

## ارزیابی عملکرد مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان آرادان بر اساس الگوی ملی اعتباربخشی

فرید غریبی<sup>۱</sup> (Ph.D)، جعفر جندقی<sup>۲</sup> (M.D, MPH)، اسماعیل مشیری<sup>۲\*</sup> (M.D, Ph.D)

۱- مرکز تحقیقات سلامت مواد غذایی (نمک)، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۱۲

moshirinn@gmail.com

\* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۲۷۳۲۴۲۶۱

### چکیده

هدف: اعتباربخشی به دلیل تأثیرات مثبت شگرف بر حوزه‌های عملکردی نظیر کیفیت و ایمنی، رایج‌ترین رویکرد در ارزشیابی و ارتقای عملکرد مراقبت‌های بهداشتی محسوب می‌شود. نظر به تدوین الگوی ملی اعتباربخشی مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی عملکرد مراکز خدمات جامع سلامت آرادان بر اساس الگوی ملی اعتباربخشی به انجام رسید. مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر در پاییز ۱۳۹۹ با مشارکت چهار مرکز خدمات جامع سلامت در شهرستان آرادان اجرا گردید. ابزار مطالعه، چک‌لیستی مشتمل بر ۳۹ استاندارد و ۲۳۱ سنجه ارزیابی در ابعاد عملکردی دوازده‌گانه تعریف شده بود که از مدل ملی اعتباربخشی عملکردی مراکز خدمات جامع سلامت استخراج گردید. مطالعه پس از آموزش مدیران و پرسنل مراکز بهداشتی در خصوص ماهیت اعتباربخشی، محتوای ابزار ارزیابی و نیز نحوه تکمیل آن، در دو مرحله خودارزیابی و ارزیابی بیرونی اجرا گردید و سطح عملکرد مراکز بهداشتی مورد بررسی بر اساس ارزیابی میزان رعایت الزامات اعتباربخشی تعریف شده در مدل مورد استفاده تعیین گردید. در این راستا، نمرات داده شده به گزینه‌های "رعایت کامل"، "رعایت نسبی" و "عدم رعایت" به ترتیب برابر ۱، ۰/۵ و ۰ تعیین شد لذا میزان رعایت الزامات تعریف شده در هر سنجه، استاندارد و بعد از اعتباربخشی به صورت درصد گزارش گردید.

یافته‌ها: میزان انطباق عملکرد مراکز خدمات جامع سلامت با استانداردها و سنجه‌های اعتباربخشی در بخش خودارزیابی و ارزیابی بیرونی به ترتیب برابر با ۷۱/۴۷ و ۱۵/۴۳ درصد می‌باشد. در بخش خودارزیابی، بُعد "جامعه-محور بودن خدمات" با کسب نمره ۹۳/۷۵ درصد و بُعد "ارزشیابی ارائه خدمت" با کسب نمره ۰ به ترتیب حائز بالاترین و پایین‌ترین سطح عملکردی از جهت انطباق با استانداردهای اعتباربخشی شدند؛ در حالی که در بخش ارزیابی بیرونی، بُعد استمرار خدمت با ۲۹/۶۳ درصد و ابعاد "جامعه-محور بودن خدمات"، "کیفیت و ایمنی خدمات" و "تحقیق در سیستم‌های بهداشتی" با کسب نمره ۰ به ترتیب حائز بالاترین و پایین‌ترین سطح عملکرد شدند.

نتیجه‌گیری: وضعیت عملکرد مراکز مورد بررسی دارای کاستی‌های قابل توجهی است که این امر، ضرورت طراحی و اجرای مداخلات ارتقایی با مشارکت متخصصین و صاحبان فرایند را مورد تأکید قرار می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مراکز خدمات جامع سلامت، عملکرد، اعتباربخشی

### مقدمه

از جمله کاستی‌های موجود در عرصه ارائه خدمات بهداشتی به ویژه در کشورهای در حال توسعه می‌باشد [۲]. با توجه به قابل پیشگیری بودن ۸۳ درصد خطاهای پزشکی و منجر شدن ۳۰ درصد وقایع ناگوار به مرگ در کشورهای در حال توسعه و در حال گذار، این کشورها علاوه بر نیاز به افزایش منابع برای بهبود ایمنی و کیفیت، نیازمند ایجاد محیط و سازوکارهای حمایت‌کننده از ابتکارات مرتبط با کیفیت ارتقای عملکرد و کیفیت می‌باشند. بنابراین نیاز به استفاده از رویکردهای ارزشیابی بیرونی نظیر اعتباربخشی که به بهبود مستمر کیفیت

سنجش و ارتقای سطح عملکرد مراکز بهداشتی و درمانی به ویژه از نظر شاخص‌های مرتبط با کیفیت و ایمنی همواره به عنوان یک چالش اساسی در تمامی نظام‌های سلامت مطرح بوده است [۱]. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که برون‌دادهای بهداشتی نامطلوب به سبب کیفیت اندک خدمات ارائه شده، نارضایتی گیرندگان خدمات بهداشتی به سبب رعایت اندک حقوق آن‌ها عدم پاسخگویی مناسب به نیازهای بهداشتی، و نیز کارایی اندک مراقبت‌ها و هزینه‌های فزاینده ارائه آن‌ها به جامعه

شود بیش از پیش در این کشورها احساس می‌شود [۳]. بر این اساس، امروزه استفاده از اعتباربخشی به عنوان رویکردی کارآمد در ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و عملکرد مراکز بهداشتی مورد توجه جدی قرار گرفته است به طوری که هم اکنون در بیش از ۷۰ کشور جهان به کار گرفته می‌شود و این روند با سرعت فزاینده‌ای در حال گسترش است [۴].

اعتباربخشی، فرایند خودارزیابی و ارزیابی بیرونی توسط هم‌تایان حرفه‌ای بر مبنای استانداردهای مدون ارتقاءدهنده است که با هدف ارزیابی و بهبود مستمر عملکرد سازمان‌های بهداشتی صورت می‌گیرد [۵]. این رویکرد، درصدد دستیابی به سطح مطلوبی از عملکرد در ابعاد دروندادی، فرایندی و برون‌دادی است که سازمان‌های بهداشتی با هدف تحقق آن‌ها ایجاد شده‌اند [۶] و این امر از طریق اصلاح فرایندهای سازمانی، ارتقای فرهنگ، گسترش آموزش و یادگیری سازمانی و تکیه بر مزیت‌های رقابتی سازمان حاصل می‌شود [۷]. به طور کلی از اعتباربخشی به منظور به‌گزینی / بهینه‌کاوی در حوزه کیفیت و ایمنی [۸]، اطلاع‌رسانی عمومی اطلاعات مرتبط با عملکرد مراکز بهداشتی [۹] و نیز ایجاد یک چارچوب به‌منظور بهبود مستمر کیفیت استفاده می‌شود [۱۰]. پژوهش‌های صورت گرفته بر روی شاخص‌های مرتبط با کیفیت مراقبت‌ها نیز در رابطه با نارسایی قلبی، پنومونی [۱۱]، انفارکتوس حاد قلب [۱۱،۱۲]، سرطان [۱۳] و سندرم کرونری حاد [۱۴] حاکی از ارتباط مثبت و معنی‌دار اعتباربخشی با عملکرد مراکز بهداشتی در مورد این بیماری‌ها می‌باشد. همچنین اعتباربخشی فرصت افزایش معنی‌دار درآمدها [۱۵] و نیز کاهش موثر هزینه‌ها را برای سازمان‌های بهداشتی فراهم می‌کند [۱۶،۱۷،۱۳].

اعتباربخشی در آغاز راه و در سال ۱۹۱۲ در مراقبت‌های بیمارستانی و توسط کالج جراحان آمریکا به کار گرفته شد اما در ادامه، به مراقبت‌های سالمندان، ارائه خدمات حمایتی در منزل، و مراقبت‌های مربوط به بیماران در حال احتضار تسری یافت [۱۸]. با این وجود تا مدت‌ها نیاز میرم به بهبود مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه و تدوین برنامه‌های اعتباربخشی مناسب جهت حمایت از این دسته از خدمات به شدت احساس می‌شود چرا که عملکرد سازمانی و کیفیت خدمات ارائه شده در آن‌ها در وضعیت قابل قبولی قرار نداشت [۱۸-۲۰]. از دیگر سو، علی‌رغم نقش محوری مراقبت‌های بهداشتی اولیه در نظام سلامت، گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان بهداشت جهانی تصریح می‌کند که کشورهای مختلف به شیوه‌ای مطلوب به مراقبت‌های بهداشتی اولیه توجه نکرده‌اند [۲۱]. یکی از چالش‌های عمده در این خصوص، کیفیت نامناسب مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارائه شده

می‌باشد [۲۲]، لذا اعتباربخشی در عرصه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به جهت تمرکز بر ارتقای مستمر کیفیت و عملکرد خدمات این حوزه مورد توجه جدی می‌باشد [۱۹]. بر این اساس در سال ۲۰۰۸، کمیسیون مشترک بین‌المللی در ایالت متحده برای اولین بار به طور سازمان‌یافته اقدام به تدوین استانداردهای اعتباربخشی جهت ارزیابی و ارتقای عملکرد مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نمود و اولین ارزیابی رسمی از این مراکز در سال ۲۰۱۲ به انجام رسید [۱۰].

ایران دارای یک سیستم مراقبت بهداشتی اولیه گسترده می‌باشد که در چند دهه اخیر توانسته‌اند به موفقیت‌های مهمی از جمله کاهش مرگ و میر مادران و کودکان و افزایش سطح سلامت و امید به زندگی جامعه برآورد اما به سبب افزایش جمعیت و تغییر هرم جمعیتی، تغییر سبک زندگی مردم، تغییر الگوی بیماری‌ها و ناتوانی سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سازگاری با این تغییرات، با چالش‌های مهمی مواجه شده است که افت کیفیت مراقبت‌ها و کاهش بهره‌مندی جامعه از آن‌ها از مهم‌ترین آن‌ها می‌باشد [۲۳-۲۵]. لذا بر اساس توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی و نیز تاکید مقالات متون علمی معتبر، بهره‌مندی از قابلیت‌های یک مدل اعتباربخشی کارآمد، جامع و مبتنی بر شاخص‌های عملکردی مناسب می‌تواند در بهبود عملکرد سازمانی و بالینی مراکز بهداشتی اولیه در ایران موثر باشد. عموماً مدل‌های اعتباربخشی را به دو دسته‌ی مدل‌های "بخشی" و "عملکردی" تقسیم‌بندی می‌نمایند که مدل‌های بخشی بر ارائه استانداردها و سنجش‌های اعتباربخشی مخصوص واحدهای ارائه خدمت خاص و یا برنامه‌های بهداشتی مشخصی متمرکز می‌باشند (نظیر بهداشت محیط، سلامت مادران و ...) در حالی که مدل‌های عملکردی بر ارائه استانداردها و سنجش‌های اعتباربخشی مشترک میان تمامی واحدهای سازمان‌های بهداشتی (مانند ارتقای کیفیت و ایمنی، استمرار خدمت و ...) تاکید دارد [۲۶،۲۷]. بررسی‌های صورت گرفته توسط تیم تحقیقاتی نشان می‌دهد که در سالیان اخیر، یک الگوی اعتباربخشی کارآمد و جامع جهت اعتباربخشی عملکردی مراکز بهداشتی و درمانی در ایران تدوین و ارائه شده است که به سبب استفاده از یک فرایند صحیح علمی در مراحل طراحی، مورد اجماع قوی صاحب‌نظران کشور می‌باشد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضعیت عملکردی مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان آرادان با استفاده از مدل ملی اعتباربخشی طراحی و اجرا گردید.

## مواد و روش‌ها

نوع مطالعه. مطالعه حاضر از نوع توصیفی- مقطعی بود که در پاییز ۱۳۹۹ و با مشارکت مدیران و پرسنل تمامی چهار مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی در شبکه بهداشت و درمان شهرستان آرادان (آرادان، داورآباد، کهن‌آباد و ده‌سلطان) اجرا گردید. مطالعه پس از آموزش مدیران و پرسنل مراکز خدمات جامع سلامت در خصوص هدف و ماهیت اعتباربخشی، محتوای ابزار ارزیابی (استانداردها و سنجه‌های اعتباربخشی) و نیز نحوه تکمیل آن، در دو مرحله خودارزیابی (توسط مدیران و پرسنل مراکز) و ارزیابی بیرونی (توسط تیم کارشناسان مستقل خارج از سازمان) به انجام رسید.

ابزار ارزیابی. ابزار مورد استفاده در مطالعه حاضر را چک‌لیست اعتباربخشی مراکز خدمات جامع سلامت که مشتمل بر استانداردها و سنجه‌های ارزیابی که از مدل ملی مربوطه استخراج شده بود تشکیل می‌داد که با الگوبرداری از مدل‌های اعتباربخشی موفق در جهان و اخذ دیدگاه صاحب‌نظران ایران طراحی شده است [۲۷-۲۹]. این ابزار، چک‌لیستی دربرگیرنده ۳۹ استاندارد و ۲۳۱ سنجه ارزیابی در ابعاد عملکردی دوازده‌گانه اعتباربخشی شامل دسترسی (جغرافیایی، زمانی، اقتصادی، فرهنگی) با ۸ استاندارد و ۳۸ سنجه، جامعه-محور بودن با ۲ استاندارد و ۱۴ سنجه، استمرار (اطلاعاتی، ارائه‌دهنده خدمت) با ۵ استاندارد و ۲۷ سنجه، کیفیت و ایمنی با ۴ استاندارد و ۱۸ سنجه، حقوق‌گیرنده خدمت با ۳ استاندارد و ۲۸ سنجه، مدیریت اطلاعات با ۲ استاندارد و ۱۵ سنجه، مدیریت نیروی انسانی با ۲ استاندارد و ۱۳ سنجه، کارایی با ۳ استاندارد و ۲۲ سنجه، برنامه‌ریزی با ۲ استاندارد و ۹ سنجه، ارزشیابی با ۲ استاندارد و ۱۰ سنجه، مدیریت منابع فیزیکی با ۴ استاندارد و ۲۵ سنجه، و تحقیق در سیستم‌های بهداشتی با ۲ استاندارد و ۱۲ سنجه می‌باشد.

تحلیل‌های آماری. نحوه گردآوری داده‌های مورد نیاز انجام مطالعه نیز بسته به ماهیت مطالعه بر اساس یکی از روش‌های بررسی مستندات، مشاهده مستقیم، مصاحبه با گیرندگان خدمات (جهت تایید دریافت خدمات یا مشارکت آن‌ها در فرایند مراقبت و نیز نظرخواهی از آنان) و یا ترکیبی از آن‌ها بود البته رویکرد غالب به مانند رویه‌های رایج در برنامه‌های اعتباربخشی جهان، بررسی مستندات ارزیابی و راستی‌آزمایی آن‌ها بود. شیوه انجام ارزیابی بدین صورت بود که یکایک سنجه‌های موجود در مدل اعتباربخشی در مرحله خودارزیابی و ارزیابی بیرونی در یک طیف سه‌گزینه‌ای شامل "رعایت کامل"، "رعایت نسبی" و "عدم رعایت" از سوی تیم‌های ارزیابی درونی (مدیران و کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت

به همراه نمایندگان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی سمنان) و بیرونی (اساتید و کارشناسان حوزه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی) امتیازدهی شدند و در ادامه، امتیاز کسب شده توسط ابعاد عملکردی با اختصاص نمرات ۱، ۰/۵ و ۰ به طیف سه‌گانه یاد شده به صورت درصد (بین ۰ و ۱) محاسبه و گزارش گردید. بر این اساس، وضعیت مراکز خدمات جامع سلامت مورد بررسی در دو مرحله خودارزیابی و ارزیابی بیرونی، در ابعاد مختلف عملکردی به صورت میانگین (انحراف معیار) محاسبه و گزارش گردید. هم‌چنین رتبه‌بندی وضعیت مراکز خدمات جامع سلامت مورد بررسی در ابعاد عملکردی با استفاده از نقاط برش آماری انجام خواهد شد بدین صورت که قرار گرفتن امتیاز کسب شده توسط این ابعاد در بازه‌های ۰ تا ۲۰، ۲۰/۰۱ تا ۴۰، ۴۰/۰۱ تا ۶۰، ۶۰/۰۱ تا ۸۰ و بالاتر از ۸۰ درصد به ترتیب به معنی سطح بسیار ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب و بسیار خود خواهد بود. هم‌چنین می‌توان با در نظر گرفتن امتیاز ۵۰ درصد به عنوان سطح پذیرش، ابعاد بالاتر از آن را در سطح قابل قبول و ابعاد پایین‌تر از آن را در سطح غیرقابل قبول تشخیص داد.

ملاحظات اخلاقی. پژوهشگران به منظور رعایت اصول اخلاقی، خود را مقید به رعایت مواردی نظیر آزادی عمل شرکت‌کنندگان (گیرندگان خدمات جهت راستی‌آزمایی خدمات ارائه شده ادعایی از سوی مراکز خدمات جامع سلامت) در قبول یا رد مشارکت در مطالعه، امکان انصراف آن‌ها از مشارکت در هر مرحله از کار، توجیه مشارکت‌کنندگان در خصوص هدف مطالعه و شیوه مشارکت آنان در آن، استفاده انحصاری از نتایج مطالعه در راستای اهداف آن، کسب مجوز و معرفی‌نامه‌های مربوطه از مسئولین ذی‌ربط دانشگاه و وزارت بهداشت، و نیز اخذ تاییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (IR.TBZMED.REC.1394.580) دانستند.

## نتایج

بررسی نتایج حاصل از تحلیل داده‌های به دست آمده نشان می‌دهد در مرحله خودارزیابی نشان می‌دهد که از میان ابعاد دوازده‌گانه عملکردی تعریف شده در مدل ملی اعتباربخشی، بهترین وضعیت عملکردی با کسب امتیاز ۹۳/۷۵، ۸۸/۴۹ و ۸۷/۰۵ درصد به ترتیب به ابعاد جامعه-محور بودن خدمات، دسترسی به خدمت و حقوق‌گیرنده خدمت اختصاص دارد؛ و بدترین وضعیت عملکردی نیز با کسب امتیاز ۰، ۴۵/۸۳ و ۵۱/۳۹ درصد به ترتیب به ابعاد ارزشیابی ارائه خدمت، کیفیت و ایمنی، و برنامه‌ریزی ارائه خدمت مربوط می‌شود. نتایج ارزیابی‌های مراکز خدمات جامع سلامت در مرحله ارزیابی

جدول ۱. وضعیت مراکز خدمات جامع سلامت در ابعاد عملکردی اعتباربخشی

ابعاد اعتباربخشی	خودارزیابی (%)	ارزیابی بیرونی (%)	اختلاف امتیاز دو مرحله
دسترسی به خدمات	۸۸/۴۹	۲۷/۶۳	۶۰/۸۶
دسترسی جغرافیایی	۸۱/۲۵	۴۵	۳۶/۲۵
دسترسی زمانی	۸۱/۸۲	۱۸/۱۸	۶۳/۶۴
دسترسی اقتصادی	۱۰۰	۳۷/۵۰	۶۲/۵۰
دسترسی فرهنگی	۹۴/۴۴	۱۱/۱۱	۸۲/۳۳
جامعه-محور بودن خدمات	۹۳/۷۵	۰	۹۳/۷۵
استمرار خدمات	۸۴/۷۲	۲۹/۶۳	۵۵/۰۹
استمرار اطلاعاتی	۸۷/۵۰	۲۱/۸۸	۶۵/۶۲
استمرار ارائه دهنده خدمت	۸۰/۶۸	۴۰/۹۱	۳۹/۷۷
کیفیت و ایمنی خدمات	۴۵/۸۳	۰	۴۵/۸۳
حقوق گیرنده خدمت	۸۷/۰۵	۱/۷۹	۸۵/۲۶
مدیریت اطلاعات	۶۶/۶۷	۲۳/۳۳	۴۳/۳۴
مدیریت نیروی انسانی	۷۶/۶۲	۱۱/۵۴	۶۵/۳۸
کارایی خدمات	۶۵/۹۱	۲۲/۷۳	۴۳/۱۸
برنامه ریزی ارائه خدمت	۵۱/۳۹	۱۱/۱۱	۴۰/۲۸
ارزشیابی ارائه خدمت	۰	۵	۵
مدیریت منابع فیزیکی	۶۲/۵۰	۲۰/۸۳	۴۱/۶۷
تحقیق در سیستم های بهداشتی	۶۶/۶۷	۰	۶۶/۶۷
کل	۷۱/۴۷	۱۵/۴۳	۵۶/۰۴



شکل ۱. مقایسه وضعیت عملکردی مراکز مورد بررسی در دو مرحله خودارزیابی و ارزیابی بیرونی

بیرونی حاکی از آن است که بهترین ابعاد ارائه خدمت در این مرحله با کسب امتیاز ۲۹/۶۳، ۲۷/۶۳ و ۲۳/۳۳ درصد به ترتیب به ابعاد استمرار خدمت، دسترسی به خدمات، مدیریت اطلاعات مربوط می‌شود در حالی که بدترین ابعاد عملکردی شناسایی شده در مراکز مورد بررسی با کسب امتیاز ۰ برای هر سه مورد به جامعه-محور بودن خدمت، کیفیت و ایمنی خدمات و تحقیق در سیستم‌های بهداشتی اختصاص دارد. نتایج کلی به دست آمده از بررسی مجموع ابعاد نیز نشان‌دهنده کسب امتیاز ۷۱/۴۷ درصد برای مرحله خودارزیابی و امتیاز ۱۵/۴۳ درصد برای مرحله ارزیابی بیرونی می‌باشد که تفاضل امتیاز ۵۶/۰۴ درصد به دست آمده نشان‌دهنده شکاف بسیار عمیق و قابل توجه در عملکرد واقعی مراکز مورد بررسی با تصور مدیران و پرسنل آن‌ها از عملکرد واقعیشان می‌باشد (جدول ۱).

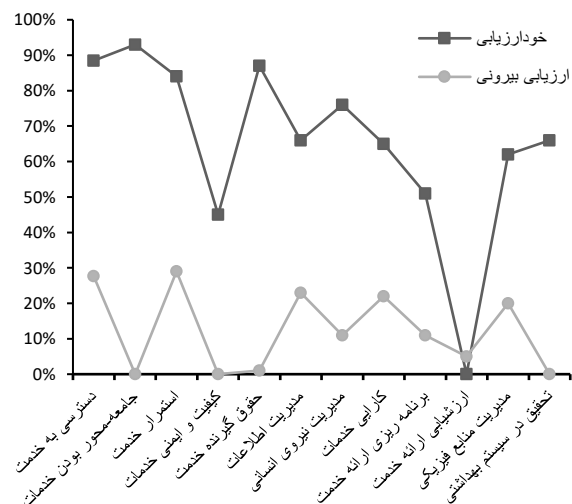
هم‌چنین در بخش خودارزیابی، بُعد "جامعه-محور بودن خدمات" با کسب نمره ۹۳/۷۵ درصد و بُعد "ارزشیابی ارائه خدمت" با کسب نمره ۰ به ترتیب حائز بالاترین و پایین‌ترین سطح عملکردی از جهت انطباق با استانداردهای اعتباربخشی شدند؛ در حالی که در بخش ارزیابی بیرونی، بُعد استمرار خدمت با ۲۹/۶۳ درصد و ابعاد "جامعه-محور بودن خدمات"، "کیفیت و ایمنی خدمات" و "تحقیق در سیستم‌های بهداشتی" با کسب نمره ۰ به ترتیب حائز بالاترین و پایین‌ترین سطح عملکرد تشخیص داده شدند (جدول ۱).

شکل ۱ در صدد مقایسه وضعیت امتیازات به دست آمده در دو مرحله خودارزیابی و ارزیابی بیرونی یعنی شکاف میان تصور مدیران و پرسنل مراکز خدمات جامع سلامت از عملکرد خود با عملکرد واقعی آن‌ها می‌باشد. در این رابطه، بیش‌ترین شکاف موجود میان امتیازات به دست آمده در دو مرحله مطالعه با ۹۳/۷۵، ۸۵/۲۶ و ۶۶/۶۷ درصد اختلاف به ترتیب به ابعاد جامعه-محور بودن خدمت، حقوق گیرنده خدمت، و تحقیق در سیستم‌های بهداشتی اختصاص دارد. این در حالی است که کم‌ترین میزان شکاف میان امتیازات به دست آمده در دو مرحله خودارزیابی و ارزیابی بیرونی با ۴۰/۲۸ و ۴۱/۶۷ درصد اختلاف به ترتیب به ارزشیابی ارائه خدمت، کارایی خدمات و مدیریت منابع فیزیکی اختصاص دارد. در حقیقت، تنها بُعد عملکردی مورد بررسی که اتفاق نظر نسبی بر آن وجود دارد بُعد ارزشیابی ارائه خدمت می‌باشد چرا که امتیاز ناچیزی از تیم‌های خودارزیابی و ارزیابی بیرونی کسب نموده است. تفاوت امتیاز کل به دست آمده در این دو مرحله از مطالعه نیز برابر با ۵۵/۹۴ درصد می‌باشد (شکل ۱).

## بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی مطالعه حاضر، بررسی وضعیت عملکردی مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان آردان بر مبنای استانداردها و سنجش‌های تعریف شده در ابعاد دوازده‌گانه مدل ملی اعتباربخشی حوزه مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود. مفهوم دسترسی بر رفع موانع اساسی که می‌تواند مانع از بهره‌مندی صحیح و بهنگام جمعیت تحت پوشش از مراقبت‌های فراهم شده توسط سیستم بهداشتی شود دلالت دارد و دربرگیرنده چهار حوزه اساسی شامل دسترسی جغرافیایی/فیزیکی، دسترسی مالی/اقتصادی، دسترسی زمانی و دسترسی فرهنگی می‌باشد. مراکز خدمات جامع سلامت موظف است به صورت دوره‌ای نسبت به شناسایی دقیق موانع بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از مراقبت‌های فراهم شده مرتبط با ابعاد چهارگانه دسترسی اقدام نماید و در ادامه لازم است که مراکز خدمات جامع سلامت با انجام هماهنگی‌های درون و برون‌بخشی نسبت به مرتفع کردن موانع یاد شده اقدام نماید به گونه‌ای که هیچ فردی به سبب وجود این موانع از دریافت خدمات مورد نیاز خود محروم نگردد. دسترسی جغرافیایی یا فیزیکی بر رفع موانع جغرافیایی، فیزیکی و نیز فاصله مکانی میان محل زندگی مردم و مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی دلالت دارد. جهت تامین این نوع از دسترسی لازم است مراکز بهداشتی در موقعیت مناسبی نسبت به جامعه هدف خود قرار گیرند تا مراجعه مردم به آن‌ها تسهیل شده و با صرف کم‌ترین هزینه، زمان و انرژی امکان‌پذیر گردد. موقعیت مناسب جغرافیایی به معنی قرار گرفتن مرکز بهداشتی در مکانی است که در مسیر اصلی عبور و مرور مردم قرار گرفته باشد، تا حد ممکن به محل زندگی مردم نزدیک باشد، تمرکز جمعیت در آن بالاتر باشد، و از نظر وجود امکانات اساسی زندگی به ویژه راه‌های ارتباطی دچار مشکل نباشد. دسترسی مالی یا اقتصادی بر رفع موانع مالی دسترسی مردم به مراقبت‌های بهداشتی فراهم شده تاکید دارد. جهت تامین این نوع از دسترسی ضروری است که بسته‌های خدمات اساسی بر اساس میزان هزینه-اثربخشی و نیز تاثیرات مثبت بیرونی مراقبت‌ها برای شهروندان تعریف شود، و سطح مناسبی از این مراقبت‌ها برای تمام جمعیت تحت پوشش با هزینه قابل قبول فراهم شود. بر این اساس، لازم است بسته خدمات اساسی به صورت رایگان به جامعه ارائه شده و برای سایر مراقبت‌ها هزینه پرداختی معقولی تعیین گردد، و در هر حالت، افراد فاقد استطاعت مالی شناسایی شده و از دریافت هر گونه وجه معاف گردند. دسترسی زمانی بر تعیین بازه زمانی ارائه خدمت به گونه‌ای که هیچ یک از افراد جمعیت تحت پوشش از دریافت مراقبت‌ها محروم نگردد دلالت دارد. بر این

نتایج حاصل از رتبه‌بندی / سطح‌بندی ابعاد عملکردی مورد بررسی در مرحله خودارزیابی بر اساس نقاط برش آماری تعیین شده حاکی از قرار گرفتن ابعاد دسترسی جغرافیایی، جامعه-محور بودن خدمات، استمرار خدمات، حقوق گیرنده خدمت در سطح بسیار خوب؛ ابعاد مدیریت اطلاعات، مدیریت نیروی انسانی، کارایی خدمات، مدیریت منابع فیزیکی، و تحقیق در سیستم‌های بهداشتی در سطح خوب؛ ابعاد کیفیت و ایمنی خدمت و برنامه‌ریزی ارائه خدمت در سطح متوسط؛ و بعد ارزشیابی ارائه خدمت در سطح بسیار ضعیف می‌باشد. همچنین بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی بیرونی، ابعاد دسترسی به خدمات، استمرار خدمت، مدیریت اطلاعات، کارایی خدمات، و مدیریت منابع فیزیکی در سطح ضعیف؛ و سایر ابعاد در سطح بسیار ضعیف می‌باشد. بر همین اساس، وضعیت کلی مراکز خدمات جامع سلامت مورد بررسی در مرحله خودارزیابی (۷۱/۴۷ درصد) در سطح خوب، و در مرحله ارزیابی بیرونی (۱۵/۴۳ درصد) در سطح بسیار ضعیف قرار دارد. همچنین با در نظر گرفتن امتیاز ۵۰ درصد به عنوان سطح پذیرش و مقبول بودن وضعیت، می‌توان اذعان نمود که در مرحله خودارزیابی، ابعاد ارزشیابی ارائه خدمت و کیفیت و ایمنی خدمات در سطح غیرقابل قبول و سایر ابعاد در سطح قابل قبول قرار دارند در حالی که تمامی ابعاد مورد بررسی در مرحله ارزیابی بیرونی در سطح غیرقابل قبول قرار خواهند گرفت. همچنین وضعیت کلی مراکز خدمات جامع سلامت در مرحله خودارزیابی در سطح قابل قبول و در مرحله ارزیابی بیرونی در سطح غیرقابل قبول قرار دارد (شکل ۲).



نمودار ۲. مقایسه امتیازات ابعاد مختلف عملکردی در دو مرحله خودارزیابی و ارزیابی بیرونی با در نظر گرفتن نقاط برش آماری



اساس انجام اقداماتی نظیر تدوین برنامه زمانی ارائه خدمت مناسب، اطلاع‌رسانی همه جانبه آن به گروه‌های هدف هر خدمت، رعایت نمودن دقیق برنامه ارائه خدمت تعیین شده از سوی تمامی پرسنل خود، و نیز وجود انعطاف در برنامه ارائه خدمت یاد شده بر حسب ضرورت و به ویژه در زمان وقوع بحران‌ها ضروری خواهد بود. دسترسی فرهنگی بر ضرورت رفع موانع فرهنگی مانند تفاوت‌ها و تعارضات قومی، زبانی و مذهبی و نیز رعایت حریم خصوصی و محرمانگی در طی فرایند ارائه خدمت اشاره دارد. بر این اساس، لازم است که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سلامت شناخت کافی از فرهنگ جامعه تحت پوشش خود کسب نمایند، از ایجاد تضاد و برخورد با فرهنگ نهادینه شده در جامعه تحت پوشش اجتناب کنند، و اطمینان حاصل کنند که هیچ یک از افراد جامعه تحت پوشش به دلیل وجود موانع فرهنگی احتمالی از دریافت مراقبت اجتناب ننمایند. نتایج مطالعه حاضر حاکی از کسب امتیاز ۲۷ درصد بود که در این میان، دسترسی جغرافیایی و مالی دارای وضعیت به مراتب بهتری نسبت به دسترسی فرهنگی و زمانی بود. نتایج مطالعه انجام شده توسط تبریزی و همکاران در مرکز خدمات جامع سلامت پیلرودی در شهر تبریز نیز حاکی از کسب امتیاز ۳۷ درصد می‌باشد [۲۹] که نشان‌دهنده وضعیت کلی نسبتاً بهتر نسبت به مراکز چهارگانه مورد بررسی در مطالعه حاضر می‌باشد. هر چند که انطباق نسبی نتایج به دست آمده از دو مطالعه مشهود است اما برتری نسبی نتایج مطالعه تبریزی را می‌توان به شهری بودن و قرار گرفتن مرکز مورد بررسی در آن در مرکز استان ارتباط داد.

جامعه‌محور بودن خدمات بدین معنی است که تمامی خدمات ارائه شده، مبتنی بر نیاز جامعه تحت پوشش تعیین، طراحی و ارائه گردند. لذا لازم است که مرکز خدمات جامع سلامت به صورت دوره‌ای و با بررسی شاخص‌های اپیدمیولوژیک و دموگرافیک جمعیت و نیز نظرخواهی از متخصصین و گیرندگان خدمات نسبت به شناسایی نیازهای بهداشتی جامعه هدف و اولویت‌بندی آن‌ها اقدام نموده، و مراقبت‌های بهداشتی خود را بر اساس نیازهای شناسایی شده و به ویژه دارای اولویت، طراحی و بازبینی نماید. نتایج مطالعه حاضر حاکی از کسب امتیاز ۰ در این بُعد می‌باشد که گویای ضعف مفرد در این حوزه به ویژه در خصوص ارتباط هدفمند با جامعه و نیز فقدان مستندسازی‌های هدفمند می‌باشد. نتایج به دست آمده از مطالعه تبریزی و همکاران نیز نشان‌دهنده کسب امتیاز ۱۰ درصد در این بُعد بسیار مهم می‌باشد [۲۹] که حاکی از انطباق نتایج در دو مطالعه دارد.

استمرار خدمات بهداشتی بر وجود پیوستگی در فرایند مراقبت؛ و ارائه خدمات بهداشتی بر اساس سوابق بهداشتی فرد و پیشینه مراقبت‌های ارائه شده به وی دلالت دارد. لذا لازمه ایجاد استمرار خدمت، وجود پرونده بهداشتی جامع برای افراد و نیز مشخص بودن شخص و مرکز مسئول ارائه مراقبت به افراد جامعه می‌باشد که بر این اساس، دو بعد اصلی از استمرار خدمت شامل استمرار اطلاعاتی و استمرار ارائه‌دهنده خدمت ایجاد شده‌اند. استمرار اطلاعاتی بر لزوم فراهم شدن مدارک و مستندات مراقبتی بیماران جهت ارائه خدمات با کیفیت تاکید دارد و جهت تحقق آن لازم است مرکز خدمات جامع سلامت با مشارکت ذی‌نفعان و صاحبان فرایند نسبت به طراحی چارچوب پرونده بهداشتی به شیوه‌ای هدفمند، علمی و جامع اقدام نماید و در ادامه، یک نسخه الکترونیکی یا کاغذی از آن را برای تمامی افراد جامعه تحت پوشش فراهم نماید، از تکمیل دقیق و بهنگام آن‌ها از سوی ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها اطمینان حاصل شود، گزارش‌گیری‌های مناسب و کاربرپسند بر مبنای شاخص‌های بهداشتی معتبر صورت گیرد و از شاخص‌های به دست آمده به شیوه‌ای هدفمند در تصمیم‌گیری‌های بالینی و مدیریتی استفاده شود. در این راستا، ارائه آموزش‌های لازم به فراهم‌کنندگان اطلاعات و نظارت بر عملکرد آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. وجود ثبات در ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی منجر به شناخت بهتر و عمیق‌تر آن‌ها از جامعه تحت پوشش و متعاقباً مشکلات و چالش‌های آن‌ها می‌شود. هم‌چنین ضروری است که مرکز بهداشتی و درمانی نسبت به تعیین متولیان ارائه خدمت به جمعیت هدف در هر مراقبت تعریف نموده و سعی در ثبات آن‌ها در جایگاه یاد شده داشته باشد. بعلاوه لازم است سطوح ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت به گونه‌ای تعریف شوند که تمامی نیازهای جمعیت هدف را در کوتاه‌ترین زمان و مکان ممکن پاسخ دهد، هیچ‌گونه شکاف یا هم‌پوشانی خاصی میان آن‌ها مشاهده نگردد، و سطوح یاد شده جهت اجتناب از گسستگی مراقبت‌ها از طریق ایجاد یک نظام ارجاع کارآمد به یک‌دیگر متصل گردند. نتایج این مطالعه حاکی از کسب امتیاز ۲۹ درصد در این بُعد می‌باشد که البته حوزه استمرار ارائه‌دهنده خدمت دارای وضعیت بهتری نسبت به حوزه استمرار اطلاعاتی می‌باشد. نتایج مطالعه تبریزی و همکاران نیز گویای انطباق ۳۷ درصدی عملکرد مراکز مورد بررسی آن‌ها با الزامات این بُعد [۲۹] و انطباق نسبی با مطالعه حاضر می‌باشد.

بُعد کیفیت و ایمنی بر ارائه مراقبت‌ها بر اساس اصول علمی، نتیجه‌بخش بودن آن‌ها و نیز عاری بودن از هر گونه خطر برای گیرنده مراقبت دلالت دارد. لذا تدوین برنامه جامع ارتقایی با تاکید بر تمامی ابعاد کیفیت (کیفیت فنی، کیفیت خدمت و کیفیت

مشتری) و ایمنی (ایمنی بیولوژیک، دارویی، شیمیایی و روانی)، فراهم نمودن زیرساخت‌های اجرایی مورد نیاز به ویژه از نظر نیروی انسانی، تعریف نمودن سیستم‌های انگیزشی مناسب و نیز ایجاد سیستم‌های پایش و ارزشیابی کارآمد امری حیاتی در این رابطه خواهد بود. هم‌چنین توجه به مبحث فرایند-محوری، یکی از رویکردهایی است که در راستای ارتقای کیفیت و ایمنی به کار گرفته می‌شود و لازمه آن شناسایی، مستندسازی و ارتقای تمامی فرایندها با شیوه صحیح و با بهره‌گیری از روش‌های معتبر و نیز کسب اطمینان از ارائه مراقبت‌ها بر اساس فرایندهای ارتقاء یافته می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر گویای کسب امتیاز ۰ برای مراکز مورد بررسی می‌باشد که نشان‌دهنده فقدان هر گونه برنامه مدون جاری و یا مستندسازی هدفمند در این رابطه می‌باشد. نتایج مطالعه تبریزی و همکاران نیز نشان‌دهنده کسب امتیاز ۲ درصد می‌باشد [۲۹] که نتایج آن دارای انطباق کامل با نتایج این مطالعه می‌باشد.

حقوق‌گیرندگان خدمت به ایجاد امکانات و تسهیلات فیزیکی مناسب جهت ارائه موثر خدمت، برقراری ارتباط درمانی و آموزشی موثر و کارآمد با گیرندگان خدمت و نیز ایجاد محیط و شرایطی منطبق با کرامت انسانی مربوط می‌شود. در همین راستا، ضروری است که مراکز خدمات جامع سلامت علاوه بر آموزش شیوه رعایت حقوق‌گیرنده خدمت به پرسنل خود، بر حسن اجرای آن نظارت نماید. این مرکز هم‌چنین لازم است حقوق‌گیرندگان خدمت را جهت ترغیب و تشویق آنان به مطالبه‌گری به آنان آموزش دهد و طراحی و اجرای یک سیستم کارآمد رسیدگی به شکایات را در دستور کار خود قرار دهد تا به شیوه‌ای بهنگام و پیش از ایجاد تبعات منفی بیرونی برای مرکز، مشکلات مرتفع شده و رضایت‌شاکیان کسب گردد. نتایج این مطالعه گویای کسب امتیاز ۱/۷۹ درصد برای این بُعد بسیار حیاتی می‌باشد با امتیاز ۵ درصد کسب شده در مطالعه تبریزی و همکاران [۲۹] دارای هم‌خوانی است.

مدیریت اطلاعات بر تولید، ذخیره‌سازی، جریان و استفاده صحیح از اطلاعات مراقبتی مربوط می‌شود. در شیوه‌های نوین مدیریت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، تولید مستندات و اطلاعات بهداشتی به شیوه‌ای علمی، دقیق و هدفمند از شاخص‌های رشدیافتگی سیستم‌های بهداشتی به شمار می‌رود چرا که اطلاعات مناسب، ابزار اساسی مدیران و حتی پرسنل بهداشتی برای تصمیم‌گیری در امورات روزمره و استراتژیک خود هستند. بر این اساس، تعیین نیازهای اطلاعاتی بالینی و مدیریتی، طراحی شاخص‌ها و سامانه‌های اطلاعاتی بر اساس آن‌ها، تعیین و آموزش پرسنل درگیر در این حوزه، ایجاد ابزارهای قابل اعتماد، گردآوری صحیح داده‌های مورد نیاز،

تحلیل و گزارش‌دهی بهنگام و کاربرپسند اطلاعات به دست آمده، ذخیره‌سازی مناسب اطلاعات، تعیین میزان و سطح دسترسی هر یک از کاربران به اطلاعات ایجاد شده، و نیز استفاده موثر از اطلاعات در تصمیم‌گیری‌های مختلف سازمانی مربوط می‌شود. نتایج مطالعه حاضر حاکی از کسب امتیاز ۲۳ درصد می‌باشد که از امتیاز ۴۰ درصد به دست آمده در مطالعه تبریزی و همکاران [۲۹] کم‌تر می‌باشد. این امر می‌تواند به دلیل مدیریت نسبتاً بهتری الزامات این بعد مهم و نیز برتری زیرساختی مرکز مورد بررسی در تبریز به دلیل شهری بودن آن و قرار گرفتن در مرکز استان باشد.

حوزه منابع انسانی به منظور کسب اطمینان از تامین کمی، کیفی و بهنگام نیروی انسانی مورد نیاز سیستم بهداشتی ایجاد شده است. برنامه‌ریزی نیروی انسانی در مرکز خدمات جامع سلامت می‌بایست به گونه‌ای باشد که نیروی انسانی لازم برای تامین نیاز مرکز و ارائه خدمات مناسب به جامعه در سطح مطلوبی تامین گردد. نظر به این‌که منابع انسانی کارآمد به‌عنوان اصلی‌ترین مزیت رقابتی سازمان‌ها مطرح می‌باشد لذا فراهم نمودن سیستم انگیزشی مناسب برای اطمینان از رضایت‌مندی آنان از نکات اساسی به شمار می‌آید. بر این اساس، مراکز خدمات جامع سلامت می‌بایست محیط شغلی مناسب و ایمن برای ارائه خدمت فراهم نماید و از طریق ارزیابی‌های دوره‌ای، سطح رضایت‌مندی کارکنان بهداشتی را بررسی و ارتقاء دهد. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان‌دهنده کسب امتیاز ۱۱ درصد در این بُعد می‌باشد که با نتایج مطالعه تبریزی و همکاران یعنی کسب امتیاز ۱۵ درصد در مرکز خدمات جامع سلامت پیلرودی و واحدهای تابعه آن [۲۹] دارای انطباق است.

کارایی به معنی دستیابی به اهداف مدنظر سازمان با حداقل هزینه ممکن و بدون هدررفت منابع سازمانی می‌باشد. یکی از ابعاد استفاده کارا از منابع در دسترس، سطح‌بندی مناسب و علمی خدمات ارائه‌شده به جامعه هدف به گونه‌ای است که تمامی نیازهای جامعه هدف با صرف کم‌ترین هزینه و زمان ممکن فراهم گردد بدون این‌که هیچ‌گونه هم‌پوشانی‌ای میان خدمات ارائه شده مشاهده گردد. بدیهی است که می‌بایست افزایش تدریجی پیچیدگی و تخصصی شدن خدمات (و به تبع آن افزایش هزینه آن‌ها) به شیوه‌ای هوشمندانه و علمی در سطح‌بندی لحاظ شود. هم‌چنین طراحی و اجرای دقیق و علمی یک رویکرد برای حرکت بیمار در درون و میان سطوح ارائه خدمت جهت دریافت خدمات مورد نیاز یک الزام اساسی است. این نیاز از طریق ایجاد و اجرای صحیح یک نظام ارجاع کارآمد که بتواند منجر به برقراری ارتباط صحیح بین سطوح شده و تضمین‌کننده رفع تمامی نیازهای اساسی جامعه تحت پوشش با

کمترین هزینه گردد ممکن خواهد بود. نتایج مطالعه حاضر حاکی از کسب امتیاز ۲۲ درصد در مراکز مورد بررسی می‌باشد که با امتیاز ۲۰ درصد کسب شده در مطالعه تبریزی و همکاران [۲۹] دارای همخوانی کامل است.

برنامه‌ریزی در برگیرنده اقداماتی است جهت شناسایی نیازهای بهداشتی، اولویت‌بندی آن‌ها، تدوین برنامه‌های بهداشتی بر اساس نیازهای دارای اولویت، و نیز تعیین شاخص‌های ارزیابی جهت سنجش وضعیت پیشرفت و دست‌آوردهای برنامه می‌باشد. بر این اساس لازم است مراکز بهداشتی و درمانی پس از شناسایی و تحلیل محیط درونی و بیرونی خود و شناسایی کاستی‌های اساسی موجود، با همکاری صاحب‌نظران و صاحبان فرایند اقدام به تدوین برنامه استراتژیک و عملیاتی با رعایت اصول و گام‌های علمی تعریف شده بنمایند. همچنین با توجه به تأثیرات محرز و غیرقابل انکار تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت بر وضعیت بهداشتی جامعه، شناسایی سازمان‌های مرتبط با امر سلامت، تعیین حوزه‌های کاری مرتبط با سلامت در آن‌ها، تعیین اقدامات ضروری از سوی آن‌ها، توجیه آن‌ها در رابطه با شیوه نقش‌آفرینی در ارتقای سلامت جامعه و نیز برقراری ارتباط مستمر و فعال با آن‌ها در جهت اجرای فعالیت‌های بهداشتی تعریف شده دارای اهمیت اساسی است. نتایج مطالعه حاضر حاکی از کسب امتیاز ۱۱ درصد در بعد برنامه‌ریزی می‌باشد که به طور نسبی از امتیاز کسب شده ۲۲ درصد در مطالعه تبریزی و همکاران [۲۹] پایین‌تر است.

ارزشیابی فرایندی است که از طریق آن کمیت و کیفیت حرکت یک سازمان، واحد و یا فرد به سمت اهداف از پیش تعیین شده مورد بررسی و قضاوت قرار می‌گیرد و در صورت مشاهده هر گونه انحراف، اقدامات اصلاحی مقتضی به مورد اجرا در می‌آید. در طی این فرایند، وضعیت اجرای برنامه‌ها بهداشتی و دست‌آوردهای آنان با استفاده از شاخص‌های تعریف شده در برنامه‌ریزی به طور مستمر مورد پایش و ارزیابی قرار گرفته و سطح رضایت‌بخش بودن آن‌ها از طریق مقایسه با حالت‌های مطلوب مقایسه می‌شود. بدیهی است که در صورت مشاهده هر نوع انحراف از فرایند و نتایج مطلوب متولیان برنامه، اقدامات و مداخلات اصلاحی جهت بهبود وضعیت طراحی و اجرا خواهد شد. لذا قضاوت و تعیین ارزش برنامه‌های بهداشتی در رفع نیازهای جامعه هدف همواره یکی از اقداماتی خواهد بود که می‌بایست در پایان برنامه‌های بهداشتی و با هدف کارآمدتر نمودن برنامه‌های آتی مشابه مدنظر قرار گیرد. نتایج مطالعه حاضر حاکی از کسب امتیاز ۵ درصد در این بعد بسیار حیاتی است که از امتیاز کسب شده در مطالعه تبریزی و همکاران (۲۵ درصد) [۲۹] به طرز محسوسی پایین‌تر است.

منابع سازمانی، درون‌دادهایی هستند که سبب جریان یافتن فرایندهای سازمان و تحقق اهداف و رسالت آن می‌گردند. به جز منابع انسانی به عنوان مهم‌ترین درون‌داد سازمانی که پیش‌تر به آن پرداخته شد درون‌دادهای مهم دیگری به عنوان منابع در سازمان مورد توجه هستند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به فضاها، فیزیکی، تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی، و نیز مواد اولیه/مصرفی پزشکی (وسایل مصرفی آزمایشگاه، دارو، واکسن، سرنگ، پنبه، الکلی و ...) و غیرپزشکی (گندزداها، صابون مایع و ...) اشاره نمود. وظیفه مرکز بهداشتی و درمانی، تامین کمی، کیفی و به‌هنگام منابع یاد شده؛ نگهداری و ذخیره‌سازی ایمن؛ و نظارت بر حسن استفاده و جلوگیری از هدر رفت آن‌ها می‌باشد. نتایج این مطالعه حاکی از کسب امتیاز ۲۰ درصد در مدیریت منابع می‌باشد که از امتیاز کسب شده ۵۲ درصد در مطالعه تبریزی و همکاران [۲۹] به‌طور معنی‌داری پایین‌تر است.

تحقیق، فرایندی علمی و هدفمند است که با هدف کاستن از مجهولات و گسترش دایره معلومات در یک حوزه انجام می‌شود. با در نظر گرفتن این واقعیت که مهم‌ترین ابزار موجود در دست مدیران برای اتخاذ تصمیمات مناسب، اطلاعات می‌باشد لذا پژوهش‌های معتبر و قابل اتکاء، بستری را فراهم می‌آوردند که از طریق آن می‌توان کاستی‌های اطلاعاتی را مرتفع نمود و با بینش و بصیرت کافی به امر خطیر تصمیم‌گیری اقدام نمود. بر این اساس، مرکز خدمات جامع سلامت بایستی با همکاری ذی‌نفعان اصلی و بهره‌گیری از روش‌های علمی، کاستی‌های اطلاعاتی خود را مشخص و اولویت‌بندی نماید همچنین در راستای برآورده نمودن نیازهای اطلاعاتی خود برای تصمیم‌گیری‌های بالینی و مدیریتی علاوه بر توانمندسازی مدیران و پرسنل خود، با همکاری نهادهای درون و برون بخشی اقدام به طراحی و اجرای پژوهش‌های هدفمند بنماید. نتایج مطالعه حاضر حاکی از کسب امتیاز ۰ در این حوزه بسیار اثرگذار می‌باشد که البته دارای همسانی واضحی با مطالعه تبریزی و همکاران که امتیاز کسب شده آن نیز ۸ درصد [۲۹] گزارش شده است می‌باشد.

نتایج حاصل از بررسی مجموع ابعاد عملکردی مورد بررسی در الگوی ملی اعتباربخشی نشان‌دهنده کسب امتیاز ۷۱ درصد برای مرحله خودارزیابی و امتیاز ۱۵ درصد برای مرحله ارزیابی بیرونی می‌باشد. تفاضل امتیاز ۵۶ درصد به دست آمده حاکی از شکاف بسیار عمیق میان عملکرد واقعی مراکز خدمات جامع سلامت مورد بررسی و تصور مدیران و پرسنل آن‌ها از سطح عملکردشان می‌باشد که با نتایج حاصل از مطالعه تبریزی و همکاران که در آن امتیازات ۶۱ و ۲۶ درصد به ترتیب از خودارزیابی و ارزیابی بیرونی به دست آمده بود [۲۹] همخوانی



نمودن نتایج حاصل از اعتباربخشی مراکز بهداشتی با بودجه و تعرفه پرداختی به مراکز بهداشتی، تاثیر دادن عملکرد مراکز و واحدهای بهداشتی تابعه آنان بر سازوکارهای پرداخت به مدیران و پرسنل مراکز بهداشتی و میزان حقوق و مزایای آنان، ایجاد تیم‌های مشاوره و آموزش اعتباربخشی در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، و بهره‌مندی از تجارب ارزنده سازمان‌های بین‌المللی و موفق در عرصه اعتباربخشی را ارائه می‌نمایند. هم‌چنین پیشنهاد اجرایی نمودن برنامه اعتباربخشی به صورت پایلوت در سطح یک استان جهت بررسی تاثیر آن بر عملکرد مراکز بهداشتی و سلامتی و رضایت‌مندی گیرندگان خدمات، و نیز شناسایی و مرتفع نمودن کاستی‌ها و چالش‌های احتمالی فراروی آن پیش از گسترش کشوری به متولیان امر ارائه می‌شود.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به بهره‌مندی از یک مدل جامع ملی و مورد اجماع قوی صاحب‌نظران کشور در انجام ارزیابی اشاره نمود. محدودیت اصلی این مطالعه نیز عدم انتشار نتایج ارزیابی‌های انجام شده در برنامه‌های اعتباربخشی کشورهای مختلف، به صورت کلی یا تفصیلی، جهت ایجاد امکان مقایسه با نتایج حاصل از مطالعه حاضر می‌باشد چرا که برنامه‌های اعتباربخشی در کشورهای مختلف تنها به انتشار سطح دستیابی مراکز بهداشتی به انطباق با استانداردها و سنج‌های اعتباربخشی و معرفی آن در قالب مفاهیمی نظیر اعتباربخشی قطعی، اعتباربخشی مشروط و یا رد اعتباربخشی بسنده می‌نمایند.

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که مراکز بهداشتی و درمانی مورد بررسی، و نیز مراکز مشابه بررسی شده در سایر نقاط کشور، از سطح عملکرد مناسبی در ابعاد دوازده‌گانه تعریف شده در مدل ملی اعتباربخشی برخوردار نیستند و شکاف محرز بین عملکرد واقعی این مراکز با تصور مدیران و پرسنل آن‌ها از این عملکرد وجود دارد. پژوهشگران امیدوارند وضعیت ترسیم شده عملکردی از سوی آنان از مراکز خدمات جامع سلامت و نیز پیشنهادات کاربردی ارائه شده از سوی آنان بتواند راه‌گشای مدیران و سیاست‌گذاران عرصه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مسیر گسترش کشور آن و نیز نهادینه نمودن و توفیق روزافزون آن باشد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند که از همکاری صمیمانه مدیریت گسترش شبکه معاونت بهداشتی در وزارت بهداشت، ریاست و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی سمنان و نیز مدیران و پرسنل شبکه بهداشت و درمان شهرستان آرادان و

نسبی دارد. البته تفاضل امتیازات به دست آمده در دو مرحله خودارزیابی و ارزیابی بیرونی در مطالعه حاضر (۵۶ درصد) از مطالعه تیریزی و همکاران در مرکز خدمات جامع سلامت پیلرودی تبریز (۳۵ درصد) به طرز معنی‌داری کم‌تر است، این امر بدین معنی است که مرکز خدمات جامع سلامت پیلرودی تبریز و واحدهای تابعه آن هم دارای سطح عملکردی نسبتاً بهتری در ابعاد عملکردی ۱۲گانه تعریف شده در مدل ملی اعتباربخشی هستند و هم تصورات نسبتاً واقعی‌تری از سطح عملکردی خود دارند.

تفاوت محرز موجود میان نمرات به دست آمده در دو مرحله خودارزیابی و ارزیابی بیرونی می‌تواند به سبب وجود کاستی‌های اساسی در سیستم‌های پایش و ارزشیابی موجود، فقدان شاخص‌های عملکردی عینی و گویا، بی‌توجهی به محاسبه شفاف و مستمر شاخص‌های عملکردی برای واحدهای ارائه خدمت و برنامه‌های بهداشتی آن‌ها، بی‌توجهی به مستندسازی صحیح و هدفمند برنامه‌ها و فعالیت‌های در دست اجرا، عدم استفاده صحیح از نتایج حاصل از ارزشیابی‌ها در ارتقای وضعیت عملکردی مراکز، دانش و تجربه اندک مدیران و کارکنان بهداشتی در عرصه سنجش و بهبود عملکرد به ویژه در رابطه با بهبود مستمر کیفیت، انتصاب پزشکان عمومی فاقد تجربه اجرایی و مدیریتی و حتی ناآگاه به عرصه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان مدیر مراکز خدمات جامع سلامت و ... اشاره نمود که تمامی آن‌ها می‌توانند منجر به عملکرد نامطلوب مراکز بهداشتی و نیز تصورات غیرواقعی از مدیران و کارکنان آن‌ها از سطح عملکرد خود گردد. بر این اساس، برقراری یک سازوکار علمی و عینی ارزشیابی، بهره‌مندی از نتایج ارزشیابی در بهبود عملکرد، توجه به مستندسازی هدفمند فعالیت‌ها و عملکردها، انتصاب مدیران مراکز بهداشتی بر اساس شایستگی، ارتقای آموزش‌های دانشگاهی و ضمن خدمت برای مدیران و کارکنان به ویژه در زمینه اعتباربخشی و بهبود عملکرد، و ایجاد سیستم انگیزشی از طریق ارتباط دادن نتایج حاصل از اعتباربخشی با مزایا و ارتقای شغلی می‌تواند در کاستن از شکاف میان نتایج حاصل از دو مرحله خودارزیابی و ارزیابی بیرونی موثر باشد.

پژوهشگران بر مبنای نتایج حاصل از مطالعه، پیشنهاد گسترش برنامه ملی اعتباربخشی در عرصه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح کشور از طریق تعریف نمودن واحدی جهت مدیریت کلان آن در سطح معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، انتساب مدیران و پرسنل این واحد از میان افراد دارای دانش و تجربه مناسب در این حوزه، ایجاد تیم‌های ارزیابی مستقل در سطح کشور، تعریف نمودن فرایندهای اجرایی دقیق، مرتبط

<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000542>

PMid:24509202

[14] Chandra A, Glickman SW, Ou FS, Peacock WF, McCord JK, Cairns CB, et al. An analysis of the association of society of chest pain centers accreditation to American college of cardiology/American heart association non-ST-segment elevation myocardial infarction guideline adherence. *Ann Emerg Med* 2009; 54: 17-25.

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.01.025>

PMid:19282062

[15] Lee M. Motivations to pursue accreditation in children's mental health care: a multiple case study. *Nonprof Manag Leadersh* 2014; 24: 399-415.

<https://doi.org/10.1002/nml.21098>

[16] Song P, Li W, Zhou Q. An outpatient antibacterial stewardship intervention during the journey to JCI accreditation. *BMC Pharmacol Toxicol* 2014; 15: 1-9.

<https://doi.org/10.1186/2050-6511-15-8>

PMid:24568120 PMCID:PMC3937530

[17] Liu SH, Wu JN, Day JD, Muo CH, Sung F, Kao CH, et al. Mortality and cost of radiation therapy for oesophageal cancer according to hospital accreditation level: a nationwide population-based study. *Eur J Cancer Care* 2015; 24: 333-339.

<https://doi.org/10.1111/ecc.12281>

PMid:25641726

[18] Fortune T, O'Connor E, Donaldson B. Guidance on designing healthcare external evaluation programmes including accreditation. 2015, Dublin, Ireland: International Society for Quality in Healthcare (ISQua).

[19] Buetow SA, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 129-135.

<https://doi.org/10.1136/qhc.12.2.129>

PMid:12679510 PMCID:PMC1743687

[20] O'Beirne M, Zwicker K, Sterling PD, Lait J, Lee Robertson H, Oeike ND. The status of accreditation in primary care. *Qual Prim Care* 2013; 21: 23-31.

[21] The World Health Organization. The World Health Report. Primary healthcare: now more than ever. 2008, Geneva, Switzerland: World Health Organization Publisher.

[22] The World Health Organization. Quality improvement in primary health care: a practical guide. 2004, Geneva, Switzerland: World Health Organization Publisher.

[23] Nekoei Moghadam M, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. *Int J Health Plann Mgmt* 2012; 27: 121-131.

<https://doi.org/10.1002/hpm.1105>

PMid:22009801

[24] Gharibi F, Kassaeian SS, Kahouei M, Valinezhadi A. Effectiveness of health communicators program in promoting of community knowledge, attitude and practice in Iran through educational interventions: A systematic review. *Koomesh* 2020; 22: 563-573. (Persian).

<https://doi.org/10.29252/koomesh.22.4.563>

[25] Soleimaninejad A, TaheriTanjani P, Abolfathi Montaz Y, Khodakarim S. Relationship between malnutrition and depression among Iranian elderly population. *Koomesh* 2020; 22: 467-476. (Persian).

<https://doi.org/10.29252/koomesh.22.3.467>

[26] The World Health Organization. Quality and accreditation in health care services: a global review. 2003, Geneva, Switzerland: World Health Organization Publisher.

[27] Tabrizi JS, Gharibi F. Systematic survey of accreditation models for designing a national model. *Sci J Kurdistan Med Sci* 2011; 26: 95-109.

[28] Tabrizi JS, Gharibi F. Primary healthcare accreditation standards: a systematic review. *Int J Health Care Qual Assur* 2019; 32: 310-320.

<https://doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2018-0052>

PMid:31017069

[29] Tabrizi JS, Gharibi F. Developing national functional accreditation model for primary healthcare with emphasis on family practice in Iran. *Korean J Health Care* 2021; 42: 1-10.

<https://doi.org/10.4082/kjhm.20.0011>

PMid:33781061 PMCID:PMC8164929

مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش آن نهایت تشکر و قدردانی را به عمل آوردند.

## منابع

[1] Tabrizi JS, Gharibi F, Pirahary S. Developing of national accreditation model for rural health centers in Iran health system. *Iranian J Publ Health* 2013; 42: 1438-1445. (Persian).

[2] Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, accreditation and certification: approaches to health services quality; quality assurance methodology refinement series. 1999, Bethesda: Center for Human Services, Quality Assurance Project.

[3] Braithwaite J, Shaw CD, Molodovan M, Greenfield D, Hinchcliff R, Mumford V, et al. Comparison of health service accreditation programs in low- and middle- income countries with those in higher income countries: a cross-sectional study. *Int J Qual Health Care* 2012; 24: 568-577.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs064>

PMid:23118095

[4] Greenfield D, Braithwaite J. Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: a call for transparency and innovation. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 162-163.

<https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032359>

PMid:19467994

[5] Tabrizi JS, Gharibi F, Dadgar E. Developing a departmental accreditation model for primary healthcare in Iran. *Middle East J Rehabil Health Stud* 2021; 8: e110127.

<https://doi.org/10.5812/mejrh.110127>

[6] Smits PA, Champagne F, Contandriopoulos D, Sicotte C, Préal J. Conceptualizing performance in accreditation. *Int J Qual Heal Care* 2008; 20: 47-52.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm056>

PMid:18024996

[7] Saut AM, Berssaneti FT, Moreno MC. Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study. *Int J Qual Health Care* 2017; 29: 713-721.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx094>

PMid:28992152

[8] Braithwaite J, Westbrook J, Pawsey M, Greenfield D, Naylor J, Iedema R, et al. A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 1-10.

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-113>

<https://doi.org/10.1258/095148406775322016>

PMid:16438782

[9] Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Heal Care* 2008; 20: 172-183.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn005>

PMid:18339666

[10] Shaw Charles, D. Toolkit for accreditation programs. 2004, Melbourne: the international society for Quality in Health Care..

[11] Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, Loeb JM, Wachter RM. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. *J Hosp Med* 2011; 6: 454-461.

<https://doi.org/10.1002/jhm.905>

PMid:21990175 PMCID:PMC3265714

[12] Chen J, Rathore SS, Radford MJ, Krumholz HM. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Aff (Millwood)* 2003; 22: 243-254.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.2.243>

PMid:12674428

[13] Merkow RP, Chung JW, Paruch JL, Bentrem DJ, Bilimoria KY. Relationship between cancer center accreditation and performance on publicly reported quality measures. *Ann Surg* 2014; 259: 1091-1097.

# Assessing the performance of comprehensive health care centers in Aradan district based on the national accreditation model

Farid Gharibi (Ph.D)<sup>1</sup>, Jafar Jandaghi (M.D,MPH)<sup>2</sup>, Esmail Moshiri (M.D, Ph.D)<sup>\*2</sup>

1 - Food Safety Research Center (salt), Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

2 - Social Determinants of Health Research Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

\* Corresponding author. +98 9127324261 Moshirimn@gmail.com

Received: 3 Mar 2021; Accepted: 3 Jul 2021

**Introduction:** Accreditation is the most common approach in evaluating and improving health care performance due to its dramatic positive effects on improving performance areas such as quality and safety. Considering the development of a national accreditation model for primary health care, the present study was conducted to assess the performance of Aradan comprehensive health service centers (Semnan, Iran) based on the national accreditation model.

**Materials and Methods:** Four comprehensive health service centers in the Aradan district participated in this cross-sectional study during fall 1399. The research tool was a checklist consisting of 39 standards and 231 evaluation measures defined in twelve performance dimensions extracted from the national accreditation model to comprehensive health care centers. The study was conducted in two stages of self-assessment and external assessment after educating managers and staff of healthcare centers regarding the nature of accreditation, contents of the assessment tool and method of completing it. The performance level of healthcare centers was determined based on compliance of accreditation requirements, which is embedded in the used model. In this regard, the scores of 1, 0.5 and 0 were allocated to "full compliance", "partially compliance" and "no compliance" respectively; therefore, the level of compliance of embedded requirements from healthcare centers in each measure, standard and dimension were calculated as a percentage.

**Results:** The compliance rate of comprehensive health service centers with accreditation standards/measures in the "self-assessment" and "external evaluation" are 71.47 and 15.43 percent, respectively. The "community-centered services" dimension with a score of 93.75% and the "service delivery evaluation" dimension with a score of 0, had the highest and lowest performance levels in terms of compliance with accreditation standards in the self-assessment part; while in the external evaluation part, the "service continuity" dimension with 29.63% and the dimensions of "community-centered services", "quality and safety of services" and "health systems research" with a score of 0, had the highest and lowest level of performance, respectively.

**Conclusion:** The performance of the centers, which took part in this study, has notable weaknesses, which emphasizes the need to design and implement promotional interventions with the participation of experts and process owners.

**Keywords:** Primary health care, Comprehensive health care center, Performance, Accreditation