

الگوهای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه: یک مطالعه مرور سیستماتیک

سجاد دری کفرانی: کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، اصفهان، ایران - نویسنده رابط: s.2rri@yahoo.com

عاطفه ذوالفقارنسب: کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکده نوروفارماکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
فاطمه ترابی: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: همگام با گسترش نظام های سلامت، اهمیت مراقبت های بهداشتی اولیه به عنوان اساس یک نظام سلامت کارآمد بیشتر نمایان شده و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده در این سطح اهمیت بیشتری می یابد. در این راستا پژوهش حاضر سعی دارد تا الگوهای مورد استفاده جهت بهبود کیفیت مراقبت های اولیه بهداشتی را گردآوری نماید.

روش کار: این پژوهش در قالب مرور سیستماتیک انجام شده است. جست و جوی پیشرفته در پایگاه های اطلاعاتی Scopus, Embase, PubMed, Cochrane, SID, Magiran, IranDoc, Google Scholar, Web of Science و در فیلهای عنوان، چکیده و واژه های کلیدی انجام شد. معیارهای ورود مطالعه عبارت بودند از: داشتن نگرش جامع، تمرکز بر روی خدمات اولیه بهداشتی، زبان انگلیسی یا فارسی، منتشر شده در فاصله سال های ۲۰۰۶-۲۰۱۸. ارزیابی کیفیت مطالعات با استفاده از چک لیست Joanna Briggs Institute (JBI) انجام شد. دو پژوهشگر مستقل کار انتخاب مطالعات، استخراج داده ها و ارزیابی کیفیت مطالعات را انجام دادند و موارد اختلاف توسط پژوهشگر سوم برطرف شد.

نتایج: پس از غربالگری و بررسی معیارهای ورود ۱۰۰۹۵ مطالعه یافت شد، نهایتاً ۱۱ مطالعه وارد پژوهش شد. کیفیت ۴ مطالعه متوسط ارزیابی شده و مابقی از کیفیت بالایی برخوردار بودند. ۲ مورد از مطالعات الگوهایی را برای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه سلامت ارائه داده، ۳ مورد اثربخشی ابزارهای بهبود کیفیت را ارزیابی کرده و ۵ مورد نیز چارچوب های مفهومی را ارائه کرده بودند.

نتیجه گیری: در مجموع ۸ نوع سیستم برای ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی اولیه استخراج شد. مطالعات انجام شده پیرامون- مراقبت های اولیه بهداشتی در سطوح مختلف مراقبت فردی، حرفه ای، کاربردی و سیاست گذاری ملی مورد استفاده قرار گرفته است و مدل-ها، ابزارها و چارچوب های کاربردی را ارائه نموده که هر یک با توجه به محدودیت ها و امکانات ذکر شده می تواند بصورت جداگانه و یا ترکیبی برای موقعیت های مختلف مورد استفاده قرار گیرد و پیامدهای سلامت را بهبود بخشد.

واژگان کلیدی: مدل، الگو، بهبود کیفیت، مراقبت های اولیه بهداشتی

مقدمه

رقابتی مورد توجه قرار دهند، چرا که بهبود کیفیت خدمات و محصولات از یک سو موجب کاهش هزینه ها و افزایش بهره وری برای سازمان های ارائه دهنده شده و از سویی دیگر بهبود دسترسی به خدمات و محصولات را برای مشتریان بدنبال خواهد داشت. امر کنترل و ارتقای کیفیت

امروزه کیفیت به یکی از اصول مهم زندگی مردم تبدیل شده و اولویت اول بسیاری از افراد در هنگام خرید خدمات و محصولات بحساب می آید. چنین تمایلی به کیفیت سبب شده تا مدیران در سراسر جهان، کیفیت را به عنوان یک هدف استراتژیک برای دستیابی به یک مزیت

روش کار

استراتژی جست و جو: در این پژوهش مقالاتی که به بررسی کیفیت خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه پرداخته بودند، استخراج گردید. مطالعات با استفاده از پایگاه های اطلاعاتی Web of Science, Scopus, Embas, Pubmed, Cochrane, SID, Magiran, IranDoc, Google Scholar بازایی گردید که نسبت وسیعی از مجلات معتبر منتشر شده را نمایه می کنند. جست و جوی پیشرفته با استفاده از MeSH و Free Text واژه های Model, Pattern, Quality Improvement, Primary Health Care در فیلدهای عنوان، چکیده و واژه های کلیدی انجام شد (جدول ۱).

انتخاب مطالعات: دو پژوهشگر مستقل با توجه به معیارهای ورود و خروج، مطالعات را مورد ارزیابی قرار داده و مواردی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند را انتخاب نمودند. در مواردی که اختلاف نظر وجود داشت، با بحث و تبادل نظر توافق حاصل شد.

معیارهای ورود مطالعات: مطالعاتی که واجد این شرایط بودند وارد پژوهش شدند: متمرکز بر روی خدمات بهداشتی اولیه، داشتن نگرش جامع، زبان انگلیسی یا فارسی، منتشر شده در فاصله بین سال های ۲۰۱۸-۲۰۰۶، وجود امکان دسترسی به متن کامل مطالعه.

معیارهای خروج مطالعات: مطالعات متمرکز بر حوزه ی درمان از پژوهش خارج شدند. همچنین بعلت محدودیت منابع مالی، توان ترجمه مقالات غیرانگلیسی وجود نداشت و اینگونه مطالعات نیز وارد پژوهش نشدند.

استخراج داده ها: داده های پژوهش با استفاده از یک فرم استخراج داده استاندارد (جدول ۲) و توسط دو پژوهشگر، بصورت جداگانه استخراج شد. آیتم های استخراج شده توسط فرم استخراج داده شامل: اطلاعات کلی (عنوان، نویسندگان، مجله، سال انتشار، کشور)، هدف (طرح و رویکرد مطالعه)، روش کار (پیامدها، محیط انجام پژوهش)، یافته ها، نتیجه گیری، پیشنهادات و محدودیت های مطالعات بود. در مواردی که اختلاف نظر وجود داشت، مشکل با نظر پژوهشگر سوم برطرف گردید.

خدمات در نظام سلامت کمی دشوارتر از سایر حوزه ها می باشد زیرا این خدمات به طور همزمان تولید و مصرف می شوند و مشتری قبل از خرید و مصرف نمی تواند کیفیت را مورد قضاوت قرار دهد (۱).

با این اوصاف، در حوزه بهداشت و درمان به لحاظ سروکار داشتن با جان انسان ها و اهمیت نوع خدمات، مشخصاً اعتدالی کیفیت باید با درجه بیشتری از اهمیت نسبت به سایر حوزه ها مدنظر قرار بگیرد (۲). همگام با گسترش نظام های سلامت، اهمیت مراقبت های اولیه بهداشتی به عنوان اساس یک نظام سلامت کارآمد، بیشتر نمایان می گردد. از آنجا که همه افراد جامعه باید بتوانند به صورت عادلانه از ظرفیت های کامل سیستم بهداشتی استفاده کنند، اجرای راهبردهای مربوط به مراقبت های بهداشتی اولیه می تواند نقش اساسی در نظام سلامت در سطوح محلی، ملی و بین المللی ایفا کند (۳).

در حال حاضر، نظام مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) به عنوان یکی از جامع ترین سیستم های ارائه خدمات سلامت در بسیاری از کشورها مورد استفاده قرار گرفته است (۴). مراقبت های بهداشتی اولیه فرصت مناسبی را برای تشخیص بیماری ها در مراحل اولیه و پیشگیری در سطوح ثانویه ایجاد نموده است (۵-۷)، همچنین موجب کاهش میزان مراجعات غیرضروری به مراکز اورژانس و بیمارستان ها (۸،۹)، افزایش کارآمدی و کاهش هزینه ها (۱۰،۱۱) و بهبود سلامت و رفاه افراد مبتلا به بیماری های غیرواگیر شده است (۷). در عصر حاضر تلاش برای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه به سرعت افزایش یافته و منجر به ایجاد یک صنعت سلامت پویا با فضای رقابتی فزاینده شده است (۱۲). بنابراین با توجه به اهمیت ارائه ی خدمات مراقبت اولیه بهداشتی با کیفیت در راستای حفظ سلامت افراد در جوامع مختلف، پژوهش حاضر سعی دارد الگوهای موجود بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه را در قالب یک مرور ساختار یافته ارائه نماید.

کیفیت بالا داشتند (جدول ۳). ۴ مورد از مطالعات در استرالیا انجام شده و مابقی متعلق به سایر کشورها از جمله آمریکا و انگلیس می باشد. یک مورد از مطالعات ابزار SAT (۲۰) را جهت ارزیابی معرفی کرده و سه مطالعه (۱۷، ۱۸، ۲۱) هم ابزارهای بهبود کیفیت مانند ممیزی، بازخورد، ابزارهای الکترونیکی و پیگیری را بررسی کرده و تاثیرات آنها را سنجیده است. مابقی مطالعات (۱۶-۱۴، ۱۹، ۲۲-۲۴)، چارچوب های مفهومی و مدل های کاربردی مانند بهبود کیفیت مداوم (CQI) را برای ارتقای کیفیت مراقبت های اولیه سلامت ارائه کرده اند (جدول ۴).

مدل ها: دو مورد از مطالعات (۲۴، ۲۳) مدلی را برای بهبود کیفیت ارائه نموده اند. مدل بهبود کیفیت مستمر (۲۴) تنها ۱۰ الی ۲۰٪ از پیامدهای سلامت را ناشی از ارائه مراقبت های سلامت می داند، لذا با نگرشی سیستمی به بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه، تلاش دارد تا بمنظور بهبود عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر سلامت، ارتباطات افقی و عمودی دولت را با جامعه و سایر نهادها گسترش دهد. دسترسی به خدمات سلامت، مشارکت جامعه، بهبود کیفیت مستمر، نیروی کار ماهر و با فرهنگ، رویکرد انعطاف پذیر برای مراقبت، مراقبت بهداشتی جامع، خود مختاری و توانمندسازی به عنوان مشخصه های مدل بومی Harfield ذکر شده (۲۳) و فرهنگ بعنوان محوری ترین آیتم این مدل مطرح گردیده است. کیفیت هر دو مطالعه بالا بوده و اثرات و پیامدهای مثبتی برای مدل های مذکور گزارش شده است.

ابزارها: چهار مورد از مطالعات بر روی ابزارهای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه تمرکز داشته است (۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱). یکی از پژوهش ها با استفاده از روش دلفی مجموعه ای از ابزارها و منابع (۲۱ مورد) را برای بهبود مراقبت های بهداشتی اولیه ارائه می دهد (۲۱). ابزار SAT (۲۰) به منظور ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی اولیه بکار برده شده و نتایج استفاده از این ابزار توسط تیم های بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است. این ابزار دارای ۵ عنصر و ۲۰ آیتم است؛ طراحی سیستم ارائه

ارزیابی کیفیت مطالعات: از چک لیست JBI برای ارزیابی کیفیت مطالعات وارد شده استفاده شد (۱۳). هر سوال این چک لیست شامل چهار گزینه بلی، نامشخص، خیر و کاربرد ندارد می باشد. بر همین اساس، مطالعات پس از ارزیابی، در یکی از سطوح قوی (بیش از ۷۵٪ نمره را کسب کرده)، متوسط (بیش از ۵۰٪ نمره را کسب کرده) و ضعیف (کمتر از ۵۰٪ نمره را کسب کرده) دسته بندی شدند. به منظور شناسایی کلیه مدل های مرتبط با بهبود کیفیت مراقبت های اولیه بهداشتی، مطالعات تمامی سطوح، وارد پژوهش شدند.

تجزیه و تحلیل داده ها: پژوهش حاضر در قالب یک مرور ساختاریافته در تلاش است تا انواع مدل ها و چارچوب های مفهومی مورد استفاده برای بهبود کیفیت مراقبت های اولیه بهداشتی را شناسایی نماید. لذا تجزیه و تحلیل داده ها در طول مطالعه به صورت کیفی صورت گرفته است. در موارد لزوم نیز، آمارهای توصیفی ارائه شده است.

نتایج

انتخاب مطالعات: در مجموع ۱۰۰۹۵ مطالعه یافت شد که از این تعداد ۳۵۳۲ مورد بعلت تکراری بودن حذف گردید. در مرحله بعد عناوین مقالات مورد بررسی قرار گرفت و ۶۲۷۰ مورد بدلیل مرتبط نبودن عناوین از مطالعه خارج شد. در ادامه پس از بررسی چکیده مقالات منتخب، تعداد ۶۴ مطالعه باقی ماند که فایل تمام متن آنها مورد مطالعه قرار گرفت و نهایتاً ۱۱ مطالعه وارد پژوهش شد (شکل ۱). مقالات بررسی شده از نوع مقالات پژوهشی اصیل (Original article) و مقالات مروری (Review article) بودند. لازم به ذکر است که بسیاری از مطالعات یافت شده مربوط به حوزه ی درمان بوده و از پژوهش خارج شدند.

مشخصات کلی مطالعات وارد شده به پژوهش: در مجموع، ۱۱ مطالعه وارد پژوهش گردید که طی سال های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۸ منتشر شده اند. چهار مورد از مطالعات (۱۷-۱۴) نمره کیفیت متوسط گرفته و مابقی (۱۸-۲۴)

پروژه های سالانه بهبود و جلسات سالیانه سعی در ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی اولیه دارد. این چارچوب سه بسته پیشنهادی برای محیط های مختلف ارائه کرده است. مطالعه دیگر نیز (۱۶) چارچوبی را ارائه می دهد که مفاهیم کیفیت را با واقعیت مراقبت های بالینی در عرصه ادغام کرده و منجر به تمرکز فعالیت های بهبود کیفیت می گردد. tPCTs (۱۵) یک نگرش سازمانی یادگیرنده است که پیامدهای مثبتی چون بهبود کیفیت پاسخگویی، دسترسی، تناسب، عدالت، اثربخشی بالینی و هزینه اثربخشی را دنبال دارد. مطالعه Kates (۱۴) چارچوبی برای بهبود کیفیت مراقبت های سلامت ارائه می دهد که متشکل از سه عنصر اصلی: ۱-بیمار، خانواده و جامعه در مرکز ۲- شش شاخص کلیدی بهبود عملکرد مراقبت های اولیه و ۳- پیامدها می باشد. چارچوب مذکور می تواند ارائه دهندگان خدمات سلامت را در شناخت نیازهای بیمار، خانواده و جامعه یاری نماید. نهایتاً چارچوب SEIPS (۲۲) با استفاده از تکنیک نقشه برداری از فرآیندها، پیچیدگی ها و ارتباطات درونی جنبه های اجتماعی مراقبت های سلامت را تشریح می کند.

بحث

از بین مطالعات وارد شده، هشت نوع سیستم برای ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی اولیه سلامت استخراج شد که شامل دو مدل، پنج چارچوب مفهومی و ۵۳ ابزار بودند. هر چند مطالعات وارد شده اغلب از نوع مقطعی بودند ولی این مطالعات کیفیت بالایی داشتند. با عنایت به توزیع مطالعات بر اساس سال انتشار می توان دریافت که طی چند سال گذشته، تعداد مطالعات منتشر شده در این زمینه رو به افزایش بوده است. به نظر می رسد که در سال های اخیر، ارتقاء و بهبود مراقبت های اولیه بهداشتی به عنوان سازوکاری برای بهبود عدالت در نظام سلامت بسیاری از ملت ها تبدیل شده است (۲۵).

از بین مطالعات وارد شده، یک نوع از چارچوب ها، دو نوع از مدل ها و سه نوع از ابزارها، نتایج مثبتی را در سطوح مختلف مراقبت های اولیه سلامت گزارش کرده اند.

خدمات (۸ آیتم)، سیستم های اطلاعاتی و پشتیبان تصمیم (۳ آیتم)، تشویق و حمایت از خودمراقبتی (۲ آیتم)، ارتباط با جامعه، خدمات بهداشتی و سایر بخش ها (۴ آیتم)، نفوذ سازمانی (۳ آیتم). هر آیتم دارای ۱۱ نمره می باشد؛ نمره ۰-۲ (حمایت کم)، ۳-۵ (حمایت حداقلی)، ۶-۸ (حمایت خوب)، ۹-۱۱ (حمایت کامل). برنامه آموزشی MQI (۱۸) جهت ارتقای کیفیت خدمات سلامت در سطوح اولیه اجرا شده است و تاثیرات این برنامه توسط یک ابزار چهارسطحی (شامل واکنش، یادگیری، رفتار و پیامدها) اندازه گیری شده است. سطح اول واکنش، با استفاده از آیتم های؛ طول مدت آموزش فرد، فرمت آموزشی و میزان رضایت فرد، شرکت کنندگان در برنامه آموزشی را نسبت به آموزش های ارائه شده می سنجد. دومین سطح، میزان یادگیری را با توجه به آیتم های تغییر رفتار، ارتقای دانش و بهبود مهارت های افراد مورد ارزیابی قرار می دهد. در سطح سوم رفتارهایی بررسی می گردد که بواسطه آموزش های ارائه شده تغییر کرده اند و سطح چهارم نیز پیامدها را در قالب ارتقای کیفیت و بهره وری و کاهش هزینه ها اندازه گیری می نماید. کیفیت این سه مطالعه در سطح بالایی می باشد. Irwin و همکاران (۱۷) در قالب یک مرور سیستماتیک، اثربخشی ابزارهای مورد استفاده برای بهبود کیفیت مراقبت های اولیه را در سطوح عملیاتی ارزیابی کرده اند. این ابزارها به ۴ دسته تقسیم شده اند: ابزارهای مورد استفاده برای مداخلات تک بعدی، مداخلات چندگانه، مداخلات تجویزی (مداخلاتی که با وجود اهمیت بالا، پیچیدگی خاصی ندارند) و مداخلات سازمانی. البته سطح کیفیت این مطالعه متوسط ارزیابی شده است.

چارچوب ها: در مجموع پنج چارچوب مفهومی متفاوت از پنج مطالعه مختلف شناسایی شد (۲۲، ۱۹، ۱۶-۱۴) که از این تعداد دو مورد (۱۹، ۲۲) دارای کیفیت بالا و سه مورد (۱۶-۱۴) هم کیفیت متوسطی داشتند. استراتژی چندوجهی MTQES (۱۹) با استفاده از اعتباربخشی، گایدلاین های بالینی، شاخص های عملکرد، الگوبرداری،

از مشارکت های اجتماعی و توانمندسازی بیماران برای خودمراقبتی می باشد. با این وجود، نه در این مدل و نه در چارچوب ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت برای بیماری های مزمن (۲۷)، به مشخصه ی فرهنگ اشاره ای نشده است. این در حالی است که برخی از مطالعات، عقاید، آداب و رسوم و فرهنگ محلی را به عنوان مرکز و پایه و اساس سایر جنبه های ارائه خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی می دانند (۲۸). لذا استفاده از نیروهای بومی برای ارائه خدمات بهداشتی اولیه راهگشا می باشد چرا که این نیروها با شناخت خوبی که نسبت به ارزش های فرهنگی، آداب و رسوم و باورهای جامعه دارند می توانند خدمات بهداشتی اولیه را متناسب با این ارزش های فرهنگی ارائه نموده و دسترسی را برای افراد بومی تسهیل نمایند (۲۹) بنابراین وجه تمایز مدل ارائه شده توسط Harfield (۲۳) از سایر مدل های بهبود، محوریت فرهنگ می باشد. این مدل برای مناطق بومی پیشنهاد می گردد، چرا که ادعا شده می تواند متناسب با فرهنگ مناطق مختلف خدمات سلامت را بصورت جامع، قابل دسترس، جامعه محور و در سطوح وسیع ارائه نماید.

ابزارها مختلف معرفی شده در این مطالعه هر یک می تواند متناسب با بخشی از طیف وسیع بهبود کیفیت؛ از سطح سیستم تا سطح بیمار بکار برده شود. یکی از ابزارهای بهبود کیفیت مورد استفاده در سطوح سیستمی که نتایج خوبی در برداشته، آموزش و توانمندسازی افراد می باشد (۱۸). ابزار SAT برای ارزیابی موانع و تسهیل کننده های ارائه خدمات سلامت، راهنمایی جهت برنامه ریزی های بهبود کیفیت و ارزیابی پیشرفت در برنامه های بهبود مراقبت های سلامت مورد استفاده قرار گرفته است. این ابزار عمدتاً برای ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده در سومین مرحله از فرآیند بهبود کیفیت مستمر استفاده شده و از نتایج آن به عنوان مبنای تصمیم گیری در مراحل بعدی استفاده می گردد. همچنین، این ابزار چارچوبی را برای تیم های بهداشتی ایجاد می کند تا بتوانند عناصر موثر بر بهبود را در سازمان خود شناسایی و اولویت بندی کنند و

مدل های نظری ارائه شده، از نظر محتوا و متد با یکدیگر متفاوت می باشند و کاربر می تواند بهنگام استفاده، متناسب با هدف و موقعیت سازمانی خود، یکی از آنها را انتخاب نماید. این مدل ها همچنین می توانند محققین را یاری نمایند تا اثرات بلند مدت فرآیندهای ارائه مراقبت های سلامت را بهتر درک نمایند. با این وجود، بمنظور ادغام این مدل ها و چارچوب ها و ارائه یک مدل نظری جامع، پژوهش های بیشتری باید انجام شود.

یکی از مدل های ارائه شده (۲۴)، با نگرش بهبود کیفیت مستمر، ابزارهای تصمیم گیری و مسیرهای بازخوردی را برای ارائه مراقبت های اولیه فراهم می نماید که بوسیله آنها می توان مشکل پیچیدگی های اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و محیطی سیستم سلامت را برطرف نمود. با استفاده از این نگرش سیستمی می توان ارتباطات داخلی بین عناصر مختلف نظام مراقبت های اولیه و سایر سیستم های تاثیرگذار بر روی سلامت را شناسایی کرده و نحوه ی عملکرد آنها را به عنوان یک کل، بررسی نمود. همچنین این مدل می تواند فرآیند مشارکت درون بخشی در ارائه خدمات را مورد ارزیابی قرار داده و نقاط قوت و ضعف و فرصت ها را شناسایی نماید. بنابراین، توسعه چنین نگرش سیستمی برای بهبود کیفیت مستمر، می تواند پتانسیل ارتقای کیفیت و یکپارچگی در ارائه خدمات را افزایش داده و پیامدهای سلامت را بهبود بخشد. این مدل بصورت گسترده در نواحی مختلف استرالیا بکار برده شده است. وجود زیرساخت های داده ای و حمایت های فنی می تواند راندمان مدل مذکور را بالا ببرد. این مدل مناسب موقعیت هایی است که فرآیند تصمیم گیری دچار مشکل بوده و نیاز به بهبود مسیرهای بازخورد سیستم سلامت احساس می شود.

مطالعات مختلفی جهت شناسایی ویژگی های یک مدل بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه خوب انجام شده است. بعنوان مثال مدل مراقبت های مزمن (۲۶)، که تمرکز آن بر روی مراقبت های مبتنی بر شواهد، استفاده

بودن تکنیک های ارائه شده، کارایی و اثربخشی آنها کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، لذا پیشنهاد می گردد در مطالعات آتی هزینه اثربخشی تکنیک های مختلف در سطوح کشوری مورد مقایسه قرار گیرد.

پژوهش حاضر محدودیت های هم داشت؛ ممکن است مطالعات وارد شده در این پژوهش همه مدل های موجود را شناسایی نکرده باشد چرا که محدود به پایگاه های داده ای مورد اشاره بوده است. بعلاوه بعلت محدودیت منابع مالی فقط مطالعات انگلیسی و فارسی زبان به پژوهش وارد شده است.

نتیجه گیری

مطالعات انجام شده پیرامون مراقبت های بهداشتی اولیه در سطوح مختلف مراقبت فردی، حرفه ای، کاربردی و سیاست گذاری ملی مورد استفاده قرار گرفته است و مدل ها، ابزارها و چارچوب های کاربردی را ارائه نموده که اغلب آنها پیامدهای مثبتی را بدنبال داشته اند. اگر چه هنوز مدل نظری جامعی در این زمینه تدوین نشده است ولی هر یک از این مدل ها، ابزارها و چارچوب ها می تواند با توجه به محدودیت ها و امکانات ذکر شده بصورت جداگانه و یا ترکیبی برای موقعیت های مختلف مورد استفاده قرار گیرد و پیامدهای سلامت را بهبود بخشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات فراوان همکاران گرامی خویش که بنده را در این پژوهش یاری نموده اند کمال تشکر و قدردانی را به عمل می آورم. لازم بذکر است که پژوهش حاضر توسط هیچ سازمانی تامین مالی نشده است.

پیشرفت برنامه هایشان را تا رسیدن به اهداف تعیین شده پایش نمایند. بنابراین بنظر می رسد از این ابزار می توان برای توانمندسازی تیم های ارائه دهنده خدمات بهداشتی اولیه استفاده کرد. مطلوب ترین ابزارهای بهبود کیفیت از دید کاربران آنهایی هستند که راحت درک شوند، کاربری راحتی داشته و نیازی به آموزش های اضافی نداشته باشند. از جمله این ابزارهای کاربرپسند می توان اشاره کرد به ابزار هفت مرحله ای تحلیل رویدادها، مدیریت منابع NHS و PDSA (Plan, Do, Study, Act) (۲۱).

چارچوب های مفهومی ارائه شده در این پژوهش، هر یک به نوعی به تشریح رابطه ی بین ساختارها، فرآیندها و پیامدهای حوزه ی سلامت و همچنین ارتباط با سایر حوزه های اجتماعی می پردازند تا بدینوسیله بتوانند درک بهتر فعالیت های مرتبط با بهبود کیفیت را میسر نموده و منجر به بهبود کیفیت خدمات در سطوح اولیه گردند. بکارگیری این چارچوب ها در بسیاری از موارد نتایج مثبتی را بدنبال داشته است ولی جهت بکارگیری آنها باید به این نکته نیز توجه داشت که در بسیاری از موارد ممکن است به علت عدم تطابق فرهنگی با سیستم های مختلف ارائه دهنده خدمات بهداشتی اولیه، نتایج بکارگیری این چارچوب ها به سرعت نمایان نگردد. علی رغم اهمیت و مزیت های فراوان ارائه خدمات در سطوح اولیه مراقبت های سلامت نسبت به سطوح درمانی، مطالعات بسیار کمی به بررسی تکنیک های بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه پرداخته اند. بنابراین در پژوهش حاضر سعی بر آن بوده تا با نگاهی جامع، انواع مختلف تکنیک های بکار رفته برای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه شناسایی گردد. با این وجود بعلت جدید

جدول ۱- استراتژی جست و جو در پایگاه های داده: الگوهای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه

(یک مطالعه مرور سیستماتیک)

#1	conceptual	#24	"Quality Assurance"
#2	Model	#25	"Quality Control"
#3	pattern	#26	"Quality improvement"
#4	approach	#27	#24 or #25 or #26
#5	form	#28	"primary Health care"
#6	#2 or #3 or #4 or #5	#29	PHC
#7	servqual	#30	"Basic Health care"
#8	servperf	#31	"Public Health"
#9	serimperf	#32	"general Hygiene"
#10	Kano	#33	#28 or #29 or #30 or #31 or #32
#11	HOQ	#34	#1 and #6 and #33
#12	FMEA	#35	#23 and #6 and #33
#13	QFD	#36	#27 and #6 and #33
#14	ISO	#37	#34 or #35 or #36
#15	MBNQA		
#16	BSC		
#17	SPC		
#18	EFQM		
#19	"Total Quality Management"		
#20	TQM		
#21	"Continuous Quality Management"		
#22	"Six Sigma*"		
#23	#7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22		

جدول ۲- عناوین اطلاعات استخراج شده: مطالعه الگوهای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه (یک مطالعه مرور سیستماتیک)

<u>اطلاعات کلی</u>				
عنوان مقاله/کتاب	نویسنده اول مقاله	زبان مقاله	کشور	نویسنده مقاله
شماره مقاله	سال انتشار	نوع انتشار مقاله	نام مجله	
<u>مشخصات</u>				
هدف/ اهداف	طرح مطالعه	رویکرد مطالعه		
<u>روش کار</u>				
محیط پژوهش	روش گردآوری داده ها	روش نمونه گیری		
جامعه مورد مطالعه	روش تحلیل	تعداد نمونه		
شواهد تائید میزان قوی و علمی بودن روش مطالعه				
<u>یافته ها</u>				
یافته های مهم	نتیجه گیری	پیشنهادات	محدودیت های مطالعه	

جدول ۳- مشخصات کلی مطالعات وارد شده به پژوهش: الگوهای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه
(یک مطالعه مرور سیستماتیک)

نویسنده	سال	نوع مطالعه	کشور	نمره ارزیابی
McCalman et al.	۲۰۱۸	مقطعی	استرالیا	۳
Harfield et al.	۲۰۱۸	مرور ساختاریافته	استرالیا	۳
Wooldridge et al.	۲۰۱۷	مقطعی	آمریکا	۳
Upham et al.	۲۰۱۶	دلفی	استرالیا	۳
Cunningham et al.	۲۰۱۶	ترکیبی	استرالیا	۳
Irwin et al.	۲۰۱۵	مرور ساختاریافته	بریتانیا	۲
Saleh et al.	۲۰۱۴	مقطعی	بیروت	۳
Perera et al.	۲۰۱۳	مقطعی	نیوزلند	۲
Milne et al.	۲۰۱۲	مقطعی	بریتانیا	۲
Kates et al.	۲۰۱۲	مقطعی	انتاریو	۲
Riley et al.	۲۰۰۹	مقطعی	آمریکا	۳

۳: کیفیت بالا (کسب بیش از ۷۵٪ نمره)

۲: کیفیت متوسط (کسب بیش از ۵۰٪ نمره)

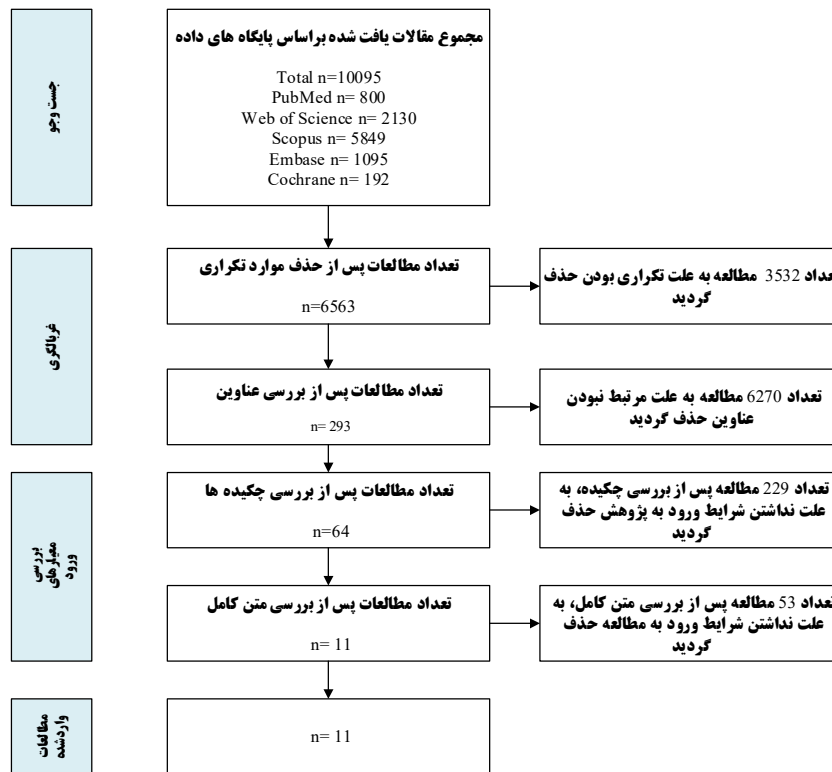
۱: کیفیت پایین (کسب کمتر از ۵۰٪ نمره)

جدول ۴- سیستم های ارزیابی و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی اولیه: الگوهای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه

(یک مطالعه مرور سیستماتیک)

عنوان	سبک	خلاصه مدل، ابزار ویا چارچوب	موقعیت	اثرات بکارگیری
Continuous Quality Improvement and Comprehensive Primary Health Care: A Systems Framework to Improve Service Quality and Health Outcomes	مدل	CQI - استفاده از روش بهبود مداوم کیفیت برای ارتقای کیفیت خدمات هفت شاخص: دسترسی به خدمات سلامت، مشارکت	مراقبت بهداشتی اولیه استرالیا	بهبود مراقبت های سلامت و پیامدهای سلامتی
Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: A systematic scoping review	مدل	جامعه، بهبود کیفیت مستمر، نیروی کار ماهر و بافرهنگ، رویکرد انعطاف پذیر برای مراقبت، مراقبت بهداشتی جامع و خودمختاری و توانمندسازی	مراقبت بهداشتی اولیه در مناطق بومی	اثرات مثبت هریک از شاخص ها در مطالعات وارد شده به اثبات رسیده
Leveraging quality improvement through use of the Systems Assessment Tool in Indigenous primary health care services: a mixed methods study	ابزار	بررسی مطلوبیت ابزار ارزیابی سیستم SAT	مراقبت های بهداشتی اولیه استرالیا	شمار زیادی از استفاده کنندگان از این ابزار مزایای کاربرد آن را ذکر کرده اند
A del phi study assessing the utility of quality improvement tools and resources in Australian primary care	ابزار	۲۱ ابزار و منبع برای بهبود خلاقانه کیفیت	مراقبت های بهداشتی اولیه	مجموعه ابزارهای پیشنهادی بکار برده نشده
Introducing quality improvement methods into local public health departments: structured evaluation of a statewide pilot project	ابزار	بررسی یک برنامه آموزشی با استفاده از چهار آئتم: عکس العمل افرادموردمطالعه، دانش، تمایل به ادامه مطالعه و پیامدهای اولیه	مراقبت های بهداشتی اولیه مینسوتا	سطح بالای رضایت از برنامه آموزشی، بهبود درک تکنیک های بهبود کیفیت، بهبود دانش درمورد تکنیک های بهبود کیفیت و افزایش تمایل به کاربرد تکنیک ها بهبود
Practice-level quality improvement interventions in primary care: a review of systematic reviews	ابزار	استفاده از ابزارهای ممیزی، بازخورد، ابزارهای الکترونیکی، پیگیری	سطوح عملیاتی مراقبت های بهداشتی اولیه	تأثیرات مثبت ابزارها بر بهبود کیفیت گزارش شده است
Beyond accreditation: A multi-track quality-enhancing strategy for primary health care in low- and middle-income countries	چارچوب مفهومی	استفاده از یک استراتژی چندوجهی MTQES برای بهبود کیفیت که عبارت است از: اعتباربخشی، گایدلاین های بالینی، شاخص های عملکرد، الگوپردازی، پروژه های سالانه	مراقبت های بهداشتی اولیه	پیامدها گزارش نشده ولی انتظار می رود با اجرای این چارچوب علاوه بر بهبود کیفیت، دسترسی به مراقبت های باکیفیت نیز بهبود یابد

			بهبود و جلسات سالیانه. این چارچوب سه بسته اجرایی را برای محیط های مختلف (بر حسب میزان آمادگی آنها برای بهبود کیفیت) ارائه کرده است.
Constructing a framework for quality activity in primary care	چارچوب مفهومی	چارچوبی که فعالیت های کاربردی را با طراحی کرده و نواحی درگیر در فرآیند ارزیابی کیفیت را نشان میدهد	پیامدها گزارش نشده ولی انتظار می رود چارچوب مورد اشاره بتواند فعالیت های بهبود کیفیت را متمرکز کند.
Improving the quality of primary care	چارچوب مفهومی	نگرشی سازمانی برای پیشرفت که برگرفته از تجارب tPCTs می باشد	بهبود کیفیت پاسخگویی، دسترسی، تناسب، عدالت، اثربخشی بالینی و هزینه اثربخشی با استفاده از یک نگرش سازمانی یادگیرنده پیامدی گزارش نشده ولی بیان شده که شش شاخص ذکر شده در مطالعه می تواند ارائه دهندگان خدمات سلامت را در شناخت نیازهای بیمار، خانواده و جامعه یاری کند
Framework for advancing improvement in primary care	چارچوب مفهومی	چارچوبی متشکل از سه عنصر اصلی: ۱-بیمار، خانواده و جامعه در مرکز ۲-شش شاخص کلیدی بهبود عملکرد مراقبت های اولیه ۳-پیامدها	پیامدها اندازه گیری نشده است ولی انتظار می رود نقاط قوت و ضعف شناسایی شده از فرآیندها بتواند نتایج مثبتی بدنبال داشته باشد
SEIPS-based process modeling in primary care	چارچوب مفهومی	SEIPS با استفاده از تکنیک نقشه برداری از فرایندها، پیچیدگی ها و ارتباطات درونی جنبه های اجتماعی مراقبت های سلامت را تشریح می کند.	سه کلینیک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی اولیه



شکل ۱- روند استخراج مطالعات: الگوهای بهبود کیفیت مراقبت های بهداشتی اولیه (یک مطالعه مرور سیستماتیک)

References

1. Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: towards a broad definition. *International journal of health care quality assurance*. 2013; 26(3):203-19.
2. Safi M-H, Fereydounfar A-A, Arshi S. Quality of Primary Health Services in the Clinics of Shomal Health Center of Tehran 2015. 2015;1(1):54-62.
3. McPherson C, McGibbon E. Rural interprofessional primary health care team development and sustainability: Establishing a research agenda. *Primary Health Care Research & Development*. 2010;11(4):301-14.
4. Adepoju O, Opafunso Z, Ajayi M. Primary Health Care in South West Nigeria: Evaluating service quality and patients' satisfaction. *African Journal of Science, Technology, Innovation and Development*. 2018;10(1):13-9.
5. Ferrante JM, Gonzalez EC, Pal N, Roetzheim RG. Effects of physician supply on early detection of breast cancer. *The Journal of the American Board of Family Practice*. 2000;13(6):408-14.
6. Roetzheim RG, Pal N, Van Durme DJ, Wathington D, Ferrante JM, Gonzalez EC, et al. Increasing supplies of dermatologists and family physicians are associated with earlier stage of melanoma detection. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000;43(2):211-8.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *J The milbank quarterly*. 2005;83(3):457-502.
8. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four Medicaid demonstration programs. *J American Journal of Public Health*. 1989;79(7):843-6.
9. Spann SJ. Report on financing the new model of family medicine. *J The*

- Annals of Family Medicine. 2004;2(3):S1-S21.
10. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *J The Annals of Family Medicine*. 2003;1(3):144-8.
 11. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *J Annals of internal medicine*. 2005;142(8):691-9.
 12. Wanjau KN, Muiruri BW, Ayodo E. Factors affecting provision of service quality in the public health sector: A case of Kenyatta national hospital. *International Journal of Humanities and Social Science*. 2012;2(13):114-25.
 13. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey C, Holly C, Kahlil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):132-40.
 14. Kates N, Hutchison B, O'Brien P, Fraser B, Wheeler S, Chapman C. Framework for advancing improvement in primary care. *Healthcare Papers*. 2012;12(2):8-21.
 15. Milne P, Coyne AM, Pilgrim D. Improving the quality of primary care. *Quality in Primary Care*. 2012;20(6):435-42.
 16. Perera GAR, Dowell AC, Morris CJ. Constructing a framework for quality activity in primary care. *Australian Health Review*. 2013;37(1):98-103.
 17. Irwin R, Stokes T, Marshall T. Practice-level quality improvement interventions in primary care: a review of systematic reviews. *Primary health care research & development*. 2015;16(6):77-556.
 18. Riley W, Parsons H, McCoy K, Burns D, Anderson D, Lee S, et al. Introducing quality improvement methods into local public health departments: structured evaluation of a statewide pilot project. *Health services research*. 2009;44(5 Pt 2):79-1863.
 19. Saleh SS, Alameddine MS, Natafqi NM. Beyond accreditation: A multi-track quality-enhancing strategy for primary health care in low- and middle-income countries. *International Journal of Health Services*. 2014;44(2):355-72.
 20. Cunningham FC, Ferguson-Hill S, Matthews V, Bailie R. Leveraging quality improvement through use of the Systems Assessment Tool in Indigenous primary health care services: a mixed methods study. *BMC health services research*. 2016;16(1):583.
 21. Upham SJ, Janamian T, Crossland L, Jackson CL. A delphi study assessing the utility of quality improvement tools and resources in Australian primary care. *Medical Journal of Australia*. 2016;204(7):S29-S37.
 22. Wooldridge AR, Carayon P, Hundt AS, Hoonakker PLT. SEIPS-based process modeling in primary care. *Applied Ergonomics*. 2017;60:240-54.
 23. Harfield SG, Davy C, McArthur A, Munn Z, Brown A, Brown N. Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: A systematic scoping review. *Globalization and Health*. 2018;14(1):1-12.
 24. McCalman J, Bailie R, Bainbridge R, McPhail-Bell K, Percival N, Askew D, et al. Continuous Quality Improvement and Comprehensive Primary Health Care: A Systems Framework to Improve Service Quality and Health Outcomes. *Front Public Health*. 2018;6(1):1-6.
 25. Lerberghe WV. The world health report 2008: primary health care: now more than ever [Internet]. switzerland: World Health Organization; 2008 [cited 2018 october 22]. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en>.
 26. Wagner EH, Austin BT, Korff MV. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*. 1996;74(4):511-44.

27. Pruitt S, Epping-Jordan J. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
28. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet*. 2009;374(9683):65-75.
29. McGrath PD, Patton MAS, Ogilvie KF, Rayner RD. The case for Aboriginal health workers in palliative care. *Australian Health Review*. 2007;31(3):430-9.

Primary Health Care Quality Improvement Patterns: A Systematic Review Study

Dorri Kafrani S: MSc. Student, Department of Health Care Management, School of Management of Information, University of Iran Medical Sciences, Isfahan, Iran- Corresponding Author: s.2rri@yahoo.com

Zolfagharnasab A: MSc. Student, Neuroscience Research Center, Neuropharmacology Institute, Kerman, Iran

Torabi F: MSc. Student, Department of Medical Library and Information Sciences, School of Management of Information, University of Iran Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Oct 30, 2018

Accepted: Mar 10, 2019

ABSTRACT

Background and Aim: Along with the expansion of health systems, the importance of primary health care as the basis of an efficient health system is more evident and the quality of the provided services at this level becomes more important. In this way, the present study attempts to collect patterns used to improve the quality of primary health care.

Materials and Methods: The present study is a systematic review. The advanced search was done in the Web of Science, Scopus, Embase, PubMed, Cochrane, SID, MagIran, IranDoc, and Google Scholar databases in title, abstracts and keywords fields. Inclusion criteria include a comprehensive attitude, focus on primary health services, English or Persian language, published between 2006 and 2018. Exclusion criteria include studies that focus outside of primary health care. The quality of the studies was evaluated using the JBI checklist. Two independent researchers conducted the task of selecting studies, extracting data and evaluating the quality of studies, and disagreement cases were resolved by the third researcher.

Results: After screening and reviewing the criteria for the entry of 10095 studies, 11 studies were finally included. The quality of the four studies was evaluated average and the rest of the quality was high. Two studies have provided patterns for improving the quality of primary health care, three evaluated the effectiveness of quality improvement tools, and five presented conceptual frameworks.

Conclusion: A total of eight types of systems extracted to assess and improve the quality of primary health services. Studies on primary health care have been used at various levels of personal, professional, practical and national policy, and have developed models, tools and frameworks that each of them can be used separately or combined for different situations with regard to the limitations and facilities mentioned and improve health outcomes.

Keywords: Model, Pattern, Quality Improvement, Primary Health Care