسان نظامی مورد ارزیابی دوباره قرار گرفتند. مینا بر این بوده تا تمام استانداردهای مورد توافق در لیست نهایی باقی بمانند و برخی از گویه‌ها که توافق بالایی در خصوص آن‌ها وجود داشته و با اهداف نهایی مطالعه و نگاه آرمانی آن سازگار بودند ولی به هر دلیل نمره توافق را کسب نکردند، به لیست نهایی اضافه شوند. گویه‌های نهایی شده به فاز بعد وارد شدند.

ج - تعیین وزن استانداردها

به منظور تعیین وزن نهایی ارائه شده توسط ۱۵ نفر از خبرگان به هر گویه و سرفصل (جدول ۲)، از میانگین وزن داده شده استفاده شد. این مرحله یک‌بار برای تعیین وزن سرفصل‌ها نسبت به یکدیگر و یک‌بار برای استانداردهای هر سرفصل نسبت به یکدیگر انجام شد. توزین وزن به گونه‌ای بود که مجموع اوزان بین ۱۳ سرفصل برابر ۱۰۰ و بین استانداردها در داخل هر سرفصل نیز برابر با ۱۰۰ باشد. بدین ترتیب وزن نهایی هر استاندارد در کل پرسشنامه از حاصل ضرب وزن استاندارد و وزن سرفصل مربوطه بدست می‌آید.

¹ Content Validity Ratio

د- تدوین راهنمای ارزیابان

تدوین راهنمای ارزیابان بر اساس اسنادی که از آن‌ها گویه‌ها استخراج شده بودند صورت گرفت و در یک جلسه متخصصین متشکل از پژوهشگران و دو نفر از کارشناسان معاونت درمان ستاد کل نیروهای مسلح نهایی گردید (پیوست ۱).

یافته‌ها

نتیجه جلسه اول متخصصین و پژوهشگران باعث شد تا ۲۰۱ گویه ابتدای مطالعه با حذف، اصلاح یا ادغام گویه‌ها به ۹۵ گویه تبدیل (جدول ۳) و در ۱۳ سرفصل مرتب شود.

جدول ۳: مجموعه تغییرات انجام شده

در جلسه متخصصین در مورد گویه‌ها

کل	بدون تغییر	ادغام یا اصلاح یافته	حذف شده	باقی مانده
۲۰۱	۲۵	۱۶۹	۷	۹۵

سرفصل‌ها بر اساس محتوا و ماهیت هر گویه تعیین شدند که عبارت بودند از مدیریت و رهبری؛ مدیریت منابع انسانی؛ مدیریت خطر حوادث و بلایا؛ بهداشت محیط و حرفه‌ای؛ فناوری و مدیریت اطلاعات؛ مدیریت تجهیزات پزشکی؛ مراقبت از بیمار؛ آموزش بیمار و همراهان؛ حمایت از گیرنده خدمت؛ تسهیلات رفاهی؛ بخش آزمایشگاه؛ بخش داروخانه و مدیریت دارویی و بخش تصویربرداری بود.

انتخاب استانداردهای ضروری و وزن آن‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک ۳۰ نفر از افراد مشارکت‌کننده در جدول ۲ آورده شد. میانگین سابقه این افراد در مراکز درمانی ۱۴/۵ سال بود. محاسبه معیار لاوشه برای هر گویه نشان داد که متخصصان در خصوص ضروری بودن ۵۸ گویه توافق داشتند (معیار توافق بزرگ‌تر مساوی ۰/۳۳) (جدول ۳).

با بررسی پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان در جلسه متخصصین، ۱۷ استاندارد به این لیست اضافه گردید. این گویه‌ها در جدول ۴ با علامت * در قسمت شماره ردیف مشخص شده‌اند. با احتساب موارد اضافه شده، در نهایت ۷۵ گویه در ۱۳ سرفصل انتخاب و وارد مرحله بعد شدند. (جدول ۴)

به منظور تعیین وزن استانداردها و سرفصل‌ها از نظرات ۱۵ نفر از افراد استفاده شده بود. در جدول ۴ اوزان تعیین شده برای هر کدام از گویه‌ها و سرفصل متناظر آن‌ها نیز ارائه شده است.

جدول ۲: ویژگی‌های افراد مشارکت‌کننده در مطالعه

شماره	رشته	سابقه
۱	مدیریت و اقتصاد دارو	۱۰
۲	بهداشت	۱۴
۳	بهداشت	۲۰
۴	پزشک بیهوشی	۲۴
۵	پزشک عمومی	۲۴
۶	پزشک عمومی	۲۲
۷	پزشک عمومی	۲۰
۸	پزشکی	۸
۹	پزشکی	۱۸
۱۰	پزشکی	۱۹
۱۱	جراح ارتوپد	۳
۱۲	داروساز	۳
۱۳	دندانپزشک	۲۰
۱۴	روانشناسی	
۱۵	سیاست گذاری سلامت	۶
۱۶	سیاست گذاری سلامت	۱۰
۱۷	کارشناس ارشد بهداشت	۲۲
۱۸	کارشناس بهداشت محیط	۸
۱۹	متخصص عفونی	۴
۲۰	مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۲۵
۲۱	مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۱۵
۲۲	مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۱۳
۲۳	مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۱۵
۲۴	مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۹
۲۵	مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۴
۲۶	مسئول داروخانه و کلینیک ویژه	۷
۲۷	هماتولوژی	۲۵
۲۸	نامشخص	
۲۹	نامشخص	۲۵
۳۰	نامشخص	

جدول ۳: نمره توافق متخصصین در خصوص گویه‌ها

دامنه نمره توافق	بزرگ‌تر مساوی ۰/۳۳	بین ۰/۳۳ تا ۰/۲	کم‌تر از ۰/۲
تعداد	۵۸	۱۵	۲۲
گویه	-	۱۱	۶

جدول ۴: استانداردهای نهایی و وزن هر یک از سرفصل‌ها و استانداردها

وزن	استانداردها	سرفصل / وزن	*
۱۵	اعضای تیم مدیریت درمانگاه دارای دانش و مهارت لازم و آگاه از قوانین و مقررات جهت تصمیم‌گیری هستند.	مدیریت و رهبری / ۱۲	۱
۱۲	سیاست‌ها و برنامه‌های اصلی درمانگاه مستند شده و اقدامات سازمان بر اساس آن تدوین و اجرا می‌شود.		۲
۱۲	شواهد نشان می‌دهد که تصمیمات و اقدامات تیم مدیریت درمانگاه مبتنی بر خرد جمعی بوده و پس از اجرا مورد ارزیابی قرار می‌گیرد		۳
۱۰	ساختار و اختیارات حاکم بر درمانگاه در مقررات، سیاست‌ها و رویه‌ها یا اسناد مشابه شرح داده شده‌اند.		۴
۱۲	شواهد بیانگر ارزیابی‌های مداوم تیم مدیریت در خصوص نحوه تأمین منابع مالی و مدیریت هزینه‌ها هستند		۵
۱۳	شواهد بیانگر تعهد تیم مدیریت بر ارتقای مستمر کیفیت خدمات است		۶
۱۳	شواهد بیانگر تعهد تیم مدیریت بر مشارکت در اجرای برنامه‌های کشوری و محلی/سازمانی ارتقای سلامت هستند. به‌طور کلی رویکرد مجموعه فعالیت‌های درمانگاه سلامت‌محور است		۷
۱۲	نظرسنجی از کارکنان، بیماران و همراهان آن‌ها در ابعاد مختلف صورت گرفته و بر اساس نتایج آن برنامه‌های مداخله‌ای طراحی می‌گردند.		۸
۳۹	کارکنان بر اساس ضوابط و مقررات مربوط و احراز توانمندی‌های لازم و شرایط احراز برای هر یک از مشاغل با صدور ابلاغ/حکم مناسب به‌کارگیری می‌شوند.	مدیریت منابع انسانی / ۱۰	۹
۳۰	به‌منظور توانمندسازی کارکنان آموزش‌های هدفمند، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند.		۱۰
۳۲	ارزشیابی و نظارت بر عملکرد کارکنان بر اساس شاخص‌های تعریف شده و اولویت‌دار برای درمانگاه، برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.		۱۱
۱۴	درمانگاه مخاطرات ناشی از حوادث و بلایای طبیعی و غیرطبیعی بومی را ارزیابی کرده و بر اساس آن برنامه مدون برای مقابله تدوین کرده است.	مدیریت خطر حوادث و بلایا/ ۷	۱۲
۱۴	تیم واکنش سریع برای پاسخ‌گویی در شرایط اضطراری مشخص شده و شرایط حضور هر یک از اعضا در تیم مطابق استاندارد است.		۱۳
۱۳	برنامه نحوه اقدام تیم واکنش سریع برای پاسخ‌گویی در شرایط اضطراری مطابق استاندارد مشخص شده است.		۱۴*
۱۶	درمانگاه امکانات استاندارد برای اجرای برنامه‌های تدوین شده برای شرایط اضطراری (بلایای طبیعی) در داخل سازمان و یا جامعه را تهیه کرده است.		۱۵
۱۶	درمانگاه امکانات استاندارد لازم برای اجرای برنامه‌های تدوین شده برای شرایط اضطراری (طب رزم برای بلایای غیرطبیعی) در داخل سازمان و یا جامعه را تهیه کرده است.		۱۶
۱۴	درمانگاه برنامه‌ای مدون برای اجرای مانورهای آموزشی برای شرایط اضطراری (طبیعی و غیرطبیعی) را طرح‌ریزی کرده و اجرا می‌کند.		۱۷

وزن	استانداردها	سرفصل / وزن	*
۱۲	مجموعه اقدامات انجام شده در شرایط اضطراری به طور منظم به ارگان‌های بالادست گزارش شده و بازخورد اخذ می‌گردد.		۱۸*
۲۳	برای بهبود شرایط و سالم‌سازی محیط کار، پیش‌گیری از حوادث شغلی (بهداشت و ایمنی کارکنان) برنامه‌ریزی و بر اساس آن اقدام می‌شود.	بهداشت محیط و حرفه‌ای / ۷	۱۹
۲۴	مدیریت آب و فاضلاب درمانگاه بر اساس استانداردهای ملی و ضوابط بهداشتی مربوط صورت می‌پذیرد.		۲۰
۲۸	درمانگاه زباله‌های عادی، عفونی و شیمیایی را تفکیک می‌کند و پسماندهای تیز و برنده را در ظروف استاندارد جمع‌آوری می‌کند.		۲۱
۲۵	نحوه دفع زباله‌های عادی، عفونی، شیمیایی و پسماندهای تیز و برنده مطابق استانداردهای کشوری است.		۲۲
۱۹	نرم‌افزاری فناوری اطلاعات موجود، مجوزهای لازم از سازمان‌های بالادست برای اجرا در درمانگاه را کسب نموده‌اند.	فناوری و مدیریت اطلاعات / ۷	۲۳*
۲۲	زیرساخت‌های فناوری اطلاعات موجود، نیازهای اطلاعاتی تمام افراد مجاز در داخل و خارج درمانگاه را تأمین می‌کند.		۲۴
۲۱	محرمانه بودن، امنیت و یکپارچگی داده‌ها و اطلاعات در برابر از دست دادن، تخریب، دست کاری و دسترسی غیرمجاز حفظ می‌شود.		۲۵
۱۹	درمانگاه از فرآیندی مستمر برای بررسی اعتبار داده‌های الکترونیک استفاده می‌کند.		۲۶*
۱۹	تمهیدات لازم برای حفظ داده‌های الکترونیک بر اساس اسناد بالادستی (مدت‌زمان و نحوه نگهداری) دیده شده است.		۲۷
۴۷	تأمین تجهیزات پزشکی بر اساس اصول فنی و رعایت ضوابط اقتصادی و بر اساس نیاز درمانگاه برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.		مدیریت تجهیزات پزشکی / ۸
۵۳	پایش، نگهداری، ارزیابی (تعمیرات و نگهداری) و کاربری صحیح تجهیزات پزشکی بخش‌های مختلف برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	۲۹	
۸	تیم مدیریت برنامه‌ها و خدمات بهبود کیفیت و ایمنی بیمار را اولویت‌بندی کرده و میزان پیشرفت و تأثیر این برنامه‌ها پایش می‌کند.	مراقبت از بیمار / ۸	۳۰
۹	شواهد نشان می‌دهد که اطلاعات مربوط به کیفیت و ایمنی بیمار در این درمانگاه ثبت، تحلیل و در اختیار مسئولین مربوطه قرار گرفته و برای بهبود مستمر استفاده می‌شود.		۳۱*
۷	خدمات در حال ارائه در درمانگاه کاملاً منطبق با خدمات تعریف شده در پروانه تأسیس آن است.		۳۲*
۸	مسئولین فنی در تمامی ساعات نوبت‌کاری خود در درمانگاه حاضر هستند.		۳۳
۹	درمانگاه، تمام بیماران اورژانسی را پذیرش و پس از انجام اقدامات درمانی اولیه و اخذ پذیرش از مراکز درمانی مجهز، آن‌ها را اعزام می‌کند.		۳۴
۹	خدمات احیا و نجات‌دهنده (CPR) با فضای مناسب و تجهیزات لازم در درمانگاه وجود دارد.		۳۵
۷	شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات احیا و نجات‌دهنده (CPR) تعیین شده و مستندات لازم در خصوص پیگیری‌ها وجود دارد.		۳۶

وزن	استانداردها	سرفصل / وزن	*
۶	درمانگاه فرآیندی برای ارجاع یا انتقال بیماران نیاز به جابجایی را تدوین کرده و اجرا می‌کند.		۳۷
۸	حداقل یک آمبولانس به صورت ۲۴ ساعته برای انتقال بیمار در موارد اورژانس هماهنگ شده است.		۳۸
۷	درمانگاه دستورالعمل تزریقات ایمن (۸ Rights) را پیاده‌سازی می‌کند.		۳۹
۶	درمانگاه راهنمای جراحی ایمن برای جراحی‌های سرپایی را تعیین و پیاده‌سازی می‌کند.		۴۰
۸	درمانگاه از روش‌ها و ابزارهای استاندارد استریلازیسیون استفاده می‌کند.		۴۱
۷	درمانگاه گزارش بیماری‌های واگیر و غیر واگیر مشخص شده توسط سازمان‌های بالادست را به موقع گزارش می‌کند.		*۴۲
۴۹	در درمانگاه بسته‌های آموزشی عمومی متناسب با تخصص‌های موجود و بیماری‌های شایع منطقه تهیه شده است.	آموزش بیمار و همراهان / ۶	*۴۳
۵۱	در درمانگاه در بازه‌های زمانی مختلف کلاس‌های آموزشی متناسب با بیماری‌های شایع منطقه برای بیماران مزمن و دائمی برگزار می‌گردد.		*۴۴
۱۰	شواهد بیانگر تدوین و اجرای منشور حقوق بیماران درمانگاه و تعهد تیم مدیریت بر توسعه اخلاق حرفه‌ای و ترویج فرهنگ بیمارمحوری است.		۴۵
۱۱	اولویت درمانگاه ارائه خدمت به بازنشستگان، جانبازان، سربازان و سایر کارکنان مرتبط با سازمان‌های نظامی است.		*۴۶
۱۱	درمانگاه تسهیلات لازم برای اطلاع‌رسانی، نوبت‌دهی، تبادل اطلاعات بیمار، راهنمایی و پاسخ‌گویی (شبکه‌های اجتماعی، سایت، پیامک‌های تلفنی، ...) به مراجعه‌کنندگان را فراهم می‌نماید.		*۴۷
۹	دسترسی بیماران معلول و جانبازان به قسمت‌های مختلف درمانگاه به وسیله رمپ، آسانسور، ... تسهیل شده است.	حمایت از	۴۸
۱۱	پزشکان طبق برنامه زمان‌بندی تعیین شده نسبت به ویزیت بیماران اقدام می‌نمایند.	گیرنده	۴۹
۱۰	درمانگاه از رعایت حریم شخصی بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.	خدمت / ۸	۵۰
۱۰	تمهیدات لازم برای رسیدگی به شکایات و پیشنهادات در درمانگاه طراحی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.		۵۱
۱۰	درمانگاه، اطلاعات موردنیاز بیماران در مورد هزینه‌های مرتبط را به‌طور واضح و شفاف ارائه می‌دهد.		*۵۲
۹	تا حد امکان در مراحل مختلف ارائه خدمت امکان انطباق جنسیت فرد ارائه‌کننده و گیرنده خدمت ایجاد شده است.		*۵۳
۹	درمانگاه تمهیدات لازم برای ارائه خدمات به اقشار محروم و کم‌درآمد مراجعه‌کننده به مرکز را تهیه کرده است.		*۵۴
۲۳	ظاهر و وضعیت کلی ساختمان درمانگاه، مساحت اتاق‌ها، سالن‌های انتظار و مبلمان درمانگاه متناسب با تعداد مراجعین هستند و متناسب با محیط‌های درمانی طراحی شده است.	مدیریت	*۵۵
۱۹	چینش ترتیب واحدهای مختلف نوبت‌دهی، پذیرش، صندوق، اتاق‌های ویزیت و سایر متناسب هستند.	تسهیلات رفاهی / ۷	۵۶

وزن	استانداردها	سرفصل / وزن	*
۲۱	تهویه هوا، نور، سیستم‌های حرارتی و برودتی مطابق با اصول فنی و بهداشتی هستند.		۵۷
۱۸	تمهیدات لازم پیشگیری، تشخیص زود هنگام، سرکوب، کاهش و خروج امن از ساختمان درمانگاه در زمان آتش‌سوزی، زلزله و موارد اضطراری وجود دارد.		۵۸
۱۹	تمهیدات لازم برای ادامه ارائه خدمات در صورت قطع برق یا آب در ساختمان درمانگاه دیده شده است.		۵۹
۱۴	مسئول فنی دارای پروانه مسئولیت و مسئول واجد شرایط برای مدیریت بخش مشخص شده است.		۶۰
۱۷	خدمات آزمایشگاهی برای پاسخ‌گویی به نیازهای بیمار در دسترس هستند و همه این خدمات مطابق با استانداردهای کشوری ارائه می‌گردند.		*۶۱
۱۳	آزمایشگاه نمونه‌ها را به روش مناسب و به‌موقع پردازش می‌کند.		۶۲
۱۴	روش‌های کنترل کیفیت برای خدمات آزمایشگاه مشخص هستند و برای ارزیابی کیفیت خدمات استفاده می‌شوند.	بخش آزمایشگاه (۶/)	۶۳
۱۴	آزمایشگاه نتایج آزمایشات مراجعه‌کنندگان را به شیوه‌ای دقیق و به‌موقع گزارش می‌دهد.		۶۴
۱۵	سنجه‌های لازم برای پایش کیفیت خدمات در آزمایشگاه‌های مرجع معتبر توسط درمانگاه مشخص شده و در زمان‌های منظم مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.		*۶۵
۱۳	یک برنامه برای پیشگیری و کنترل عفونت برای کارکنان آزمایشگاه وجود دارد.		۶۶
۲۰	مسئول فنی دارای پروانه مسئولیت و مسئول واجد شرایط برای مدیریت واحد مشخص شده است.		۶۷
۲۲	داروها و لوازم مصرفی مطابق نیازهای اورژانسی و خاص درمانگاه و نیاز متخصصین مختلف پزشکی موجود در درمانگاه تهیه و نگهداری می‌شوند.	داروخانه و مدیریت	۶۸
۲۰	داروها و لوازم مصرفی به‌درستی و به‌طور ایمن ذخیره می‌شوند.	دارویی / ۸	۶۹
۱۹	درمانگاه تمهیداتی را برای بهبود ایمنی داروهای حساس و هشدار بالا تدوین و پیاده‌سازی می‌کند.		۷۰
۱۸	درمانگاه تمهیداتی را برای شناسایی موارد خطای دارویی یا موارد نزدیک به خطا ایجاد و اجرا می‌کند.		۷۱
۲۵	مسئول فنی دارای پروانه مسئولیت و مسئول واجد شرایط برای مدیریت واحد مشخص شده است.		۷۲
۲۷	خدمات تصویربرداری مورد نیاز برای پاسخ‌گویی به نیازهای شایع‌تر بیماران در دسترس هستند و همه این خدمات مطابق با استانداردها و قوانین و مقررات در نظر گرفته شده است.	بخش تصویربرداری / ۶	۷۳
۲۴	برنامه ایمنی بخش برای کارکنان، بیماران، همراهان آن‌ها، پیگیری و مطابق با استانداردهای حرفه‌ای، قوانین و مقررات اجرا می‌شود.		۷۴
۲۳	روش‌های کنترل کیفیت برای بخش تعریف و مستند شده‌اند.		۷۵
* استانداردهایی که علاوه بر توافق متخصصان در جلسه متخصصین به استانداردها اضافه گردید.			

بحث

و رعایت ضوابط اقتصادی و نیاز درمانگاه و تعمیرات و نگهداری آن‌ها، ظاهر و وضعیت کلی ساختمان درمانگاه، مساحت اتاق‌ها، سالن‌های انتظار و مبلمان، چینش ترتیب واحدهای مختلف، تهویه هوا، نور، سیستم‌های حرارتی و برودتی، تامین داروها و لوازم مصرفی مطابق نیازهای اورژانسی و خاص درمانگاه و ذخیره ایمن آن‌ها از جمله استانداردهایی بودند که در این گروه تعریف شده‌اند.

مطالعات بکارگیری اعتباربخشی در حوزه تصویربرداری را از علل بهبود کیفیت معرفی نموده بودند (۱۷) لذا در این مطالعه نیز علاوه بر خدمات مرتبط با دسترسی دارویی که در مطالعه برنسدس و همکاران (۲۰۱۱) بدان اشاره شده است (۱۶)، استانداردهای مرتبط با سایر بخش‌های پاراکلینیک (تصویربرداری و آزمایشگاه) نیز به طور جداگانه گنجانده شده است.

مطالعات نحوه «ارائه خدمت» به عنوان کیفیت خدمات را شامل پاسخ‌گویی مناسب به بیماران، تلاش مناسب گروه‌های ارائه‌کننده خدمت برای ارائه مناسب خدمت به بیماران و رضایت بیماران از آخرین ویزیت معرفی کرده‌اند (۱۶) که در این مطالعه در قالب نظرسنجی از بیماران و کارکنان، احراز توانمندی‌های لازم توسط کارکنان برای ارائه خدمات، ارزشیابی و نظارت بر عملکرد کارکنان، ثبت، تحلیل داده‌های مرتبط و اولویت‌بندی برنامه‌ها و خدمات بهبود کیفیت و ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت، تدوین و اجرای منشور حقوق بیماران، اولویت درمانگاه ارائه خدمت به بازنشستگان، جانبازان، سربازان، تعیین برنامه زمان‌بندی ویزیت پزشکان، رعایت حریم شخصی، رسیدگی به شکایات و پیشنهادات، انطباق جنسیت، ارائه خدمات به اقلیت محروم و کم‌درآمد دیده شده است.

با شناختی که پژوهشگران از محیط درمانگاه‌های شهری نظامی و نحوه اداره آن‌ها داشته‌اند، عمق ورود به استانداردهای گروه «ارائه خدمت» کمتر بوده است و مد نظر بوده تا درمانگاه‌های مختلف در نقاط مختلف کشور به صورت بومی میزان و نوع شاخص‌های مدنظر را تعیین کنند اما همگی در یک چارچوب منظم حرکت نمایند. اصل بر ارتقای وضعیت موجود است نه بر رسیدن به یک عدد واحد.

در مطالعه برنسدس و همکاران (۱۶) «بعد فنی ارائه خدمات» در تعریف کیفیت در خدمات درمانگاهی شامل مهارت و دانش حرفه‌ای، بررسی اجزای اصلی مراقبت و تبعیت از استانداردها و راهنماهای بالینی و وجود شاخص‌هایی در رفتار تجویزی پزشکان معرفی شده است. در مطالعه حاضر با در نظر گرفتن حضور مسئولین فنی در تمامی ساعات نوبت‌کاری،

مطالعه حاضر با هدف تدوین چارچوبی برای اعتباربخشی درمانگاه‌های مستقل نظامی طراحی گردید و در نهایت مدلی با ۱۳ سرفصل و ۷۵ استاندارد احصا گردید.

در خصوص ماهیت استانداردهای اعتباربخشی، مطالعه (۱۲) بیان می‌نماید استانداردهای اعتباربخشی مختلف در حوزه خدمات درمانگاهی عمدتاً تمرکز کمتری بر استانداردهای نتیجه‌گرا دارند، در این مطالعه نیز بر استانداردهای نتیجه‌گرا کمتر تمرکز شده است. عمده استانداردهای نهایی این مطالعه با تاکید بر فرآیندهای کاری درست در کنار ثبت صحیح اطلاعات جلسات تصمیم‌سازی تدوین شدند. برای مثال تاکید بر داشتن دانش مدیریتی توسط تیم مدیریت در کنار بکارگیری اطلاعات ناشی از تجزیه و تحلیل داده‌های داخلی (ورودی مناسب برای اخذ تصمیم صحیح) به خوبی سعی شده است در قسمت مدیریت و رهبری استانداردها رعایت گردد.

دشواری سنجش نتایج ارائه خدمات درمانگاهی می‌تواند علت تمرکز کمتر اینگونه استانداردها بر نتیجه‌گرایی باشد (۱۳). اما با توجه به اینکه مطالعات مختلف (۱۴، ۱۵) تاکید زیادی بر دستیابی به نتایج در این استانداردها داشته‌اند، در این مطالعه نیز با تاکید بر بکارگیری نتایج تحلیل داده‌های مرکز در جلسات و کمیته‌های داخلی و بررسی کسب نتیجه، این مقوله تحت پوشش قرار گرفته است.

بهبود مداوم کیفیت خدمات مورد تأکید مستقیم مجموعه استانداردهای این مطالعه است. تعهد تیم مدیریت به کیفیت، تضمین ایمنی خدمات موردی از این استانداردها هستند. اگرچه تعیین دقیق‌تر و تعریف واضح‌تری از مقوله کیفیت ممکن است کمک‌کننده‌تر به نظر آید ولی در این مطالعه به موارد فوق بسنده شده است، این امر نخست به دلیل کنترل تعداد استانداردها و دوم باز گذاشتن دست مراکز در تعیین خدمات اولویت‌دار برای بهبود کیفیت بوده است. به عبارت دیگر برای شاخص‌های کیفی عدد خاص تعیین نشده است اما مراکز تشویق شده‌اند با توجه به شرایط خود اهداف کیفی را تعیین نمایند. سایر مطالعات نیز پس از بررسی استانداردهای مختلف این حوزه بیان کرده‌اند که هیچ یک از استانداردهای موجود به مکانیزم‌های ساختاریافته ارزیابی شاخص‌های کیفیت مجهز نشده‌اند (۱۲).

یکی از ابعاد کیفیت خدمات درمانگاهی در مطالعه برنسدس و همکاران (۲۰۱۱) استانداردهای «ساختاری» شامل فضای فیزیکی، تسهیلات و تجهیزات و دسترسی به داروها است (۱۶) که به طور کامل در استانداردهای این مطالعه نیز گنجانده شده‌اند. تأمین تجهیزات پزشکی بر اساس اصول فنی

پیش‌نیازهایی دارد. ایجاد وجه قانونی برای اعتباربخشی و اضافه کردن ابعاد مالی به نتایج ارزیابی از جمله موارد پیشنهادی مطالعات هستند (۱۹-۲۱) در عین حال جلوگیری از ایجاد ترس و حس تنبیه در میان کاربران، جلب مشارکت تمام ذی‌نفعان و تبادل شفاف اطلاعات استراتژی‌هایی توصیه شده توسط مطالعات در راستای بهبود اجرای اعتباربخشی و اثربخشی آن است.

در طراحی راهنمای اجرای ارزیابان این مطالعه نیز سعی شده بنا به نوع استاندارد از تمام ابزارهای ارزیابی و گردآوری اطلاعات استفاده گردد. لذا بررسی مجوزها و گواهی‌ها، مدارک تحصیلی، مستندات جلسات و کمیته‌ها، مشاهده و حتی مصاحبه به عنوان ابزارهایی برای گردآوری اطلاعات از نحوه عملکرد درمانگاه به ارزیابان معرفی شدند. این ابزارها در کنار به‌کارگیری ارزیابان با تجربه و فعال می‌تواند به شناخت کامل مرکز و نمره‌دهی درست به آن‌ها مفید باشند. در مطالعه جعفری پویان و همکاران (۲۰۱۹) به شش بعد فرد ارزیاب اشاره شده است و بیان شده که هر یک از این شش بعد (رفتار، فرآیند، مهارت، نگرش، دانش، تجربه و شخصیت) تا سطح خاصی در ارزیابان تقویت گردد که این امر خود نیازمند آموزش آنان است (۲۲).

نتیجه‌گیری

چارچوب ارائه‌شده در این مطالعه و نمره اعتباربخشی آن می‌تواند به عنوان ابزار مقایسه (برای تخصیص بودجه و مقایسه عملکرد در طول زمان) در میان درمانگاه‌های مستقل بکار گرفته شود و برای اجرای آن تربیت ارزیابان، پیش‌نیازهای قانونی، مالی و سازمانی ضروری است.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر با پشتیبانی دانشگاه و پژوهشگاه عالی دفاع ملی و تحقیقات راهبردی و حمایت‌های نظامی به سرانجام رسیده است. از تمام پرسنلی که ما را در انجام این مطالعه یاری رسانده‌اند، کمال سپاسگزاری را داریم.

شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات احیا و نجات‌دهنده (CPR)، پیاده‌سازی دستورالعمل تزریقات ایمن (8Rights)، بکارگیری راهنمای جراحی ایمن برای جراحی‌های سرپایی، گزارش به‌موقع بیماری‌های واگیر و غیرواگیر مشخص‌شده توسط سازمان‌های بالادست، روش‌های کنترل کیفیت برای خدمات آزمایشگاه، داروخانه و تصویربرداری، وجود تمهیداتی برای بهبود ایمنی داروهای حساس و هشدار، شناسایی موارد خطای دارویی، رعایت استانداردها و قوانین و مقررات در واحد تصویربرداری سعی شده است تا به این گروه استانداردها رسیدگی شود.

شاخص‌های بالینی به عنوان جزئی از ابعاد کیفیت ارائه خدمات، در استانداردهای اعتباربخشی کشورهای هلند، آمریکا و بریتانیا مشاهده می‌شود (۱۲) ولی در بسیاری از کشورهای دیگر نیز آورده نشده است (۱۴، ۱۵). باید دانست که گنجاندن چنین معیارهایی نیازمند ایجاد توانایی سنجش آن‌ها در درمانگاه‌ها است، با توجه به چندبعدی بودن و وجود تعاریف مختلف از کیفیت در مراکز مختلف، اجرایی کردن چنین شاخص‌هایی می‌تواند با دشواری روبه‌رو شود. لذا همان‌طور که در بالا آورده شده در مطالعه حاضر به ابعادی قابل سنجش و تفسیرپذیر اشاره‌شده و از گنجاندن ابعادی کیفی که مقایسه مراکز با یکدیگر را با دشواری مواجه می‌کنند خودداری شده است.

در خصوص اجرای اعتباربخشی بیان‌شده که این امر علاوه بر ایجاد آموزش‌های داخل سازمانی، امکان مقایسه بین سازمانی را نیز فراهم می‌کند که خود باعث تقویت تمایل یادگیرندگی و حس رقابت برای دستیابی به اهداف بهتر می‌شوند. این امر می‌تواند با انتشار نتایج ارزیابی‌ها برای عموم قوت بیشتری بگیرد (۱۲). اما با توجه به شرایط متفاوت کشورها در این مسئله (۱۸)، بهتر است در هر سازمان و کشوری به صورت خاص موردبررسی قرار گرفته و قابلیت انتشار نتایج و نحوه انتشار آن مورد مذاقه دقیق قرار گیرد. در هر صورت باید دانست که اجرایی شدن مقوله اعتباربخشی و افزایش پذیرش آن توسط سازمان‌ها

References

1. Amerioun A., Tofighi Sh., Mahdavi S. M., Mamaghani H., Meskarpour Amiri M. Assessment of International Joint Commission (IJC) accreditation standard in a military hospital laboratory. *Journal of Military Medicine*. 2011;13(2):75-80.
2. Rezapour, et al. Culture Management and Health Economics. Tehran: Arun Publications; 1394 [in Persian].
3. Karimi S, Gholipour K, Kordi A, Bahmanziari N, Shokri A. Impact of hospitals accreditation on service delivery front the perspective views of experts: a qualitative study. 2013.
4. Mohammadpour A, Mehdipour Y, Karimi A, Rahdari A. A comparative study of the Iran Ministry of Health patient and family education standards with joint commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Health Inform Manag*. 2009;6(2):122.
5. Mosadeghrad AM, Akbari SA, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. *Tehran Univ Med J*. 2017;75(4):288-98.
6. Tavakoli S, Mirzazadeh A, Golshahirad S. Accreditation: Non-governmental and Voluntary? *Iranian Journal of Medical Education*. 2002;2(0):53-4.
7. Education; MoHaM. Comprehensive Guide to National Accreditation Standards of Iranian Hospitals, Fourth Edition, Deputy of Treatment. 1398. [in Persian].
8. Education; MoHaM. Comprehensive Guide to National Accreditation Standards of Iranian Hospitals, Third Edition, Deputy of Treatment. 1395. [in Persian].
9. Smith E, Behrmann J, Martin C, WILLIAMS-JONES B. Reproductive tourism in Argentina: clinic accreditation and its implications for consumers, health professionals and policy makers. *Developing World Bioethics*. 2010;10(2):59-69.
10. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity I. *Personnel psychology*. 1975;28(4):563-75.
11. Abdollahpour I, Nedjat S, Noroozian M, Majdzadeh R. Performing Content Validation Process in Development of Questionnaires. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2011;6(4):66-74.
12. Auras S, Geraedts M. International comparison of nine accreditation programmes for ambulatory care facilities. *Journal of Public Health*. 2011;19(5):425-32.
13. Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000;12(3):211-6.
14. Buetow S, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *BMJ Quality & Safety*. 2003;12(2):129-35.
15. Viswanathan HN, Salmon JW. Accrediting organizations and quality improvement. *Am J Manag Care*. 2000;6(10):1117-30.
16. Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *PLoS Med*. 2011;8(4):e1000433.
17. Destouet JM, Bassett LW, Yaffe MJ, Butler PF, Wilcox PA. The ACR's Mammography Accreditation Program: ten years of experience since MQSA. *Journal of the American College of Radiology*. 2005;2(7):585-94.
18. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *International journal for quality in health care*. 2008;20(3):172-83.
19. Buetow S, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *BMJ Quality Safety*. 2003;12(2):129-35.
20. Buetow S, Wensing M. What might European general practice learn from New Zealand experience of practice accreditation? *The European journal of general practice*. 2008;14(1):40-4.
21. Paccioni A, Sicotte C, Champagne F. Accreditation: a cultural control strategy. *International journal of health care quality assurance*. 2008.
22. Jaafariipooyan E, Mosadeghrad AM, Salarvand A. Hospital Accreditation Surveyors' Evaluation Criteria in Iran. *Payavard Salamat*. 2019;13(2):110-22.

Accreditation framework for military independent clinical centers in Iran

Serajaddin Gray¹. Saeed Bayyenat.*²

Submitted: 2021.8.31

Accepted: 2021.11.10

Abstract

Background: In Iran, the accreditation system is mainly focused on hospitals and has not yet succeeded in providing standards for independent medical centers such as independent clinics. The present study reports the development of an accreditation framework for independent clinics affiliated with the country's armed forces.

Materials & Methods: This is a mixed (qualitative-quantitative) study. Experts' agreement (30 people) on the results of a systematic review (201 items) was obtained using a questionnaire and through holding three expert panels. The necessity of each item was calculated using the method of content validity ratio and the weight of standards and headings based on the average.

Results: The existing 201 items were converted into 75 standards in 13 headings as final standards with the weight of each item.

Conclusion: This framework can be used as a comparison tool between independent medical centers and it is necessary to train evaluators, and prepare legal and organizational requirements in order to implement it.

Keyword: Accreditation, Clinic, Model, Armed forces, Military

¹ Graduate of Health Policy, PhD; Supreme National Defense University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Trauma research center, Baqiyatallah university of medical sciences, Tehran, Iran, (*Corresponding Author), Phone 02181992852, Email: Sbayyenat@gmail.com

Copyright © 2020 Scientific Association of Hospital Affairs, and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited