

## تدوین استانداردهای اعتباربخشی درمانگاه‌های پادگانی آجا

ساناز زرگر بالای جمع<sup>۱</sup>، نادر مرکزی مقدم<sup>۲</sup>، حسین - محمدابراهیمی<sup>۳\*</sup>

۱- استادیار، دانشکده پزشکی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران،  
۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پزشکی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری  
اسلامی ایران، تهران، ایران. نویسنده مسئول.

اطلاعات مقاله	چکیده
<b>نوع مقاله</b> پژوهشی	<b>مقدمه:</b> سیاست‌گذاران مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برای دستیابی به سطح قابل‌قبولی از این کیفیت به دنبال تلاش‌هایی برای تضمین موفقیت در این زمینه بوده و ابزارهای فراوانی را عرضه و مورد آزمایش قرار داده‌اند. یکی از مهم‌ترین این ابزارها اعتباربخشی می‌باشد. هدف از این مطالعه تدوین استانداردهای اعتباربخشی یگان‌های بهداشتی درمانی و درمانگاه‌های پادگانی ارتش جمهوری اسلامی ایران می‌باشد.
<b>تاریخچه مقاله</b> دریافت: ۱۳۹۸/۷/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۵	<b>روش کار:</b> این پژوهش یک مطالعه کاربردی از نوع مطالعات کیفی بوده است که در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ الی ۱۳۹۸ انجام گردید. جامعه آماری صاحب‌نظران در حوزه درمانگاه‌های پادگانی محسوب می‌شوند. پس از جمع‌آوری، بررسی و طبقه‌بندی اطلاعات گردآوری شده، پیش‌نویس استانداردها تدوین شد و در دو دور دلفی، سنج‌ها استانداردهای تدوین شده توسط خبرگان امتیازدهی شد. استانداردها و سنج‌هایی که امتیاز لازم را کسب نکردند به مرحله دوم دلفی وارد گشتند و بعد از اعمال نظرات خبرگان، مدل نهایی تدوین شد.
<b>کلید واژگان</b> درمانگاه، اعتباربخشی، سرپایی، ارزیابی.	<b>یافته‌ها:</b> بررسی نتایج حاصل از دلفی نشان می‌دهد که مدل نهایی با ۴۴ استاندارد و ۱۳۴ سنج در محورهای تعیین شده به دست آمد که، محورمدیریت و فرماندهی با تعداد ۱۰ استاندارد و ۳۰ سنج، گسترده‌ترین سنج‌های ارزیابی را به خود اختصاص داده است و همچنین محورحقوق بیمار و کارکنان با ۵ استاندارد و ۱۲ سنج محدودترین محور ارزیابی در مدل نهایی شد.
<b>نویسنده مسئول</b> Email: H71.ebrahimi@gmail.com	<b>نتیجه‌گیری:</b> با وجود یک برنامه اعتباربخشی می‌توان نیازهای بهداشتی و درمانی پادگان‌های آجا را شناسایی کرد و با گذشت زمان زمینه‌های پیشرفت را ایجاد نمود.

### مقدمه

در دهه‌های اخیر، یکی از بزرگ‌ترین تغییرات در ارائه مراقبت در خدمات بهداشتی و درمانی، استفاده از خدمات سرپایی بوده است. این خدمات علاوه بر این که ارائه مراقبت‌های پیچیده از بیمار را به یک مراقبت ایمن‌تر و غیرتهاجمی تبدیل می‌نماید، گزینه‌های کم هزینه‌تری را نسبت به مراقبت بستری پیش روی بیماران قرار می‌دهد(۱). در راستای این تغییرات سازمان‌ها و مراکز نیازمند طراحی ابزارهای مناسب برای پایش، ارزیابی و ارزشیابی خدمات ارائه شده می‌باشد و بی‌تردید اهمیت کنترل در نظام‌های سلامت به سبب ماهیت حیاتی سازمان‌های بهداشتی و درمانی، مضاعف خواهد بود(۲). در سال‌های اخیر، متولیان نظام سلامت در کشورهای مختلف جهان به منظور افزایش کیفیت و ایمنی خدمات درمانی و مدیریت بهینه آن، استانداردهای اعتباربخشی را به کار گرفته‌اند(۳). اعتباربخشی، فرآیند ارزشیابی سازمان‌های بهداشتی و درمانی توسط یک

سازمان خارجی است که عملکرد سازمان را با استانداردهای تعیین شده مقایسه می‌کند و در مورد اعتبار یا عدم اعتبار سازمان تصمیم می‌گیرد(۴). از آنجایی که در کشور ما از سال ۱۳۹۱ استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها به صورت ملی و اجباری ابلاغ شده است، اما در حوزه درمانگاه‌ها، به خصوص درمانگاه‌های پادگانی شرایط متفاوت است و به دلیل وجود سیستم خاص پادگان، اگر استانداردهایی در حوزه خدمات سرپایی ملی طراحی و ابلاغ گردند، به دلیل ساختار سازمانی متفاوت پادگان و مأموریت‌های متفاوت یک درمانگاه پادگانی، به اجرا رساندن آن دچار مشکل خواهد شد لذا اهمیت این مطالعه در این مورد بیش از پیش خواهد بود. همچنین درمانگاه‌های ارتش جمهوری اسلامی ایران که در حال حاضر از هیچ گونه برنامه ارزیابی منظم و قاعده‌مندی برخوردار نیستند و در این سال‌ها توجهی به آنها نشده است، اما این برنامه اعتباربخشی می‌تواند ابزاری را در اختیار مدیران بهداشت و درمان ارتش قرار

دهد، تا علاوه بر بهبود خدمات سرپایی حوزه بهداشت و درمان پادگان‌ها، موجب ارتقا توان طب رزم در درمانگاه‌های پادگانی گردد. بر همین اساس بر آن شدیم تا در جهت ارتقای کیفیت در این بخش‌ها، یک الگویی از استانداردهای اعتباربخشی برای خدمات سرپایی و درمانگاه‌های پادگانی آجا طراحی کنیم.

## روش کار

تحقیق حاضر از نوع پژوهش‌های کاربردی و نوع مطالعه بر مبنای نوع داده‌ها در پژوهش حاضر، از نوع کیفی بود. جمعیت این پژوهش شامل کلیه افراد نظامی است که در مراکز بهداشتی درمانی نظامی آجا سابقه فعالیت داشته‌اند و با مباحث اعتباربخشی درمانی و مدیریت بهداشت و درمان آشنایی کامل دارند و دارای حداقل یکی از ویژگی‌های زیر بودند:

سابقه فعالیت در سطوح مدیریتی درمانگاه‌های پادگانی آجا طی سه دهه اخیر  
 ۲- سابقه فعالیت در مراکز بهداشتی و درمانی و درمانگاه‌های پادگانی آجا حداقل به مدت ۵ سال  
 ۳- تجربه اعتباربخشی درمانی مراکز درمانی نظامی در طی دوران خدمتی

۴- اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی پرسشنامه دلفی را مدل‌های اعتباربخشی برگرفته از مرور یعنی استانداردهای مراقبت سرپایی AAAHC و JCI (آمریکا)، CCHSA (کانادا)، RACGP (استرالیا)، MCQH (مالزی) و نیز استانداردهای اعتباربخشی مراقبت سرپایی، بحرین و ترکیه تشکیل دادند. پس از استخراج و تدوین استانداردها، مهم‌ترین نکات مربوط به مزایا و معایب مدل‌ها مشخص شد. در مرحله اول انتخاب اعضای پانل دلفی از طریق نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت. ۱۵ نفر از افراد طبق شرایط ذکر شده، انتخاب شدند. پس از انتخاب اعضای پانل دلفی، به منظور دعوت افراد

به مشارکت، فرمی طراحی و سپس به افراد توضیحات لازم در زمینه هدف و موضوع پژوهش و چگونگی انجام کار داده شد و از آنها برای مشارکت در پانل دلفی دعوت به عمل آمد. از میان آنها، ۱۲ نفر برای مشارکت در پانل دلفی از نیروهای هوایی، پدافند، دریایی، زمینی و ستاد مشترک ارتش اعلام موافقت کردند. در نتایج مطالعات، محدوده متفاوتی از سطح اجماع از ۵۱ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده است (۶). در این پژوهش، میانگین ۸۰ درصد به عنوان سطح اجماع لحاظ گردید. در مرحله اول از این پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها از طریق روش دلفی و در ۲ دور، انجام گرفت.

مقیاس هفت‌تایی لیکرت برای امتیازدهی به استانداردها به این صورت بود که امتیاز (۱) کمترین اهمیت و کمترین قابلیت اجرایی، امتیاز (۷) بیشترین اهمیت و بیشترین قابلیت اجرایی در نظر گرفته شد. در صورتی که میانگین نمرات کسب شده توسط هر استاندارد کمتر از ۳ باشد آن استاندارد در دور اول از مطالعه حذف گردید و در صورت کسب امتیاز ۵ و بالاتر توسط هر استاندارد، استاندارد مربوطه در همان دور نخست پذیرش گردید. استانداردهایی که امتیاز آنها بین ۳ و ۵ قرار گرفتند به دور دوم دلفی وارد شدند. در دور دوم، این استانداردها به همراه نمره کسب شده توسط آنها در دور اول، به صاحب‌نظران تحویل داده شد و در نهایت صاحب‌نظران درباره باقی ماندن یا خروج آن استاندارد از مدل نهایی تصمیم‌گیری نمودند. در دور دوم مطالعه، در صورتی که حداقل ۸۰ درصد از صاحب‌نظران (معادل نمره بالای ۵ در مقیاس ۷ درجه‌ای) به وجود هر استاندارد در مدل نهایی رای می‌دادند، آن استاندارد باقی می‌ماند و در غیر این صورت استاندارد مورد نظر از مدل نهایی حذف می‌شد. در نهایت طی دو مرحله امتیازدهی و با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار این استانداردها به همراه شاخص‌های اندازه‌گیری، استاندارد نهایی طراحی می‌شد و از نظر روایی توسط خبرگان بررسی می‌گردید.

شکل ۱- فرآیند کلی اجرای مطالعه



## یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه که دارای سابقه مسئولیت درمانگاه‌های پادگانی بودند، دارای رشته‌های تحصیلی مختلفی

بودند که رشته پزشکی عمومی بیشترین فراوانی (۹ نفر) را داشت و همچنین خبرگان از نیروهای هوایی، دریایی، زمینی، پدافند و ستاد مشترک آجا در این مطالعه شرکت داشتند که

ستاد مشترک آجا بیشترین فراوانی (۴ نفر) را به خود اختصاص داده است. مشخصات رشته تحصیلی صاحب نظران شرکت کننده در مطالعه شامل موارد زیر می باشد:

### جدول ۱- رشته تحصیلی صاحب نظران

درصد	فراوانی	رشته تحصیلی
۲۵٪	۳	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
۷۵٪	۹	پزشکی عمومی
۸/۳٪	۱	پزشک تخصص بیماری های عفونی
۱۰۰٪	۱۲	کل

مشخصات محل خدمت صاحب نظران شرکت کننده در مطالعه شامل موارد زیر است:

### جدول ۲- محل خدمت صاحب نظران

درصد	فراوانی	محل خدمت
۳۳/۳٪	۴	ستاد مشترک آجا
۱۶/۶٪	۲	نزاجا
۲۵٪	۳	نهاجا
۱۶/۶٪	۲	پداجا
۸/۳٪	۱	نداجا
۱۰۰٪	۱۲	کل

استاندارد پذیرفته شدند و ۵ استاندارد امتیاز لازم را نگرفتند. در این مطالعه میزان پاسخدهی صاحب نظران در دلفی انجام شده روی استانداردها و محورهای مربوطه، برابر با ۸۰ درصد می باشد.

### نتایج دور اول دلفی

در دور اول دلفی از ۶ محور اولیه این مطالعه، تمام محورها با اعمال نظر خبرگان نهایی گردید. از ۴۹ استاندارد اولیه ۴۴ (۸۹/۷۹ درصد) استاندارد با ۸۰٪ اجماع و نهایی گردید و طبق نظر خبرگان ۲ (۴/۰۸ درصد) استاندارد حذف و ۳ (۶/۱ درصد) استاندارد با دیگر استانداردها ترکیب گردید.

در مرحله اول که ۴۹ استاندارد و ۱۴۸ سنجه از مطالعات داخلی و خارجی صورت گرفته در این زمینه استخراج گردید. سپس این استانداردها و سنجه ها توسط اساتید مربوطه و بر اساس الگوهای استانداردهای اعتباربخشی در ۶ محور تدوین گردید. مرحله اول دلفی توسط خبرگان حوزه بهداشت و درمان پادگان های نظامی در طی بازه زمانی یک ماهه انجام شد. در این مرحله از جمع ۱۵ نفره خبرگان منتخب مطالعه، ۱۲ نفر از خبرگان مشارکت داشتند. در دور اول دلفی ۶ محور این مطالعه با اجماع ۸۰ درصد بعد از اعمال نظر خبرگان روی عناوین محورهای مربوطه به مرحله نهایی راه یافت که در ادامه ۴۴

### جدول ۳- نتایج استانداردهای دور اول دلفی بر حسب تعداد

میانگین امتیاز قابلیت اجرایی سنجه ها	میانگین امتیاز اهمیت در سنجه ها	استانداردهای پذیرفته شده	استانداردهای حذف/ادغام شده	تعداد کل استانداردها	محور ها با درصد اجماع ۸۰٪
۶	۶/۷	۱۰	۱	۱۱	الف) مدیریت و فرماندهی
۵/۸	۶/۴۹	۷	۱	۸	ب) بهداشت، پیشگیری و کنترل عفونت
۵/۹	۶/۵	۶	۰	۶	پ) منابع انسانی
۵/۵	۶/۸۰	۸	۱	۹	ت) ارائه خدمات تشخیصی و درمانی
۶/۲	۶/۹	۸	۱	۹	ث) تجهیزات و فضاهای فیزیکی
۶/۱	۶/۸۵	۵	۱	۶	ج) حقوق بیمار و کارکنان

- 1- Management and Command
- 2- Pprevention and control of infection
- 3- Human resources management
- 4- Providing diagnostic and therapeutic care
- 5- Equipment and Physical
- 6- Patient and staff rights

در این مرحله از بین ۱۴۸ سنجه ۵۸ سنجه پذیرفته شده نهایی شدند که بالاترین و پایین‌ترین درصد پذیرفته شدن به ترتیب مربوط به محور حقوق بیمار و کارکنان با ۹۱/۶ درصد و محور - مدیریت و فرماندهی با ۲۴/۳ درصد در بین تمام محورها می‌باشد. همچنین در این مرحله از بین ۱۴۸ سنجه، ۸۰ سنجه (۵۴/۰۵ درصد) به مرحله بعد راه یافت که بالاترین و پایین‌ترین درصد راه‌یافتگی به دور دوم به ترتیب مربوط به محور بهداشت،

پیشگیری و کنترل عفونت با ۷۵ درصد و محور حقوق بیمار و کارکنان با ۸/۴ درصد در بین تمام محورها بوده است. بیشترین و کمترین سنجه‌ی حذف/ادغام شده در مرحله اول دلفی، به ترتیب مربوط به محور مدیریت و فرماندهی با ۱۶/۲ و محورهای بهداشت، پیشگیری و کنترل عفونت، منابع انسانی و حقوق بیمار و کارکنان بدون سنجه حذف/ادغام شده بوده‌اند. تغییرات اعمال شده بر سنجه‌های استانداردهای نهایی شده مرحله اول شامل ویرایش، تغییر مکان و تفکیک بوده است.

#### جدول ۴- نتایج سنجه‌های دور اول دلفی

سنجه‌های ورودی به دور دوم	سنجه‌های حذف/ادغام شده	سنجه‌های پذیرفته شده	کل سنجه‌ها	محور ها
۲۲ (۵۹/۴٪)	۶ (۱۶/۲٪)	۹ (۲۴/۳٪)	۳۷	الف) مدیریت و فرماندهی
۱۵ (۷۵٪)	۰	۵ (۲۵٪)	۲۰	ب) بهداشت، پیشگیری و کنترل عفونت
۱۶ (۶۹/۵٪)	۰	۷ (۳۰/۴٪)	۲۳	پ) منابع انسانی
۸ (۲۵/۸٪)	۳ (۹/۶٪)	۲۰ (۶۴/۵٪)	۳۱	ت) ارائه خدمات تشخیصی و درمانی
۱۸ (۷۲٪)	۱ (۴٪)	۶ (۲۴٪)	۲۵	ث) تجهیزات و فضاهای فیزیکی
۱ (۸/۴٪)	۰	۱۱ (۹۱/۶٪)	۱۲	ج) حقوق بیمار و کارکنان
۸۰ (۵۴/۰۵٪)	۱۰ (۶/۸٪)	۵۸ (۳۹/۱٪)	۱۴۸	جمع کل

#### نتایج دور دوم دلفی

۷۶ سنجه (۹۵ درصد) مورد پذیرش نهایی قرار گرفت و ۴ سنجه (۵ درصد) به وسیله امتیازدهی خبرگان حذف/ادغام گردید.

در مرحله اول این پژوهش ۸۰ سنجه به مرحله دوم دلفی این مطالعه راه یافته و طبق نظر خبرگان بررسی گردید. از ۸۰ سنجه

#### جدول ۵- نتایج دور دوم دلفی

سنجه‌های پذیرفته شده	سنجه‌های حذف/ادغام شده	سنجه‌های راه یافته به دور دوم	محور ها
۲۱	۱	۲۲	الف) مدیریت و فرماندهی
۱۵	۰	۱۵	ب) بهداشت، پیشگیری و کنترل عفونت
۱۵	۱	۱۶	پ) منابع انسانی
۸	۰	۸	ت) ارائه خدمات تشخیصی و درمانی
۱۶	۲	۱۸	ث) تجهیزات و فضاهای فیزیکی
۱	۰	۱	ج) حقوق بیمار و کارکنان
۷۶	۴	۸۰	جمع کل

سنجه، گسترده‌ترین سنجه‌های ارزیابی را به خود اختصاص داده است و همچنین محور حقوق بیمار و کارکنان با ۵ استاندارد و ۱۲ سنجه محدودترین محور ارزیابی در مدل نهایی شد.

بررسی نتایج حاصل از دلفی نشان می‌دهد که مدل نهایی با ۴۴ استاندارد و ۱۳۴ سنجه در محورهای تعیین شده به دست آمد که، محور مدیریت و فرماندهی با تعداد ۱۰ استاندارد و ۳۰

#### جدول ۶- تعداد استانداردها و سنجه‌های نهایی

تعداد نهایی سنجه‌ها	تعداد نهایی استانداردها	محور ها
۳۰	۱۰	الف) مدیریت و فرماندهی
۲۰	۷	ب) بهداشت، پیشگیری و کنترل عفونت
۲۲	۶	پ) منابع انسانی
۲۸	۸	ت) ارائه خدمات تشخیصی و درمانی
۲۲	۸	ث) تجهیزات و فضاهای فیزیکی
۱۲	۵	ج) حقوق بیمار و کارکنان
۱۳۴	۴۴	جمع کل

یافته‌ها حاکی از آن بود که سنجه‌های محور ارائه خدمات تشخیصی و درمانی با ۹۵٪ بیشترین پاسخ‌گویی و محور-تجهیزات و فضاهای فیزیکی با ۸۲٪ کمترین میزان پاسخ‌گویی را کسب کردند. از فرآیند دلفی مدلی نهایی اعتباربخشی بالاترین امتیاز اهمیت کسب شده با میانگین ۶/۹۴ مربوط به محور-بهداشت، پیشگیری و کنترل عفونت و کمترین امتیاز کسب شده با میانگین ۶/۵ مربوط به محور منابع انسانی می‌باشد هم‌چنین بالاترین و کمترین امتیاز قابلیت اجرایی به ترتیب با میانگین ۶/۲ به محور تجهیزات و فضاهای فیزیکی و با میانگین ۵/۵ به محور ارائه خدمات تشخیصی و درمانی اختصاص یافت.

### بحث و نتیجه‌گیری

بررسی مدل‌های دیگر نشان داد که استانداردهای مدیریت خدمات سرپایی در آن‌ها تدوین شده است اما بعضی از این استانداردها با توجه به موضوع تمرکز آن برنامه، محورهای مدیریت و رهبری تحت موضوعاتی دیگر و یا به شکلی دیگر بیان شده‌اند. به طور مثال در مدل‌های اعتباربخشی دیگر به وجود یک برنامه عملیاتی برای درمانگاه یا مراکز سرپایی اشاره نشده است. اما در مطالعه حاضر به برنامه کلی مراکز توجه شده است که در راستای برنامه‌های استراتژیک، مأموریت‌ها و اهداف نظام سلامت آجا می‌باشد.

در مطالعه حاضر استاندارد مربوط به برنامه عملیاتی وجود دارد اما مدل‌های JCI، AAAHC، کانادا، استرالیا و مالزی دارای استاندارد مرتبط با برنامه عملیاتی در سطح کلان تری بودند و در یک مرحله جلوتر استانداردها حول برنامه‌های اقدام<sup>۱</sup> شکل گرفته‌اند (۸). در مطالعه یوسفی و همکاران نیز به مشخص بودن اهداف و برنامه در تدوین سیستم اعتباربخشی دانشگاه‌ها نیز توجه شده بود (۹). در زمینه پاسخ‌گویی، کنترل و نظارت بر مراکز پادگانی مطالعه حاضر دارای استاندارد می‌باشد که استانداردهای مدل‌های JCI، AAAHC، کانادا و استرالیا نیز دارای استاندارد مربوط به این بعد از پاسخ‌گویی می‌باشند و مدل مالزی فاقد آن می‌باشد که مدل اعتباربخشی مطالعه حاضر از این نظر مشابه با مدل‌های JCI، AAAHC، کانادا و استرالیا می‌باشد. البته معنای پاسخ‌گویی در برنامه‌های مختلف اعتباربخشی از هم تفاوت دارد. سایر مدل‌های اعتباربخشی عموماً دارای استانداردهای حاوی پاسخ‌گویی به مردم هستند ولی استاندارد مطالعه حاضر علاوه بر پاسخ‌گویی به مردم باید به سلسله مراتب فرماندهی نیز پاسخگو باشد و مبحث کنترل و نظارت در آن دیده شده است. در زمینه استاندارد مدیریت در بحران و بلافاصله فقط مدل استرالیا با مدل اعتباربخشی مطالعه حاضر تشابه داشت و سایر مدل‌ها فاقد آن بودند. استاندارد مربوط به فرآیند مالی در مدل‌های JCI، AAAHC و کانادا تدوین شده است که از این منظر با مدل اعتباربخشی مطالعه

حاضر تشابه دارند. در مطالعه دسوکس و همکاران بیان می‌شود که اعتباربخشی از طریق ساز و کارهای انسجام، همبستگی سازمانی و اقدامات بهبود کیفیت جمعی بر کیفیت خدمات مراقبت به طور کلی اثرگذار است (۱۶)، که با مطالعه حاضر در خصوص استانداردهای نیروی انسانی و بهبود کیفیت هم‌راستا می‌باشد. مباحث مدیریت فرآیند، مدیریت اطلاعات، محرمانگی اطلاعات بیماران نیز در مدل‌های JCI، AAAHC، کانادا، استرالیا و مالزی وجود داشت، که از این منظر مشابه با مدل اعتباربخشی مطالعه حاضر می‌باشند. مطالعه سکی ماتو و همکاران نشان داد که برنامه اعتباربخشی مراکز درمانی تاثیر معناداری بر کنترل عفونت و بهبود پیشگیری دارد (۲۰). برنامه جامع، شناسایی و پیشگیری از عفونت، تمیز کردن، استریل کردن ابزارها، تجهیزات، فرآیند پیشگیری از بیماری‌های، برنامه جامع حفظ ایمنی بیماران و کارکنان، برنامه تفکیک و دفع زباله در مدل‌های JCI، AAAHC، کانادا، استرالیا و مالزی تدوین شده است که از این منظر با مدل اعتباربخشی مطالعه حاضر تشابه دارند (۲۱، ۲۲). استانداردهای بهره‌وری در توزیع و به کارگیری نیروی انسانی در مدل‌های JCI، AAAHC، کانادا، استرالیا به کار گرفته شده است که از این منظر با استانداردهای اعتباربخشی مطالعه حاضر تشابه دارند. در جهت کاهش و مدیریت حجم کاری کارکنان در ارائه خدمات با کیفیت در درمانگاه‌های نظامی نیازمند تدوین استانداردهای لازم می‌باشیم. که استاندارد مربوط به حجم کاری کارکنان در مدل‌های کانادا، استرالیا و مالزی تدوین شده است و از این منظر با استانداردهای اعتباربخشی مطالعه حاضر تشابه دارند (۸). استانداردهای مربوط به دسترسی آسان کلیه مراجعین به خدمات بهداشتی و درمانی، وجود برنامه ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در درمانگاه، بررسی بازخورد در رابطه با کیفیت ارائه خدمات به بیماران درمانگاه در مدل‌های JCI، AAAHC، کانادا، استرالیا و مالزی تدوین شده است و از این لحاظ مشابه استانداردهای اعتباربخشی مطالعه حاضر می‌باشد. هم‌چنین استاندارد مربوط به نوع ارائه خدمت به بیماران در مدل‌های کانادا و مالزی تدوین شده است که مشابه مدل اعتباربخشی مطالعه حاضر می‌باشند. در رابطه با زنجیره انتقال بیماران درمانگاه، استانداردهای مربوط به انتقال بیمار به مراکز درمانی دیگر در مدل‌های JCI، AAAHC، کانادا و مالزی تدوین شده است و از این لحاظ مشابه استانداردهای اعتباربخشی مطالعه حاضر می‌باشد (۲۱، ۲۲). در مطالعه مایکل و مک گویر یافته‌ها نشان داد که مراکز درمانی که اعتباربخشی شده‌اند دارای مراجعه بیشتری نسبت به مراکز درمانی فاقد برنامه اعتباربخشی هستند و هم‌چنین در مطالعه تبریزی و غریبی استانداردهای فضای فیزیکی مناسب برای اعتباربخشی

درمانگاه‌های تخصصی بیمارستانی طراحی شده است (۱۴، ۲۶). استانداردهای مربوط به محیط ایمن درمانگاه در مدل AAAHC تدوین شده است که از این لحاظ مشابه استانداردهای اعتباربخشی مطالعه حاضر می‌باشد. همچنین استانداردهای مربوط به امکانات و تجهیزات انتقال بیمار در درمانگاه در مدل‌های JCI، AAAHC، کانادا، و مالزی تدوین شده است و از این لحاظ مشابه استانداردهای اعتباربخشی مطالعه حاضر می‌باشد (۸، ۲۲، ۲۷، ۲۸).

استانداردهای مربوط به امکانات اولیه لازم برای مواقع اضطراری، در درمانگاه در مدل‌های AAAHC تدوین شده است و از این لحاظ مشابه استانداردهای اعتباربخشی مطالعه حاضر می‌باشد. در رابطه با استانداردهای مربوط به، به روز بودن کلیه دستگاه‌ها و تجهیزات درمانگاه در مدل‌های استرالیا به آن اشاره شده است و از این لحاظ مشابه استانداردهای اعتباربخشی مطالعه حاضر می‌باشد (۲۱، ۲۵). در رابطه با استانداردهای مربوط به حقوق بیمار و کارکنان مدل کانادا بیشترین تاکید را بر ایجاد یک محیط اخلاقی و مبتنی بر حقوق بیمار داشته است. همچنین در مدل‌های JCI، AAAHC، استرالیا و مالزی استانداردهای مربوط به حقوق بیمار تدوین شده است و از این لحاظ مشابه

استانداردهای اعتباربخشی مطالعه حاضر می‌باشد (۲۱، ۲۵، ۲۸). با توجه به مشکلات متعددی که درمانگاه‌های پادگانی در حال حاضر در حوزه‌های ارائه مراقبت، پیشگیری و بهداشت دارند، در حوزه‌های مدیریت اطلاعات درمانی، مدیریت بحران و منابع انسانی فاقد برنامه‌های به روز می‌باشند که همین کمبودها در بعضی مواقع اولویت انتخاب مراکز درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. برنامه اعتباربخشی می‌تواند شرایطی را محیا نماید تا افسران و کارکنان مراکز درمانی پادگانی را به عنوان انتخاب اول بر مراکز درمانگاه‌های ملی و شهری ترجیح دهند. پیشنهادات برای زمینه‌های تحقیقاتی آتی شامل تدوین راهنمای جامع ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی مراکز درمانگاه پادگانی و مطالعه بررسی تاثیر برنامه‌های اعتباربخشی در درمانگاه‌های پادگانی آجا می‌باشد.

#### تشکر و قدردانی

این پژوهش در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران با کد اخلاق IR.AJAUMS.REC.1398.201 به تصویب رسیده است.

## References

- 1-Auras S, Geraedts M. International comparison of nine accreditation programmes for ambulatory care facilities. *Journal of Public Health*. 2011;19(5):425-32.
- 2-Chabavizadeh A, Yousefy A, Changiz T, Shams B. Compilation of standards of pediatric educational clinic in Esfahan University of medical sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012;12(8):564-76.
- 3-Mosadeghrad AM, Akbari-sari A, Yousefinezhadi T, Awt\_Tag. Evaluation of hospital accreditation standards. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2017;23.
- 4-Rooney AL, Van Ostenberg PR. Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality: Center for Human Services, Quality Assurance Project; 1999.
- 5-Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *Journal of advanced nursing*. 2003;41(4):376-82.
- 6-Landeta J. Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological forecasting and social change*. 2006;73(5):467-82.
- 7-Oranga H, Nordberg E. The Delphi panel method for generating health information. *Health policy and planning*. 1993;8(4):405-12.
- 8-Program Development AC. Accreditation Agreement Canada Qmentum. Standards Ambulatory Care Services. Canada 2018. p. 2-9.
- 9-Yousefy A, Changiz T, Yamani N, Ehsanpour S, Hassan Zahrai R. Developing a holistic accreditation system for medical universities of Iran. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012;11(9):1191-201.
- 10-Pawlson LG, Torda P, Roski J, O'Kane ME. The role of accreditation in an era of market-driven accountability. *Am J Manag Care*. 2005;11(5):290-3.
- 11-PMP PDSB, Lait J. The status of accreditation in primary care. *Quality in Primary Care*. 2013;21:23-31.
- 12-Saufi NM, Fieldus MH. Accreditation: a "voluntary" regulatory requirement. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2003;18(3):152-9.
- 13-Urman RD, Philip BK. Accreditation of ambulatory facilities. *Anesthesiology clinics*. 2014;32(2):551-7.
- 14-Tabrizi JS, Gharibi F, Ramezani M. Development of a national accreditation model in specialized clinics of hospitals. *Hakim Res J*. 2012;15(3):229-37.
- 15-Rafeh N. Accreditation of primary health care facilities in Egypt: Program policies and procedures. Technical Report. 2001(65).
- 16-Desveaux L, Mitchell J, Shaw J, Ivers N. Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach. *International Journal for Quality in Health Care*. 2017;29(7):941-7.
- 17-Nair S, Chen J. Improving Quality of Care in Federally Qualified Health Centers Through Ambulatory Care Accreditation. *Journal for Healthcare Quality*. 2018;40(5):301-9.
- 18-Safdari R. A Survey of Information Management Standards of Commission on Accreditation Rehabilitation Facilities. *Journal of Payavard Salamat*. 2009;3(2):18-29.
- 19-Safdari R, Meidani Z. Health Services Accreditation Standards for information management in Canada, New Zealand and USA: a comparative study. *Journal of Research in Health Sciences*. 2006;6(2):1-7.
- 20-Sekimoto M, Imanaka Y, Kobayashi H, Okubo T, Kizu J, Kobuse H, et al. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. *American journal of infection control*. 2008;36(3):212-9.
- 21-Practitioners TRACoG. Standards for Garrison Health Facilities in the Australian Defence Force  
Based on the RACGP Standards for general practices (4th edition). 2015.
- 22-HEALTH MSFQI. MSQH - Standards and Assessment Tool for Medical Clinic. 2011.
- 23-Tabrizi JS, Gharibi F, Pirahary S. National Accreditation Model for Rural Health Centers. 2013.
- 24-Zargar Balaye Jame S, Alimoradnori M. Investigating Job Burnout and Its Dimensions in the Personnel of Selected Military Clinics in Tehran in 2018. *Journal of Military Medicine*. 2019;21(1):82-90.
- 25-AAAHC. For Ambulatory Health Care 2017 For Ambulatory Health Care
- 26-McGuire MF. International accreditation of ambulatory surgical centers and medical tourism. *Clinics in plastic surgery*. 2013;40(3):493-8.
- 27-Singer R, Keyes GR, Nahai F. American Association for Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities (AAAASF) History: Its Role in Plastic Surgery Safety. *Aesthetic Surgery Journal Open Forum*. 2019;1(2).
- 28-International JC. Joint Commission International Accreditation Standards for Ambulatory Care. 2019.

## Developing accreditation standards for AJA garrison clinics

Zargar Balaye Jame S (Ph.D)<sup>1</sup>, Markazi-Moghaddam N (Ph.D)<sup>1</sup>, Mohammad Ebrahimi H (MSc)<sup>\*2</sup>

### Abstract

**Introduction:** Health care policymakers strive to achieve an acceptable level of quality and have provided and tested numerous tools. One of the most important and growing of these tools is accreditation. The purpose of this study was to develop accreditation standards for health units and clinics of the Aja garrison.

**Methods:** This study was an applied study of qualitative studies in the second half of 2018-2019. The statistical population is specialists in garrison and military medicine clinics. The data on accreditation models from different countries were analyzed and then the standards for outpatient services were extracted. After collecting, reviewing, and classifying the information collected, the standards were developed and scored in two rounds by Delphi experts. Standards and metrics that did not achieve the required grade were entered into Delphi's second phase, and final standards were formulated after the expert's comments.

**Result:** The examination of the results of Delphi shows that the final model was obtained with 44 standards and 134 measures in the specified axes. The "management and command" axis, with 10 standards and 30 measures, was the most widely used evaluation measure, and the "patient and staff rights" axis, with 5 standards and 12 measures, was the most narrowly based assessment model in the final model.

**Conclusion:** With an accreditation program, the health and medical needs of Aja garrisons can be identified and areas of improvement can be developed over time to meet needs and create a healthy environment.

**Keywords:** Clinic, Accreditation, Outpatient, Evaluation

---

\*Correspondent Address: Master of Science in Health Services Management, Department of Health Management and Economics, Faculty of Medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: H71.ebrahimi@gmail.com.