

در آن هر استاندارد از دو جنبه اهمیت و قابلیت اجرایی در نظام سلامت بررسی می‌شد وارد و از طریق تکنیک دلفی و با نظر صاحب‌نظران امتیاز دهی و پس از آن، مدل نهایی گردید.

**یافته‌ها:** در بخش مرور نظام مند مدل‌های اعتباربخشی، به ترتیب، مدل‌های اعتباربخشی JCAHO آمریکا، CCHSA کانادا، ACHS استرالیا، ANAES فرانسه و QHNZ نیوزیلند در سطح جهانی و مدل‌های اعتباربخشی لبنان و مصر به عنوان بهترین مدل‌ها جهت الگو برداری جهت طراحی مدل ملی شناسایی شدند که مدل اعتباربخشی CCHSA کانادا جامع‌ترین مدل در زمینه مدیریت بحران بود. این استانداردها در پرسشنامه دلفی وارد، و در طی دو دور بررسی مورد تأیید صاحب‌نظران قرار گرفتند. در ادامه، بر اساس رایج‌ترین و کاملترین استانداردهای اعتباربخشی جهان، برای تمامی استانداردهای یاد شده، بیانیه هدف و عناصر عینی قابل اندازه‌گیری، تدوین گردید.

**نتیجه‌گیری:** مدل نهایی طراحی شده دارای ۱۵ استاندارد به همراه بیانیه هدف و عناصر عینی قابل اندازه‌گیری برای آن‌ها می‌باشد. این مدل، از حیث تعداد استانداردها، توجه به جنبه‌های مختلف مدیریت بحران و نیز از نظر برخوردار بودن از اجزای کامل برای استانداردها دارای وضعیت بسیار مطلوبی می‌باشد. این مدل پس از انجام مطالعه مقدماتی، اصلاح نهایی و فراهم شدن شرایط لازم برای اجرایی شدن، توانایی ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها را بخصوص از جنبه مدیریت بحران و آمادگی بیمارستان در شرایط اضطراری خواهد داشت.

**کلمات کلیدی:** مدیریت بحران، اعتباربخشی، مراقبت بهداشتی، بیمارستان

## جایگاه مدیریت بحران در مدل ملی اعتباربخشی عملکردی بیمارستان

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

۱- استادیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران  
۲- نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

E-mail: farid\_hc.manager@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۲۸

### چکیده

**مقدمه:** کشور ما به دلیل شرایط خاص اقلیمی، از نواحی بحران‌خیز دنیا به شمار می‌رود و این شرایط، توجه ویژه به مقوله مدیریت مناسب بحران را اجتناب ناپذیر می‌نماید. در این میان، جایگاه بیمارستان به عنوان محور فعالیت‌های بهداشتی و درمانی در غلبه بر بحران‌ها بر کسی پوشیده نیست. با توجه به اهمیت اعتباربخشی در بهبود عملکرد نظام سلامت، هدف مطالعه حاضر، طراحی مدل بومی اعتباربخشی بیمارستان و تعبیه استانداردهای مربوط به مدیریت بحران در آن می‌باشد.

**روش‌ها:** در این مطالعه، پژوهشگران ابتدا اقدام به طراحی یک مرور نظام‌مند برای شناسایی برترین مدل‌های اعتباربخشی در سطح جهان و منطقه برای الگو برداری جهت طراحی مدل بومی نمودند. بدین منظور در پایگاه‌های داده Ovid، Pub Med، Medline و SID اقدام به جستجو نمودند. پس از انتخاب مدل‌های مرجع جهت الگو برداری، تمامی استانداردهای این مدل‌ها و بخصوص استانداردهای مربوط به مدیریت بحران از آن‌ها استخراج گردید. در ادامه، استانداردهای یادشده در پرسشنامه‌ای که

## مقدمه

در عصر کنونی، تولید فزاینده گازهای گلخانه‌ای سبب گرم شدن زمین و تغییرات اقلیمی و اکولوژیکی مخرب و غیر منتظره‌ای در زمین شده است و طوفان‌های شدیدی مانند سونامی، بارش‌های غیرعادی و مخرب برف و باران، رانش زمین و... را موجب شده است. همچنین به دلیل جوان بودن برخی از لایه‌ها و نواحی کره زمین و فعالیت‌های زمین شناسی فراوان آنها، زمین‌لرزه‌های متعددی روی می‌دهد که مجموعه این بلایا سبب ایجاد شرایط بحرانی برای بشریت می‌شوند. به طوریکه هر ساله در سراسر جهان، تبعات منفی جانی، مالی و اقلیمی این بلایا گریبان‌گیر انسان‌ها می‌گردد (۱-۳).

شرایط بحران، به اختلال در عملکرد یک جامعه به سبب آسیب به انسان‌ها، اقتصاد و محیط اطلاق می‌گردد. به طوریکه کنترل و مهار مناسب وضعیت یاد شده فراتر از توانایی آن جامعه بوده و نیازمند کمک‌های بیرونی باشد (۱، ۴). یک بحران، نتیجه ترکیبی از خطرات، شرایط آسیب‌پذیر و ظرفیت محدود یک جامعه برای کاهش نتایج منفی آن خطرات می‌باشد و مدیریت بحران را رویکردی نظام‌مند به منظور اتخاذ تصمیمات مدیریت، اجرای مهارت‌های عملیاتی و ایجاد ظرفیت مناسب برای اتخاذ سیاست‌ها و راهبردهای مناسب جهت تعدیل و کنترل شرایط بحران تعریف کرده‌اند (۱).

در این میان، بیمارستان به عنوان نقطه ثقل و محور ارزشمند فعالیت‌های وابسته به مدیریت بحران مطرح بوده و آمادگی این نهاد اثرگذار برای غلبه بر تبعات مخرب بحران‌ها بر کسی پوشیده نیست. بیمارستان بایستی مبحث مدیریت بحران را در برنامه‌ریزی راهبردی خود بگنجانند، به پرسنل خود در این رابطه آموزش دهد و مدیریت صحیح و مناسبی را در این رابطه اتخاذ نماید (۲، ۳، ۵-۸).

یکی از مهم‌ترین و رو به رشدترین ابزارهایی که در چند دهه اخیر توجه مدیران مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را به خود معطوف نموده و به عنوان وسیله‌ای جهت ارتقای شاخص‌های عملکردی، افق‌های جدیدی را پیش روی آنها گسترده است و به نظر می‌رسد بتوان برای بهبود وضعیت مراکز بهداشتی و درمانی در رابطه با مدیریت بحران نیز از آن بهره جست، مبحث اعتباربخشی می‌باشد (۹).

اعتباربخشی یکی از عرصه‌های مهم در ارزشیابی خدمات بهداشتی و درمانی است که به صورت «تأیید دستیابی یک سازمان ارائه‌دهنده خدمات سلامت به استانداردهای از پیش تعیین شده که به وسیله یک گروه ارزیاب همتای بیرونی مستقل و از همان سطح سازمانی انجام می‌گیرد» تعریف می‌شود (۱۰).

اگرچه اعتباربخشی، فرایندی است که باید بر اساس نیازها و انتظارات یک کشور طراحی شود اما ابزارها و مدل‌های مورد استفاده در این سیستم‌ها باید بر پایه شناسایی و استفاده از تجربیات سایر کشورها پایه‌ریزی گردند (۱۱). بنابراین هر کشور یا سازمانی که بخواهد یک برنامه اعتباربخشی را راه‌اندازی نماید، بایستی به منظور استفاده از تجربیات دیگران، جلوگیری از دوباره‌کاری و اتلاف منابع، از یک یا چند سازمان بزرگ و پیشرو در این زمینه الگوبرداری کرده و برای ایجاد سازگاری و تطابق با عرصه جدید، نسبت به بومی‌سازی آن استانداردها اقدام کند. منظور از بومی‌سازی یک مدل، سازگار کردن و مطابقت دادن آن با قوانین ملی و الزامات فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و مذهبی خاص آن کشور می‌باشد که یک مرحله حساس و مهم از فرایند توسعه استانداردها می‌باشد و این همان کاری است که تمامی کشورهای پیشرو انجام داده‌اند. برای مثال کمیسیون مشترک بین‌المللی (JCI)<sup>۱</sup> برخلاف

<sup>۱</sup> Joint Commission International

این نظام در رابطه با مدیریت بحران از این قاعده مستثنی نیست.

با توجه به اهمیت مدیریت بحران و آمادگی بیمارستان‌ها در این رابطه، مطالعه حاضر درصدد طراحی مدل ملی عملکردی اعتباربخشی با توجه ویژه به مدیریت بحران می‌باشد و پژوهشگران امیدوارند بتوانند از این طریق، گام بلندی در جهت بهبود عملکرد نظام سلامت و متعاقباً سلامت جامعه بردارند.

### روش‌ها

این بخش از پژوهش، یک مطالعه مروری سیستماتیک می‌باشد که در پایگاه‌های اطلاعاتی<sup>۶</sup> نظیر SID، Ovid Medline و Pub Med با استفاده از کلید واژه‌های اعتباربخشی<sup>۷</sup>، بیمارستان<sup>۸</sup>، پزشکی<sup>۹</sup>، کلینیک<sup>۱۰</sup>، مدل‌های اعتباربخشی<sup>۱۱</sup> و مراقبت بهداشتی<sup>۱۲</sup> در بازه زمانی ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۰ انجام گرفت. استفاده از این نوع مطالعه برای شناسایی مدل‌های مرجع به این دلیل بود که در آن از تمامی دانش موجود در منابع علمی معتبر استفاده شده و اطلاعات جامع و پالایش شده‌ای را نصیب پژوهشگران می‌سازد. حاصل جستجوی فوق، ۲۳۷۹ مقاله بود که با توجه به معیارهای ورود و خروج، مرتبط‌ترین مقالات با اهداف مطالعه انتخاب شدند. معیار ورود و خروج مقالات در این مطالعه، انگلیسی و فارسی زبان بودن مقالات، بررسی مدل‌های اعتباربخشی و اشاره به مزایا و معایب برنامه‌های مختلف اعتباربخشی بوده است. به طوری که بتوان از آنها برای مقایسه مدل‌ها و انتخاب مدل مرجع استفاده نمود (۱۶).

شاخه ملی آن یعنی کمیسیون مشترک اعتبارسنجی مراکز مراقبت بهداشتی (JCAHO)<sup>۱</sup> جهت سازگاری با شرایط بین‌المللی، قوانین و الزامات ملی آمریکا را در استانداردهای بین‌المللی خود حذف نموده است (۱۳) ایرلند برای اعتباربخشی از مجمع اعتباربخشی خدمات بهداشتی کانادا (CCHSA)<sup>۲</sup> الگوبرداری نموده (۱۴) و در سازمان منطقه‌ای مدیترانه شرقی (EMRO)<sup>۳</sup> نیز برنامه‌های اعتباربخشی مصر و لبنان به ترتیب از آژانس آمریکائی توسعه بین‌المللی (USAID)<sup>۴</sup> و بانک جهانی منشاء گرفته‌اند (۱۵). بدین منظور پژوهشگران ابتدا اقدام به انجام یک مرور نظام‌مند به منظور شناسایی بهترین مدل‌های جهان و منطقه برای الگوسازی (بهینه‌گزینی)<sup>۵</sup> نمودند.

هدف از اعتباربخشی در سازمان‌های سلامت بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، بهبود یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت، ایجاد بانک اطلاعاتی سازمان‌های خدمات سلامت، افزایش ایمنی و کاهش خطرات برای بیماران و کارکنان، تأمین آموزش و مشاوره برای سازمان‌های خدمات سلامت و کاهش هزینه‌ها با تمرکز بر افزایش کارایی و اثربخشی خدمات می‌باشد (۱۱).

نظام ارزشیابی بیمارستان‌ها و سازمان‌های خدمات سلامت ایران در حیطه ارزشیابی، دارای اشکالات عمده‌ای همانند استاندارد نبودن سئوالات، وجود ابهام و ذهنی بودن آنها استانداردها، استاندارد نبودن و ناهمگونی فرایند ارزشیابی و نظام جمع‌آوری و ثبت اطلاعات، عدم آموزش کافی ارزیابان و مسائلی از این دست می‌باشد (۱۲) که بدون شک عملکرد

<sup>1</sup>.Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

<sup>2</sup>.Canadian Council on Health Services Accreditation

<sup>3</sup>.Eastern Mediterranean Region Organization

<sup>4</sup>.United States Agency for International Development

<sup>5</sup>.Benchmarking

<sup>6</sup>. Database

<sup>7</sup>. Accreditation

<sup>8</sup>. Hospital

<sup>9</sup>.Medical practice

<sup>10</sup>.Clinic

<sup>11</sup>.Accreditation Models

<sup>12</sup>.Healthcare

فاصله جغرافیایی از یکدیگر، امکان ملاقات رودرو را نخواهند داشت (۱۷). این تکنیک به صورت «یک فن تسهیل گروهی که از طریق توالی‌ای از پرسشنامه‌ها درصدد به دست آوردن نظر خبرگان است» تعریف شده است. در این روش از اطلاعات بدست آمده در هر مرحله برای انجام مراحل بعدی استفاده می‌شود و این فرایند تا دستیابی به اجماع خبرگان ادامه می‌یابد. برای این منظور، ارسال پرسشنامه و اخذ نظرات از خبرگان حداقل در ۲ یا ۳ مرحله<sup>۲</sup> صورت خواهد گرفت (۱۷، ۲۰). منظور اجماع رسیدن به توافق شرکت کنندگان در روش دلفی در باره نظرات، گزینه‌ها یا مفاهیمی دارد که به صورت نمره‌ای (امتیاز) یا طبقه‌ای درجه‌بندی شده‌اند (۲۱).

از مزایای دیگر این روش، می‌توان به توانایی گردآوری و استفاده از نظرات صاحب‌نظران دارای فاصله جغرافیایی، آزادی افراد در بیان نظرات خود، مشارکت خبرگان در زمانی که تمایل دارند و انجام آن با هزینه‌ای اندک اشاره نمود (۲۲). روش دلفی، در عرصه سلامت به منظور توافق بر خطوط راهنمای مراقبت اولیه، شناسایی و توافق بر نشانگرهای کیفیت، تعیین اولویت‌های مراقبت‌های درمانی و تحقیقاتی، تعیین استانداردها، سنجش اعتبار مدل‌ها، تولید دستورالعمل‌ها، برنامه‌ریزی‌های درمانی، ارائه تعاریف علمی برای موضوعات بالینی، ارزیابی ابزارهای ارزشیابی فنی و مواردی از این دست استفاده می‌شود (۲۱، ۲۳-۳۱).

صاحب‌نظران این پژوهش که در واقع اعضای پانل خبرگان روش دلفی را تشکیل می‌دادند شامل مسئولین و کارشناسان ستادی بخش اعتباربخشی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، جمعی از کارشناسان و نویسندگان کتب و استانداردهای کنونی وزارت بهداشت، همچنین

رای این منظور، در مرحله اول، ابتدا عناوین تمامی مقالات مورد بررسی قرار گرفت و ۸۲۶ مقاله به دلیل عناوین غیر مرتبط با اهداف پژوهش و ۴۲ مقاله به علت تکراری بودن از بررسی خارج شدند. در مرحله دوم، چکیده ۱۵۱۱ مقاله باقی مانده از مرحله قبل، مورد بررسی قرار گرفت و ۷۴۷ مقاله دیگر به علت عدم اشاره به مدل‌های اعتباربخشی از مطالعه خارج شدند. در سومین مرحله از این فرایند، ۷۶۴ مقاله باقی مانده به طور کامل مورد بررسی قرار گرفتند و ۶۸۱ مقاله به دلیل عدم اشاره به مزایا و معایب مدل‌ها از مطالعه خارج گردیدند و در نهایت ۸۳ مقاله مرتبط با هدف مطالعه، شناسایی و انتخاب شدند. هشتاد و سه مقاله انتخابی، مورد مطالعه دقیق قرار گرفته و مهمترین نکات مربوط به مزایا و معایب مدل‌ها استخراج و در جدول خلاصه‌سازی جمع‌بندی گردید.

پس از شناسایی مدل‌های اعتباربخشی، پژوهشگران سعی در به‌دست آوردن استانداردهای مدل‌های برتر نموده و تمامی آنها را به دقت مطالعه کردند. سپس تمامی استانداردهای مدل‌های عملکردی و بخصوص استانداردهای مرتبط با مدیریت بحران را در پرسشنامه‌ای گردآوری و برای ارائه به صاحب‌نظران با استفاده از روش دلفی آماده نموده و در جداولی که هر استاندارد از دو جنبه اهمیت و قابلیت اجرایی با استفاده از مقیاس لیکرت ۱ (نامناسب‌ترین حالت) تا ۹ (مناسب‌ترین حالت) درجه‌بندی شده بود، وارد کردند.

ایجاد و توسعه روش دلفی توسط دو پژوهشگر به نام‌های دالکی و هلمر از شرکت رند<sup>۱</sup> به دهه ۱۹۵۰ برمی‌گردد (۱۷، ۱۸). این روش، به عنوان روشی اثربخش برای دستیابی به اجماع یا پیش‌بینی رویدادهای آینده شناخته شده (۱۹) و روشی مناسب برای اخذ نظرات صاحب‌نظرانی است که به دلیل

<sup>۱</sup>. RAND Corporation

<sup>۲</sup>. Round

دلفی، پژوهشگران بر اساس مدل‌های بزرگ اعتباربخشی جهان اقدام به طراحی اجزای مناسب برای این استانداردها خواهند نمود و مدل طراحی شده نهایی خواهد شد.

### یافته‌ها

در بخش انتخاب مدل‌های رایج مرجع برای الگوبرداری در طراحی مدل، پژوهشگران بر اساس مؤلفه‌های مناسب و بر مبنای شواهد<sup>۲</sup> اقدام به جستجوی و انتخاب بهترین مدل‌ها نمودند. در جدول، مدل‌های بزرگ اعتباربخشی دنیا بر اساس شاخص‌های تعریف شده با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. شش شاخص اول، اهداف اعتباربخشی بوده و بقیه شامل ویژگی‌های برگرفته از بررسی متون می‌باشند. در جدول شماره ۱، وضعیت مدل‌ها در شاخص‌های تعریف شده نسبت به یکدیگر با علامت (\*) مشخص شده است و بدیهی است که تعداد بیشتر ستاره‌ها به معنی وضعیت مطلوب‌تر مدل نسبت به سایر مدل‌ها می‌باشد. علامت (-) به معنی نبود شاخص مورد نظر و کادر خالی به معنی عدم اشاره به آن شاخص در مقالات بررسی شده می‌باشد.

بر اساس مؤلفه‌های مقایسه‌ای تعریف‌شده، مدل اعتباربخشی کمیسیون مشترک اعتباربخشی مراکز مراقبت بهداشتی (JCAHO)<sup>۳</sup>، دارای وضعیت مناسبی در زمینه مؤلفه‌های مربوط به اهداف اعتباربخشی و مؤلفه‌های استخراج شده از بررسی متون می‌باشد. این مدل دارای تأثیر قابل توجه بر ارتقای کیفیت، بهبود ایمنی و ایجاد یکپارچگی در مدیریت خدمات سلامت می‌باشد که اقدام به ایجاد بانک اطلاعاتی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت نموده است و یک شعبه مخصوص برای فعالیت‌های بین‌المللی خود طراحی نموده است.

اعضای مورد تخصصی و اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی شاغل در دانشگاه‌های معتبر کشور بودند که در مجموع تعداد ۲۷ نفر از آنان برای شرکت در این مطالعه انتخاب گردیدند. بنابر بررسی‌های صورت گرفته، در مطالعه دلفی‌ای که شرکت‌کنندگان همگن باشند، تعداد ۱۰ تا ۱۵ نمونه برای انجام دلفی کافی خواهد بود (۱۷، ۲۰، ۳۲). بر همین مبنای پژوهشگران تعداد ۲۷ نفر را انتخاب نمودند تا در صورت ریزش در تعداد پاسخ‌دهندگان در طول مطالعه، اعتبار پژوهش حفظ گردد.

علی‌رغم اینکه در مطالعات مختلف، بر سر آستانه توافق اختلاف نظر وجود ندارد، لیکن غالب صاحب‌نظران، اتفاق نظر ۷۰ تا ۸۰ درصدی را نشانه دستیابی به اجماع می‌دانند (۱۷، ۲۰). با توجه به اینکه مقیاس مورد استفاده در این مطالعه، یک مقیاس ۹ درجه‌ای بود لذا باید نقطه ۵ را به عنوان نقطه بیطرف یا خنثی انتخاب نماییم. در این حالت مطالعه دارای ۳ محدوده خواهد بود: محدوده عدم موافقت از ۱ تا ۳، محدوده خنثی از ۴ تا ۶ و محدوده موافقت از ۷ تا ۹. که در این صورت استانداردهای با میانه امتیاز پایینتر از ۴ حذف، استانداردهای با میانه امتیاز بالای ۷ پذیرش و استانداردهای با میانه امتیاز ۴ - ۷ به دور بعدی دلفی وارد می‌شوند (۳۳). بر اساس مطالعات صورت گرفته، به منظور حفظ ارزش و اعتبار مطالعه، میزان پاسخ‌دهی<sup>۱</sup> صاحب‌نظران در هر دور دلفی نباید کمتر از ۷۰ درصد باشد (۱۹) و در صورتی که میزان تغییرات امتیازات داده شده توسط صاحب‌نظران در طی دو دور متوالی کمتر از ۱۵ درصد باشد، اجماع و اتفاق نظر بر موضوع مورد بررسی، اتفاق افتاده است (۲۱). پس از انتخاب استانداردهای مناسب برای استفاده در عرصه نظام سلامت کشور با استفاده از روش

<sup>۲</sup>. Evidenced Based

<sup>۳</sup>. JCAHO

<sup>۱</sup>. Response Rate

(ACHS)<sup>۳</sup>، آژانس ملی اعتباربخشی و ارزشیابی مراقبت بهداشتی در فرانسه (ANAES)<sup>۴</sup>، کیفیت مراقبت بهداشتی نیوزیلند (QHNZ)<sup>۵</sup> و مدل‌های انگلستان نیز دارای شرایط کمابیش مناسبی هستند و در وضعیت مشابهی به سر می‌برند. همچنین از میان مدل‌های منطقه‌ای (سازمان منطقه‌ای مدیترانه شرقی)<sup>۶</sup> نیز مدل اعتباربخشی لبنان و مصر به عنوان مدل‌های قابل قبول انتخاب شدند. (۹، ۱۶).

در ادامه، پژوهشگران اقدام به بررسی مدل‌ها نموده و از تمامی آنها در طراحی پرسشنامه دلفی استفاده شد که در نهایت تعداد ۴۶۹ استاندارد، که ۲۸ مورد از آنها مربوط به مدیریت بحران بود انتخاب و در قالب تعریف شده فوق وارد گردیدند. در بخش دلفی این مطالعه، براساس معیارهای ورود و خروج، تعداد ۲۷ صاحب‌نظر انتخاب گردیدند که ۹ نفر از آنان مدیران و کارشناسان دفتر نظارت و اعتباربخشی وزارت بهداشت، ۷ نفر نویسندگان استانداردهای کنونی اعتباربخشی بیمارستان‌ها، ۴ نفر مدیران رده بالای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۶ نفر از استادان رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی از دانشگاه‌های معتبر و ما در کشور و نیز ۵ نفر از آنان از اعضای بوردهای تخصصی علوم مدیریت و اقتصاد سلامت بودند (جدول شماره ۲). لازم به ذکر است، به دلیل اینکه بعضی از جامعه نمونه در بیش از یک گروه تخصصی بوده‌اند، قدرمطلق و درصد گروه‌های مشخص شده برای آنان بیش از حجم جامعه نمونه صاحب‌نظران و همچنین ۱۰۰ درصد محاسبه شده‌است.

**دور اول دلفی:** در این مرحله پژوهشگران با مراجعه به وزارت بهداشت و درمان، دانشگاه‌ها، دفاتر و یا

مؤسسه مذکور، به سازمان‌های اعتباربخشی و سایر سازمان‌های بزرگ در زمینه خدمات سلامت و نیز به مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت مشاوره می‌دهد، بر کارایی و اثربخشی تأکید ویژه دارد و بیشترین سطح اعتماد عمومی را ایجاد کرده است. این مدل همواره استانداردهای خود را که دارای بیانیه هدف هستند به‌روزرسانی می‌کند، نوآوری‌های لازم را اعمال می‌کند و آنها را با شرایط جدید وفق می‌دهد. مدل کمیسیون مشترک اعتباربخشی مراکز مراقبت بهداشتی (JCAHO)، بر ایجاد یک محیط اخلاقی و مبتنی بر حقوق بیمار تأکید دارد و به مدیریت اطلاعات و استفاده از قابلیت‌های فناوری‌های کامپیوتری در ارائه خدمات سلامت توجه دارد. این مدل اعتباربخشی، مادر اعتباربخشی به شمار می‌آید و فعالیت‌هایش دامنه وسیعی از خدمات سلامت را در بر می‌گیرد، بیشترین سطح ارتباط موثر با ذی‌نفعان را داشته و در ارتباط با شاخص AGIL<sup>۱</sup> در وضعیت مطلوبی قرار دارد. این مدل، یک مدل داوطلبانه و غیر دولتی است که برای استفاده در سازمان‌های مختلف، مناسب تشخیص داده شده است.

علاوه بر این، مدل مذکور دارای سطح رشد مناسبی در فعالیت‌های ملی و بین‌المللی می‌باشد. پس از کمیسیون مشترک اعتباربخشی مراکز مراقبت بهداشتی (JCAHO)، مدل مجمع اعتباربخشی خدمات بهداشتی کانادا (CCHSA)<sup>۲</sup>، از نظر شاخص‌های تعریف شده دارای وضعیت مطلوبی نسبت به سایر مدل‌ها بوده و از کیفیت بالاتری برخوردار است. سایر مدل‌های بزرگ و رایج مانند مجمع استانداردهای مراقبت بهداشتی استرالیا

<sup>3</sup>.The Australian Council on Healthcare Standards

<sup>4</sup>. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

<sup>5</sup>. Quality Health New Zealand

<sup>6</sup>. EMRO

<sup>1</sup>.Adaptation(A), Goals(G), Integration(I), Latency (L)

<sup>2</sup>.Canadian Council on Health Services Accreditation

درصد). در این مرحله در مجموع، تعداد ۸ استاندارد پذیرش و ۱۳ استاندارد به دلیل عدم کسب نمره قابل قبول در حداقل یکی از جنبه‌های مورد بررسی و رسیدن به نقطه اشباع (تغییر امتیاز کمتر از ۱۵ درصد) از ورود به مدل نهایی بازماندند که از این تعداد ۲ مورد از پذیرفته شده‌ها و ۱ مورد از پذیرفته نشده‌های نهایی مربوط به مبحث مدیریت بحران بودند.

در ادامه، پژوهشگران برای تمامی استانداردها اجزای ضروری استانداردها، شامل بیانیه هدف (فلسفه وجودی استاندارد) و عناصر قابل سنجش (اجزای عینی برای سنجش پایا و دقیق استاندارد) تدوین نمودند. در ادامه بسیاری از استانداردها به سبب مشابه بودن و قرابت مفهومی ادغام و در نهایت مدلی جامع عملکردی با ۱۵ تعداد استاندارد در رابطه با مدیریت بحران در بیمارستان طراحی و تدوین گردید.

### بحث

هدف حد واسط این مطالعه، طراحی مدل ملی اعتباربخشی عملکردی بیمارستان با تأکید بر مدیریت بحران، و هدف نهایی آن، ارتقای شاخص‌های عملکردی بیمارستان بود که پژوهشگران با استفاده از جدیدترین و اثربخش‌ترین روش‌های علمی اقدام به این کار نمودند. در این پژوهش، کسب امتیازات بالا توسط استانداردها و افت اندک تعداد صاحب‌نظران شرکت‌کننده در مطالعه، نوید امکان طراحی مدلی قابل قبول و اثربخش را می‌دهد.

درونمایه مدل طراحی شده در زمینه مدیریت بحران را می‌توان در مواردی مانند «ارزش نهادن رهبران بیمارستان به مدیریت بحران و مشارکت فعال در آن»، «آمادگی همه جانبه بیمارستان و داشتن برنامه‌ای مدون و کارآمد برای مقابله با موقعیت‌های اضطراری»، «مشارکت بیمارستان با نهادهای جامعه

بیمارستان‌های محل خدمت خبرگان انتخابی، اقدام به معرفی پژوهش و توزیع پرسشنامه نمودند. پس از دادن یک زمان ۴۵ روزه به صاحب نظران برای پاسخ به پرسشنامه و پیگیری‌های مداوم تیم پژوهش، دور اول دلفی با جمع‌آوری تعداد ۲۰ پرسشنامه (میزان پاسخ ۷۴ درصد) به پایان رسید. در مرحله بعد، تمامی پرسشنامه‌ها تحلیل شدند و براساس نتایج تحلیل، پرسشنامه‌ای برای ورود به دور دوم دلفی طراحی گردید. در این مرحله، مطابق اصول رایج، استانداردهایی که امتیاز کمتر از ۴ کسب کرده بودند از مطالعه حذف و استانداردهایی که امتیاز بالای ۷ داشتند مستقیماً مورد پذیرش قرار گرفتند. استانداردهایی که امتیاز بین ۴-۷ را کسب نموده بودند نیز به دور دوم دلفی راه یافتند. با توجه به اینکه هیچ یک از استانداردها امتیاز کمتر از ۴ کسب نکرده بودند، در این مرحله هیچ یک از استانداردها حذف نشده و تمامی استانداردها بجز ۲۱ مورد از کل مدل و ۳ مورد از بخش مدیریت بحران که امتیاز بین ۴-۷ را کسب کرده بودند، از هر دو جنبه اهمیت و قابلیت اجرایی مورد پذیرش صاحب‌نظران قرار گرفتند.

**دور دوم دلفی:** برای دور دوم مطالعه، ۱۳ مورد استاندارد که امتیاز بین ۴-۷ را کسب کرده بودند در قالب یک پرسشنامه جدید طراحی گردیدند که حاوی میانه نمرات صاحب‌نظران و نیز نمره هر صاحب‌نظر در دور اول بود. در این مرحله صاحب‌نظران با ملاحظه این موارد، اقدام به نمره دهی مجدد به استانداردها نمودند. برای گردآوری داده در دور دوم دلفی، پژوهشگران مجدداً با مراجعه حضوری اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها در میان پاسخ‌دهندگان قبلی نمودند. پس از دادن زمان یک ماهه به خبرگان جهت پاسخگویی، پرسشنامه‌ها مجدداً جمع‌آوری و از تعداد ۲۰ پرسشنامه توزیعی، تعداد ۱۷ پرسشنامه بدست آمد (میزان پاسخ ۸۵

جغرافیایی انتخاب گردیده‌اند، فاقد هر گونه استاندارد در این زمینه می‌باشند (۱۲).

در طراحی مدل یاد شده، ۱۲ مورد از استانداردهای نهایی از مدل کانادا، و از هر یک از مدل‌های آمریکا، استرالیا و فرانسه نیز یک استاندارد بدست آمد. بر این اساس مدل حاضر از نظر تعداد استانداردها، گستره موارد تحت پوشش و غنای محتوایی استانداردها از تمامی مدل‌ها اعتباربخشی موفق دنیا (و حتی مدل‌های مرجع خود یعنی آمریکا و کانادا) برتر و غنی‌تر می‌باشد. همچنین این مدل مانند مدل اعتباربخشی آمریکا و کانادا دارای اجزای ضروری استانداردها می‌باشد که این امر به معنی تکامل آن، سهولت شناخت آن برای ارزشیابی شونده و آموزش بهتر آن به ارزشیابی کننده می‌باشد. مدل نهایی طراحی شده محورهای ارزشمندی را شامل شده و استانداردهای توانمندی در این خصوص طراحی گردیده‌اند.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به حجم کاری بالای خبرگان و عدم دسترسی مناسب به آنان و همچنین فاصله مکانی زیاد بین پژوهشگران و غالب صاحب‌نظران، حجم بالای سئوالات پرسشنامه دور اول اشاره نمود که سبب پاسخ دهی دیرنگام یا عدم پاسخگویی بعضی از صاحب‌نظران به مطالعه می‌شد. به دلیل نوپا بودن مبحث اعتباربخشی در کشور و کمبود افراد با تجربه و دارای دانش کافی در این زمینه، پژوهشگران برای انتخاب افراد مشارکت‌کننده در پانل خبرگان دارای محدودیت بودند.

### نتیجه‌گیری

مدل نهایی طراحی شده دارای ۱۵ استاندارد به همراه بیانیه هدف و عناصر عینی قابل اندازه‌گیری برای آنها می‌باشد. این مدل، از حیث تعداد استانداردها، توجه به جنبه‌های مختلف مدیریت بحران و نیز از نظر برخوردار بودن از اجزای کامل برای استانداردها

در زمینه مدیریت بحران و استفاده از رویکرد چند بخشی، «شناسایی، ارزیابی و تعدیل خطرات ممکن توسط بیمارستان»، «حفظ ارتباطات اصلی بیمارستان در هنگام شرایط بحرانی و هماهنگی در فعالیت‌های اصلی»، «داشتن رویکردی مناسب برای بازگشت بیمارستان به شرایط عادی پس از بحران»، «بهبود مستمر کیفیت در فعالیت‌های مرتبط با مدیریت بحران» و ... خلاصه نمود.

مدل کمیسیون مشترک بین‌المللی (JCI)<sup>۱</sup> ایالات متحده علی‌رغم مطرح‌شدن به عنوان بهترین برای الگوبرداری، دارای ضعف‌ها و کاستی‌های مشهودی در زمینه مدیریت بحران بوده و تنها به اشارات مختصری به این مقوله در قالب یک استاندارد اکتفا نموده است. این مدل نیازمند توجه بیشتر به مدیریت بحران بوده و تعبیه استانداردهای وزین و کاربردی در ساختار استانداردهای خود می‌باشد (۱۲).

از میان تمامی مدل‌های اعتباربخشی مرجع، مدل اعتباربخشی کانادا دارای جامع‌ترین استانداردها در خصوص مدیریت بحران بوده و گستره وسیع و کاملی از موارد عملکردی را در این مبحث گنجانده است. به طوری که دارای ۱۳ استاندارد در این رابطه می‌باشد. بدون تردید، استفاده از این مدل در بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت منجر به بهبود آمادگی آنها در شرایط اضطراری خواهد شد که این امر لزوم استفاده و الگوبرداری سایر مدل‌های اعتباربخشی از این مدل را بر ما آشکار می‌کند (۱۲).

مدل‌های اعتباربخشی استرالیا و فرانسه نیز دارای نواقص عمده‌ای بوده و هر کدام تنها دارای یک مورد استاندارد در این خصوص می‌باشند، همچنین مدل‌های اعتباربخشی منطقه‌ای لبنان و مصر نیز که بر اساس بررسی متون و نیز تشابه خاص فرهنگی -

<sup>۱</sup>. Joint Commission international



کشور را مرتفع نموده و در جهت کارآمد و اثربخش کردن سیستم‌های سلامت کشورمان، گام بسیار مهمی بردارد.

### سپاسگذاری

در پایان، پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند که از همکاری صمیمانه خبرگان گرانقدر که علی‌رغم مشغله کاری و حجم بالای پرسشنامه دلفی، با سعه صدر پاسخگوی پرسشنامه مورد مطالعه بودند و همچنین از معاونت پژوهشی دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز که بودجه مورد نیاز این مطالعه را تأمین نموده‌است، کمال تشکر و قدردانی را بنمایند.

دارای وضعیت بسیار مطلوبی می‌باشد. این مدل پس از انجام مطالعه مقدماتی، اصلاح نهایی و فراهم شدن شرایط لازم برای اجرایی شدن، توانایی ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها را بخصوص از جنبه مدیریت بحران و آمادگی بیمارستان در شرایط اضطراری خواهد داشت.

پیشنهاد تیم پژوهشی، پایلوت به موقع این مدل و اجرایی شدن زود هنگام آن در سطح کشور می‌باشد تا فاصله تئوری و عمل (که از معضلات مدیریتی کشور و نظام سلامت ما می‌باشد) کوتاه شده و شاهد ارتقای عملکرد این بخش از نظام سلامت بخصوص بهبود مستمر کیفیت در آن باشیم. نظر به اهمیت روزافزون مقوله اعتباربخشی، مدل حاضر می‌تواند خلاء موجود در استانداردهای موجود در

جدول شماره ۱: مقایسه مدل‌های اعتباربخشی رایج براساس ۲۵ شاخص تعریف شده

مدلهای انگلستان	نام سازمان					شاخص ارزیاب
	QHNZ	ANAES	ACHS	CCHSA	JCAHO	
*	*	*	**	**	***	تأثیر بر بهبود کیفیت
*	*	*	*	**	***	تأثیر بر بهبود ایمنی
*	*	*	*	**	***	بهبود یکپارچگی مدیریت خدمات سلامت
					*	ایجاد بانک اطلاعاتی
-	-	-	-	-	*	ارائه مدل مخصوص فعالیت‌های بین‌المللی
*	*	*	*	*	***	ارائه مشاوره به سایر مدل‌های اعتباربخشی
*	*	*	*	**	***	تقویت اعتماد عمومی
*	*	*	*	**	***	تأکید بر کارایی و اثربخشی
*	*	*	*	**	***	ارائه نوآوری‌ها
*	*	*	*	**	***	تأثیر بر استانداردهای جهانی
*	*	*	*	*	***	توجه به حقوق بیمار و ایجاد محیط اخلاقی
*	*	*	*	*	***	توجه به مدیریت اطلاعات
*	*	*	**	***	***	قدمت سازمان
*	**	**	**	*	**	ارتباط موثر با ذی‌نفعان
**	**	**	**	**	**	گزارش دهی عمومی مناسب
		**	*	**	**	مناسب بودن از نظر شاخص AGIL
*	**	*	**	*	**	گسترده‌گی حیطه فعالیت
*	-	-	*	*	*	دارا بودن تأییدیه ISQua
*	-	-	-	*	*	دارا بودن انواع استانداردهای عملکردی
-	-	-	*	*	*	دارا بودن
						بیانیه هدف برای استانداردها
*	*	-	*	*	*	داوطلبانه بودن مدل
*	-	-	*	*	*	غیردولتی بودن مدل
					*	مناسب بودن برای سازمان‌های مختلف
*	*	*	*	**	***	بزرگی و توانمندی سازمان
					*	روند روبه رشد در فعالیت بین‌المللی مدل

جدول شماره ۲: پست تخصصی صاحب‌نظران شرکت کننده در مطالعه

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

## References

1. Nivolianitou Z, Synodinou B. *Towards emergency management of natural disasters and critical accidents: The Greek experience*. Journal of Environmental Management. 2011; 92:2657-65.
2. Sariago J. *CCATT: A Military Model for Civilian Disaster Management*. Disaster Management & Response. 2006; 4(4):114-7.
3. Jennings-Sanders A. *Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model*. Nurse Education in Practice. 2004; 4:69-76.
4. Baker D, Refsgaard K. *Institutional development and scale matching in disaster response management*. Ecological Economics. 2007; 63:337-43.
5. Al Khalailah MA, Bond E, Alasad JA. *Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management*. International Emergency Nursing. 2011; 1:1-10.
6. Olness K, Sinha M, Herran M, Cheren M, Pairojkul S. *Training of Health Care Professionals on the Special Needs of Children in the Management of Disasters: Experience in Asia, Africa, and Latin America*. Ambulatory Pediatrics. 2005; 5(4):244-8.
7. Fulmer T, Portelli I, Foltin GL, Zimmerman R, Chachkes E, Goldfrank LR. *Organization-based Incident Management: Developing a Disaster Volunteer Role on a University Campus*. Disaster Management & Response. 2007; 5(3):74-81.
8. Lipp M, Paschen H, Daublander M, Bickel-Pettrup R, Dick W. *Disaster management in hospitals*. Current Anesthesia and Critical Care. 1998; 9:78-85.
9. Tabrizi JS, Gharibi F, Wilson AJ. *Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Models*. Health Promotion Perspectives. 2011; 1(1):1-31.
10. 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(1):1-7.
11. Rooney AL, van Ostenberg PR. *Licensure, Accreditation and Certification: Approaches to Health Services Quality*. Center for Human Services (CHS); 1999.
12. Gharibi F, Tabrizi JS. *Design of national accreditation model on organizational performance & specialize clinics of hospital*. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2011. [In Persian]
13. Donahue KT, Van Ostenberg P. *Joint Commission International Accreditation: relationship of four models of evaluation*. International Journal for Quality in Health Care. 2000; 12(3):243-6.
14. Shaw CD. *Toolkit for accreditation programs*. Melbourne: International Society for Quality in Health Care (ISQua) 2004.
15. Emami Razavi S, Mohaqeq M. *Hospital accreditation standards*. Tehran: Markaze Nashre Sedaa; 2008. [Persian]
16. Tabrizi JS, Gharibi F. *Systematic review of health care accreditation models to Design of national model*. Kurdistan Journal. 2011; 16(3):95-109. [In Persian]
17. Hung HL, Altschuld JW, Lee YF. *Methodological and conceptual issues confronting a cross-country Delphi study of educational program evaluation*. Evaluation and Program Planning. 2008; 31:191-8.
18. Landeta J. *Current validity of the Delphi method in social sciences*. Technological Forecasting & Social Change. 2006; 73:467-82.
19. Keeney S, Hasson F, McKenna HP. *A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing*. International Journal of Nursing Studies. 2001; 38:195-200.
20. Zeigler VL, Decker-Walters B. *Determining Psychosocial Research Priorities for Adolescents with Implantable Cardioverter Defibrillators Using Delphi Methodology*. Journal of Cardiovascular Nursing. 2010; 25(5):398-404.
21. Culley JM. *Use of a Computer-Mediated Delphi Process to Validate a Mass Casualty Conceptual Model*. CIN: Computers, Informatics, Nursing. 2011; 29(5):272-9.

22. Marshall AP, Currey J, Aitken LM, Elliott D. *Key stakeholders' expectations of educational outcomes from Australian critical care nursing courses: A Delphi study*. Australian Critical Care. 2007; 20:89–99.
23. Cornick P. *Nitric oxide education survey e Use of a Delphi survey to produce guidelines for training neonatal nurses to work with inhaled nitric oxide*. Journal of Neonatal Nursing. 2009; 12:62-8.
24. Janssen PF, Brölmann HAM, Huirne JAF. *Recommendations to Prevent Urinary Tract Injuries during Laparoscopic Hysterectomy: A Systematic Delphi Procedure among Experts*. Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2011; 18:314–21.
25. Dahmena R, Vander Wildenc GJ, Lankhorst GJ, Boers M. *Delphi process yielded consensus on terminology and research agenda for therapeutic footwear for neuropathic foot*. Journal of Clinical Epidemiology. 2008; 61:819-26.
26. Efstathioua N, Ameenb J, Collic AM. *Healthcare providers' priorities for cancer care: A Delphi study in Greece*. European Journal of Oncology Nursing. 2007; 11:141–50.
27. Randic L, Carley S, Mackway-Jones K, Dunnc K. *Planning for major burns incidents in the UK using an accelerated Delphi technique*. Burns. 2002; 28:405–12.
28. Verhagen AP, de Vet HCW, de Bie RA, Kessels AGH, Boers M, Bouter LM, et al. *The Delphi List: A Criteria List for Quality Assessment of Randomized Clinical Trials for Conducting Systematic Reviews Developed by Delphi Consensus*. The Journal of Clinical Epidemiology. 1998; 51(12):1235–41.
29. Cox J, Halkett G, Anderson C, Heard R. *A Delphi study on research priorities in radiation therapy: The Australian perspective*. Radiography. 2010; 16:26-39.
30. Ferguson ND, Davis A, M, Slutsky AS, Stewart TE. *Development of a clinical definition for acute respiratory distress syndrome using the Delphi technique*. Journal of Critical Care. 2005; 20:1-47.54
31. Palter VN, McRae HM, and Grantcharov TP. *Development of an objective evaluation tool to assess technical skill in laparoscopic colorectal surgery: a Delphi methodology*. The American Journal of Surgery. 2011; 201:251–9.
32. Southard PB, Kumar S, Southard CA. *A Modified Delphi Methodology to Conduct a Failure Modes Effects Analysis: A Patient-Centric Effort in a Clinical Medical Laboratory*. Q Manage Health Care. 2011; 20(2):131–51.
33. Lee PP, Sultan MB, Grunden JW, Cioffi GA. *Assessing the Importance of IOP Variables in Glaucoma Using a Modified Delphi Process*. Glaucoma Journal. 2010; 19(5):281-7.