

Investigating the challenges of physicians' participation in accreditation programs from the perspective of physicians in public hospitals

Hosein Ebrahimipour

Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Department of Health Management and Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences

Elahe Hooshmand

Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Department of Health Management and Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences

Mehdi Varmaghani

Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Department of Health Management and Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences

Javad Javan-Noughabi

Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Department of Health Management and Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences

Seyyed Morteza Mojtabaiean

* Department of Health Management and Economics, School of Health, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences. (Corresponding Author) : mojtabaieanm971@mums.ac.ir

Received: 2021/09/10

Accepted: 2021/11/6

Doi: 10.52547/ijhehp.9.4.383

ABSTRACT

Background and Objective: Due to the increasing pressure on hospitals to increase the quality of services, the need for physicians to participate in quality improvement programs, especially hospital accreditation, has become more important. Therefore, the present study was conducted to determine the challenges of physicians' participation in accreditation programs in Mashhad city, eastern Iran

Materials and Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted in 1399 using a questionnaire in 12 hospitals in the east of the country that performed accreditation. This questionnaire examined the challenges of physicians' participation in accreditation programs in hospitals. Finally, 445 physicians participated in the study and the participation rate was reported to be about 24%. Data analysis was performed at two levels of descriptive and inferential statistics using STATA V.14.

Results: The findings of the present study showed that among the challenges of physicians' participation in accreditation programs in hospitals, the strongest challenge from the perspective of physicians is related to the dimensions of effective communication (4.05 ± 0.74) and the empowering physicians about accreditation and quality improvement (3.89 ± 0.59). Also, the weakest of them was related to the dimension of ambiguity in role (0.96 ± 2.86). Among the studied challenges, only the score of patient demand dimension showed a statistically significant difference between different medical specialties ($p < 0.05$).

Conclusion: The implementation of this program can be improved through Culture building, proper accreditation training and quality improvement activities in the medical community helped to implements.

Keywords: Hospital, accreditation, quality improvement, Physicians

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Ebrahimipour H, Hooshmand E, Varmaghani M, Javan-Noughabi J, Mojtabaiean M. Investigating the challenges of physicians' participation in accreditation programs from the perspective of physicians in public hospitals. *Iran J Health Educ Health Promot.* Winter 2022;9(4): 383-397.

► **Citation (APA):** Ebrahimipour H., Hooshmand E., Varmaghani M., Javan-Noughabi J., Mojtabaiean M. (Winter 2022). Investigating the challenges of physicians' participation in accreditation programs from the perspective of physicians in public hospitals. *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 9(4), 383-397.

بررسی چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی از دیدگاه پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی

حسین ابراهیمی پور

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت،
دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد،
ایران.

گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت،
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

الهه هوشمند

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت،
دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد،
ایران.

گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت،
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مهدی ورمقانی

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت،
دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد،
ایران.

گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت،
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

جواد جوان نوقایی

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت،
دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد،
ایران.

گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت،
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

سید مرتضی مجتبیان

* گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت،
کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی
مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسؤول):
mojtabaeianm971@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به فشار فزاینده بر روی بیمارستان‌ها برای افزایش بهبود کیفیت خدمات، نیاز به مشارکت پزشکان در برنامه‌های بهبود کیفیت، به ویژه اعتباربخشی بیمارستان، اهمیت بیشتری پیدا کرده است. لذا مطالعه حاضر برای تعیین چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی در شهر مشهد در شرق ایران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۹ با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد در بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد در شرق کشور که اعتباربخشی را اجرا کردند، انجام شد. این پرسشنامه به بررسی چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی در بیمارستانها پرداخت. در نهایت ۴۴۵ نفر از پزشکان در مطالعه شرکت کردند. تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار STATA نسخه ۱۴ انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که در بین چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌ها، قوی‌ترین چالش‌ها از دیدگاه پزشکان به ترتیب مربوط به ابعاد ارتباط اثربخش ($4/05 \pm 0/74$) و توانمند سازی پزشکان در زمینه اعتباربخشی و بهبود کیفیت ($3/89 \pm 0/59$) می‌باشد. همچنین بعد ابهام در نقش با امتیاز $2/86 \pm 0/96$ بعنوان ضعیف تر چالش شناخته شد. در بین چالش‌های مورد بررسی، تنها نمره بعد مطالبه گری بیمار در بین تخصص‌های مختلف پزشکی تفاوت آماری معنی داری نشان داد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: افزایش در مشارکت پزشکان در فعالیت‌های اعتباربخشی را می‌توان از طریق فرهنگ سازی، برنامه‌ریزی و فراهم کردن مقدمات برای اجرای درست اعتباربخشی برای پزشکان و آموزش فعالیت‌های بهبود کیفیت در جامعه پزشکی که به اجرای آن کمک می‌کند، بهبود بخشید.

کلیدواژه: بیمارستان، اعتباربخشی، بهبود کیفیت، پزشکان
نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

◀ **استناد (ونکاور):** ابراهیمی پور ح، هوشمند ا، ورمقانی م، جوان نوقایی ج، مجتبیان م. بررسی چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی از دیدگاه پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۴۰۰؛ ۹(۴): ۳۸۳-۳۹۷.

◀ **استناد (APA):** ابراهیمی پور، حسین؛ هوشمند، الهه؛ ورمقانی، مهدی؛ جوان نوقایی، جواد؛ مجتبیان، سید مرتضی. (زمستان ۱۴۰۰). بررسی چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی از دیدگاه پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*، ۹(۴): ۳۸۳-۳۹۷.

همه‌ی سازمان‌ها به منظور رقابت در محیط و نیز برای بقای خود به دنبال کیفیت ارائه خدمات هستند. سازمانهای بهداشتی و درمانی نیز از این امر مستثنی نیستند. در بخش خدمات بهداشتی موضوع کیفیت جایگاه ویژه‌ای دارد، زیرا وظیفه و رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه بر عهده این بخش است. از سوی دیگر، ماهیت ویژه خدمات پزشکی و نداشتن تخصص ارباب رجوع در ارزیابی این خدمات باعث میشود حتی یک اشتباه در درمان بیماران، پیامدهای بسیار جدی و هزینه‌ی گزافی را به آنها تحمیل کند (۱). یکی از روش‌های بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، اعتباربخشی است. در واقع اعتباربخشی به معنای فرآیند کنترل و ارزشیابی پیشبرد برنامه یک موسسه یا اثربخشی پیشرفت بر اساس معیارهای از قبل تعیین شده و استاندارد می‌باشد و جهت استقرار این استانداردها در بیمارستان‌ها نیاز به تمهیدات و صرف نیروی زیادی می‌باشد (۲). مشارکت پزشکان و رهبری بالینی در استراتژی‌های سازمانی برای بهبود کیفیت، یک پیش شرط ضروری برای ارائه مراقبت‌های ایمن و با کیفیت بالا است. زیرا پزشکان نقش اصلی را در مدیریت بالینی بیماران در درون سیستم مراقبت بهداشتی ایفا می‌کنند (۳). در نتیجه بسیاری از بیمارستان‌ها تعامل پزشک را به عنوان یک اولویت استراتژیک برتر پذیرفته‌اند. پزشکان باید در فعالیت‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی شرکت کنند تا سیستم‌های ایمن تری داشته باشیم و شواهد پیشین نشان می‌دهد که ایمنی و بهبود کیفیت زمانی که پزشکان مشغول و متعهد به سیستم هستند، بالاتر است (۴). پزشک‌انی که در فعالیت‌های کیفیت و ایمنی فعالیت می‌کنند، به عنوان یک رهبر، قادر به تمرکز بر نتایج بیمار و الهام بخشیدن به همکاران برای بهبود مراقبت بیماران هستند (۴).

با این حال، یکی از موانع موفقیت بیشتر در برنامه‌های اعتباربخشی و بهبود کیفیت ممکن است عدم استفاده از مهارت‌های پزشک باشد. برنامه‌های آموزش پزشکان تقریباً به طور کامل بر روی دانش و مهارت برای مدیریت مشکلات بالینی تمرکز می‌کنند و تقریباً هیچ

آموزشی در مهارت‌های مرتبط با مدیریت خدمات بهداشتی و یا اعتباربخشی و بهبود کیفیت مؤثر وجود ندارد (۵-۷). در مطالعه‌ی ای در سال ۲۰۱۴ بر روی پزشکان بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان عنوان شد که بسیاری از مشکلات عدم مشارکت پزشکان در برنامه‌های حاکمیت بالینی را می‌توان با آموزش مناسب آنها، ایجاد انگیزه مناسب و تسهیل مشارکت آتی آنها برطرف نمود. البته هر کدام از این راهکارها نیازمند در نظر گرفتن شرایط خاص منطقه و بیمارستان مورد نظر دارد (۸). در مطالعه‌ی ای در سال ۲۰۱۵ در میان کارکنان بهبود کیفیت بیمارستان‌های انگلستان، مسئولیت حرفه‌ای پزشکان برای انجام هر دو نقش مستقیم مراقبت بالینی و کمک به بهبود کیفیت خدمات به وضوح شرح داده شده است. چندین طرح وجود دارد که پزشکان جوان را در تعامل و آموزش در بهبود کیفیت هدف قرار داده‌اند و موفق بوده‌اند (۹). مطالعه‌ی دیگری که در بین متخصصین حوزه بهبود کیفیت دانمارک انجام شد، چالش‌ها، نقش و نگرانی‌های پزشکان در مورد چگونگی اجرای حاکمیت بالینی را توضیح داده است. در این مطالعه بیان شد که مقاومت پزشکان در برابر فرایندهای بهبود کیفیت، در همه کشورها و سیستم‌های بهداشت عمومی رایج است (۱۰). در حالی که بسیاری از سازمان‌ها معتقدند که مشارکت پزشک در کیفیت و ایمنی مهم است، تعریف، اندازه‌گیری و بهبود آن را به درستی بیان نکرده‌اند. این مانع نشان دهنده یک چالش مهم برای رهبران نظام سلامت است که در تلاش برای دستیابی به بهبود مؤثر در مراقبت از بیماران هستند (۱۱). بنابراین با توجه به نقش حائز اهمیت فرایندهای اعتباربخشی در بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و نقش قابل توجه پزشکان در این فرایند و نیز با توجه به اینکه به نظر می‌رسد تاکنون مطالعه‌ای در ایران به چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی نپرداخته است، مطالعه حاضر با هدف بررسی چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد در شرق ایران انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر، یک پژوهش کمی (توصیفی-تحلیلی) است که در سال ۱۳۹۹ در بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد انجام گرفته است. جامعه پژوهش کلیه پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد بود. در این مطالعه دوازده بیمارستان دولتی شهر مشهد مورد مطالعه قرار گرفته اند که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. معیار ورود پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد بود. پزشکانی که در بیمارستان‌های خصوصی فعالیت داشتند و پزشکانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند شامل معیار خروج از مطالعه بودند. در این مطالعه، پزشکان در ۴ گروه دسته بندی شد. گروه اول شامل پزشکان عمومی، گروه دوم شامل پزشکان متخصص اطفال و متخصصان مغز و اعصاب، روانپزشکان، دسته سوم شامل پزشکان متخصص جراح (جراحان عمومی، فوق تخصصهای جراحی، متخصص زنان و زایمان) و دسته چهارم شامل سایر تخصص‌های پزشکی بود. دسته بندی پزشکان بر اساس مطالعات پیشین انجام شده است (۱۲). در این مطالعه بر اساس روش نمونه گیری سر شماری پس از اخذ کد اخلاق و کسب مجوزهای لازم بر اساس دسته بندی پزشکان ایمیل سازمانی و شماره تلفن تمام پزشکان شاغل از معاونت درمان دریافت گردید و پرسشنامه طراحی شده از طریق ایمیل یا واتسپ دانشگاهی برای تمام پزشکان ارسال شد، همچنین دو ایمیل یا پیام واتسپ به فاصله ده روز جهت یادآوری برای پزشکان ارسال شد. عدم پاسخ آن ها پس از ارسال این ایمیل ها و پیام ها به منزله عدم مشارکت آن ها در مطالعه بود. در نهایت ۴۴۵ نفر از پزشکان در مطالعه شرکت کردند و نرخ مشارکت در حدود ۲۴ درصد گزارش گردید (تعداد کل پزشکانی که ایمیل و شماره تلفن آن ها به طور صحیح در معاونت درمان موجود بود، حدود ۱۸۰۰ نفر هستند).

ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه چالش‌های مشارکت پزشکان در اعتباربخشی می‌باشد که روایی صوری و محتوایی آن در مطالعه ای که توسط ابراهیمی پور و همکاران انجام شده است توسط اساتید و صاحب نظران مدیریت و اقتصاد سلامت و پزشکان مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی ابزار (پرسشنامه) نیز در مطالعه

ابراهیمی پور و همکاران با استفاده از آزمون آلفا کرونباخ (۰/۸۲) مورد تأیید قرار گرفته است (۱۲).

پرسشنامه مشتمل بر ۲ بخش بود که بخش اول حاوی اطلاعات دموگرافیک (۸ سؤال) و بخش دوم شامل ۳۸ سؤال اختصاصی در ۱۲ بعد بود.

۱. بعد انگیزش: شامل ۵ سؤال درباره مشوق‌های مالی و غیرمالی پزشک برای مشارکت در برنامه‌های اعتباربخشی
۲. بعد حجم بالای کار: شامل ۲ سؤال درباره نقش حجم کار پزشک در مشارکت یا عدم مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی
۳. بعد مطالبه گری بیمار: شامل ۲ سؤال در مورد نقش مطالبه گر بودن بیماران در مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی
۴. بعد درک نقش واحد مدیریت کیفیت: شامل ۴ سؤال درباره اهمیت واحد مدیریت کیفیت و میزان آگاهی پزشکان از نقش این واحد
۵. بعد ابهام در نقش: شامل ۲ سؤال درباره نقش چندشغله بودن و اشتغال پزشک در چندین بیمارستان در عدم مشارکت در برنامه‌های اعتباربخشی
۶. بعد عدم اطمینان به نحوه مشارکت: شامل ۴ سؤال درباره نقش عدم اطمینان پزشکان نسبت به آینده اعتباربخشی در عدم مشارکت در برنامه‌های اعتباربخشی
۷. بعد غیر واقعی بودن اعتباربخشی: شامل ۴ سؤال در مورد نقش عواملی مانند مطابقت سنج‌های اعتباربخشی با واقعیت و نقش رفتار ارزیاب در مشارکت یا عدم مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی
۸. بعد ماهیت اعتباربخشی: شامل ۸ سؤال در مورد نقش ماهیت تیمی، اجباری، رقابتی، آزمون گونه و دوره ای بودن فرایند اعتباربخشی در مشارکت یا عدم مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی
۹. بعد اطمینان متقابل و نظام ارزیابی: شامل ۲ سؤال در مورد سیستم‌های نظارتی بر مشارکت پزشکان در فرایندهای اعتباربخشی

هیئت علمی دانشگاه و ۵۴٪ غیر هیئت علمی بودند، بیشترین افراد شرکت کننده از بیمارستان امام رضا مشهد بودند (۳۳٪). ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی پزشکان شرکت کننده در مطالعه

مشخصات	تعداد (درصد)
سن	زیر ۴۰ سال (۳۸)۱۶۹
	۴۰ تا ۶۰ سال (۵۹)۲۶۳
	بالای ۶۰ سال (۳)۱۳
جنس	مرد (۵۲)۲۳۱
	زن (۴۸)۲۱۴
	پست سازمانی (مرتبه دانشگاهی)
پست سازمانی (مرتبه دانشگاهی)	هیئت علمی (۴۶)۲۰۴
	غیر هیئت علمی (۵۴)۲۴۱
	امام رضا (۳۳)۱۴۸
بیمارستان محل خدمت	قائم (۲۵)۱۱۲
	علوی (۲،۲۵)۱۰
	کامیاب (۳)۱۳
بیمارستان محل خدمت	اکبر (۶) ۲۷
	هاشمی نژاد (۳/۱۵) ۱۴
	شریعتی (۲/۴۷)۱۱
بیمارستان محل خدمت	دکتر شیخ (۲)۹
	خاتم (۱/۸)۸
	ام البنین (۱/۱۲) ۵
بیمارستان محل خدمت	ابن سینا (۲/۲۵)۱۰
	سایر (۱۷/۵۳)۷۸

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۲، پزشکان با تخصص عمومی با ۳۱٪، جراحی با ۱۹٪، غیر جراحی با ۱۶٪ و سایر تخصص‌ها با ۳۳٪ در این طرح شرکت کردند، بیشترین سابقه کاری شرکت در اعتباربخشی و فعالیت‌های بهبود کیفیت در رده بین ۱ تا ۱۰ سال سابقه کاری بود، حدود ۳۳٪ از پزشکان فقط در یک بیمارستان فعالیت می‌کردند و ۶۶٪ در چند بیمارستان فعالیت داشتند و تنها ۷٪ از پزشکان علاوه بر شغل پزشکی در حرفه‌ی دیگری مشغول به کار بودند (جدول ۲).

۱۰. توانمند سازی پزشکان در زمینه اعتباربخشی و بهبود کیفیت: شامل ۳ سؤال درمورد عدم آموزش در دوران تحصیل و دوره‌های بازآموزی در مورد اعتباربخشی و نیز درباره اثربخشی این آزمون‌ها

۱۱. ارتباط اثربخش (۱ سؤال) درباره نقش ارتباط پزشکان با مدیران ارشد بیمارستان در مشارکت پزشکان در فرایندهای اعتباربخشی

۱۲. محدودیت منابع (۱ سؤال) در مورد نقش وجود محدودیت منابع مالی بر مشارکت پزشکان در فرایندهای اعتباربخشی
سؤالات اختصاصی پرسشنامه در رابطه با چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (بسیار موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و بسیار مخالفم) به ترتیب نمره‌گذاری ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد. وجود چالش‌ها با نمرات ۱-۲/۳۰-۳/۳۱، ضعیف، ۳/۶۵-۲/۳۱ متوسط و ۳/۶۶-۵-۳ قوی قلمداد شد (۱۲).

برای تحلیل داده‌ها، آمار توصیفی مشتمل بر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون کای دو، از نرم افزار STATA نسخه ۱۴ استفاده شد.

در این مطالعه به منظور رعایت مسائل اخلاقی سعی شد پس از جلب رضایت و موافقت افراد از آنها درخواست شود نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمایند، در ضمن کلیه تضمین‌های الزم به منظور اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه انجام گرفت (برای تکمیل پرسشنامه نیازی به ذکر نام نبود). این پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی در کمیته سازمانی اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد IR.MUMS.REC.1398.263 مورد بررسی و تصویب قرار گرفت.

یافته‌ها

جمعیت مورد مطالعه شامل ۴۴۵ پزشک بودند که ۵۲٪ (۲۳۱ نفر) مرد و ۴۸٪ از پزشکان (۲۱۴ نفر) زن بودند، بیشترین افراد شرکت کننده در مطالعه در رده سنی ۴۰ تا ۶۰ سال بودند، ۴۶٪ از پزشکان عضو

جدول ۲: فراوانی پزشکان از نظر سطح تخصص، سابقه کاری در اعتباربخشی، یک یا چند بیمارستانه و شغله بودن پزشک

مشخصات	تعداد (درصد)
سطح تخصص	عمومی ۱۴۰ (۳۱/۴۶)
	جراحی ۸۵ (۱۹/۱۰)
	غیر جراحی ۷۴ (۱۶/۶۳)
	سایر تخصص ها ۱۴۶ (۳۳)
سابقه کاری در اعتباربخشی و فعالیت‌های بهبود کیفیت	بدون سابقه کاری ۱۹۶ (۴۴)
	بین ۱ تا ۱۰ سال سابقه کاری ۲۰۵ (۴۶)
	بالای ۱۰ سال سابقه کاری ۴۴ (۱۰)
اشتغال پزشک در یک یا بیش از یک بیمارستان	فقط در یک بیمارستان فعالیت می‌کند ۱۵۰ (۳۳/۷۱)
	در چند بیمارستان فعالیت می‌کند ۲۹۵ (۶۶/۲۹)
	فقط پزشک هست ۴۱۲ (۹۳)
یک یا چند شغله بودن علاوه بر شغل پزشکی کار پزشک	دیگری (غیر بالینی) هم انجام میدهد ۳۳ (۷)

در جدول ۳ نتایج آزمون کای دو در متغیرهای کیفی مطالعه از قبیل جنس، پست سازمانی، مرتبه دانشگاهی، تخصص پزشکان نشان داده شده است که بین بیمارستان‌های مورد مطالعه تفاوت معنی داری در تخصص، پست سازمانی و جنس وجود دارد ($p < 0.05$).

جدول ۳: نتیجه آزمون کای دو در متغیرهای کیفی مطالعه

مشخصات	جنس	پست سازمانی	تخصص
بیمارستان	$\chi^2 = 20.50$ $P = 0.00039^*$	$\chi^2 = 43.98$ $P = 0.00000^{**}$	$\chi^2 = 86.82$ $P = 0.00000^{**}$
تخصص	$\chi^2 = 1.00$ $P = 0.5780$	$\chi^2 = 4.52$ $P = 0.0321$	
پست سازمانی	$\chi^2 = 3.00$ $P = 0.0818$		

میانگین چالش‌های موجود برای مشارکت پزشکان در اعتباربخشی در بیمارستانها برابر با ۳/۶۷ از ۵ امتیاز بود، قوی‌ترین چالش از دیدگاه پزشکان به ترتیب مربوط به ابعاد ارتباط اثربخش (۴/۰۵±۰/۷۴) و توانمندسازی پزشکان در زمینه اعتباربخشی

و بهبود کیفیت (۳/۸۹±۰/۵۹) و ضعیف‌ترین آن از نظر پزشکان در بعد ابهام در نقش (۲/۸۶±۰/۹۶) بود (جدول ۴). در بعد انگیزش، بیش از نیمی از افراد شرکت کننده در مطالعه با چالش‌های عدم پاداش مالی و غیرمالی برای مشارکت پزشکان در اعتباربخشی، نبود مشوقی برای مشارکت پزشکان در فرایند اعتباربخشی، تفاوت نداشتن عملکرد مثبت یا منفی در حوزه اعتباربخشی برای پزشک، عدم تأثیر موضوع اعتباربخشی در ارزیابی عملکرد پزشکی، بی اطلاعی پزشک از معیار درجه بندی اعتباربخشی بیمارستان ها و تفاوت بین نتایج ارزیابی اعتباربخشی با عملکرد واقعی بیمارستان به عنوان موانع مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی موافق و بسیار موافق بودند. در بعد حجم بالای کار، ۸۵٪ افراد معتقد بودند حجم بالای کار در بیمارستان‌های دولتی باعث کمتر مشارکت کردن پزشک در فعالیت‌های اعتباربخشی می‌شود. ۵۸٪ افراد نیز با دولتی بودن بیمارستان به عنوان یکی از چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی موافق و بسیار موافق بودند. در بعد مطالبه گری بیمار، تنها ۲۷٪ افراد با نبود حس مطالبه گری در بیماران به عنوان یکی از چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی موافق و بسیار موافق بودند. در بعد نقش واحد مدیریت کیفیت، ۸۱٪ افراد با چالش‌های تبیین نشدن اهمیت موضوع اعتباربخشی برای پزشکان و عدم تلاش دفتر بهبود کیفیت برای جلب مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی موافق و بسیار موافق بودند. همچنین بیش از ۷۰٪ افراد با عدم آگاهی کافی پزشک از ماهیت اعتباربخشی و نبود زبان مشترک بین پزشک و کسانی که در فرایند اعتباربخشی مشارکت دارند به عنوان چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی موافق و بسیار موافق بودند. در بعد ابهام در نقش، تنها حدود ۳۰٪ افراد معتقد بودند که فعالیت همزمان پزشک در چند بیمارستان و چند شغله بودن پزشک باعث عدم مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی می‌شود.

در بعد عدم اطمینان به نحوه مشارکت، حدود ۶۰٪ افراد نهاده‌ی نشدن اعتباربخشی در فرهنگ سازمانی و خو گرفتن با روندهای

جدول ۴: توزیع فراوانی و درصد سؤالات حوزه‌های مختلف از دیدگاه پزشکان

[illegible]

ادامه جدول ۴: توزیع فراوانی و درصد سؤالات حوزه‌های مختلف از دیدگاه پزشکان

۳/۰±۲/۷۸	۰/۶	۳	۱۱/۲	۵۰	۵۵	۲۴۵	۲۵/۶	۱۱۴	۷/۴	۳۳	اعتقاد بر این است که برنامه اعتباربخشی به شکل فعلی ادامه پیدا نخواهد کرد	عدم اطمینان به نحوه مشارکت
۳/۱±۲/۰۳	۲/۴	۱۱	۲۶/۲	۱۱۷	۲۲/۷	۱۰۱	۳۹/۱	۱۷۴	۹/۴	۴۲	اعتقاد بر این است که اعتباربخشی جزئی از فعالیت بالینی نیست و از آن جداساز	
۳/۰±۷/۷۷	۱/۳	۶	۴	۱۸	۲۸/۳	۱۲۶	۵۴/۳	۲۴۲	۱۱/۹	۵۳	نهادینه نشدن اعتباربخشی در فرهنگ سازمانی	
۳/۰±۵/۸۷	۱/۱	۵	۱۳/۹	۶۲	۲۶/۲	۱۱۷	۵۰/۱	۲۲۳	۸/۵	۳۸	خو گرفتن با روند های گذشته(فرایند اعتباربخشی یک فرایند جدید است و افراد با روندهای جدید خو نگرفته اند)	
۳/۴۴ ± ۰/۵۶											میانگین کل	
۳/۰±۸/۸۷	۰/۵	۲	۸	۳۶	۲۱/۳	۹۵	۴۸/۹	۲۱۸	۲۱/۱	۹۴	سنجه های اعتباربخشی با عملکرد واقعی بیمارستان مطابقت ندارد	غیر واقعی بودن اعتباربخشی
۳/۰±۹/۷۳	۰	۰	۵/۱	۲۳	۱۱/۴	۵۱	۶۲/۲	۲۷۷	۲۱/۱	۹۴	عدم شفافیت و ملموس نبودن سنجه های اعتباربخشی برای پزشک	
۳/۰±۶/۸۹	۰/۹	۴	۸/۹	۴۰	۲۷/۸	۱۲۴	۴۴/۹	۲۰۰	۱۷/۳	۷۷	تاثیر منفی ارزیاب روی پزشکان (اخلاق و رفتار بد ارزیاب در زمان ارزیابی باعث عدم رغبت پزشک به ادامه مشارکت در فرایند اعتباربخشی میشود در واقع ارزیاب عملکردهای مثبت را کوچک و نقص‌های پزشک در فرایند اعتباربخشی را بزرگ جلوه می‌دهد)	
۳/۰±۶/۸۹	۰/۹	۴	۱۰/۳	۴۶	۲۹/۴	۱۳۱	۴۴	۱۹۶	۱۵/۲	۶۸	یکی بودن نهاد ارزیابی کننده(معاونت درمان دانشگاه) و ارزیابی شونده (بیمارستان‌های دولتی) باعث دلسردی پزشک برای مشارکت در فعالیت‌های اعتباربخشی می‌شود چون احساس می‌کند که در نهایت بیمارستان نمره لازم را کسب می‌کند یا توسط معاونت درمان داده می‌شود	
۳/۷۸ ± ۰/۵۸											میانگین کل	
۳/۰±۶/۸۸	۰/۶	۳	۱۱/۴	۵۱	۲۴/۷	۱۱۰	۴۸/۹	۲۱۸	۱۴/۱	۶۳	اعتقاد بر این که فرایند اعتباربخشی فقط دوره ای است و در طول فرایند اعتباربخشی بیمارستان، پزشکان حضور مداوم ندارد.	ماهیت اعتباربخشی
۳/۰±۳/۹۹	۲/۲	۱۰	۲۰	۸۹	۲۵/۱	۱۱۲	۴۱/۸	۱۸۶	۱۰/۷	۴۸	عدم توجه به ماهیت تیمی فرایند اعتباربخشی در بیمارستان (پزشک اعتباربخشی را وظیفه پرستار و کارکنان غیر پزشک می‌داند)	
۳/۰±۵/۸۱	۰/۹	۴	۹/۶	۴۳	۳۵	۱۵۶	۴۵/۸	۲۰۴	۸/۵	۳۸	ماهیت آزمون گونه فرایند اعتباربخشی باعث عدم تعلق پزشک به آن شده است	
۳/۰±۵/۸۶	۰/۹	۴	۱۲/۸	۵۷	۳۰/۷	۱۳۷	۴۶/۲	۲۰۶	۹/۲	۴۱	ماهیت اجباری اعتباربخشی برای بیمارستان باعث عدم تعلق پزشک به آن شده است	
۳/۰±۵/۸۴	۰/۶	۳	۱۰/۷	۴۸	۳۳	۱۴۷	۴۴/۷	۱۹۹	۱۰/۷	۴۸	ماهیت غیر رقابتی اعتباربخشی در بین پزشکان در بیمارستان	
۳/۰±۵/۸۵	۱/۱	۵	۸/۵	۳۸	۳۴/۳	۱۵۳	۴۳/۸	۱۹۵	۱۲/۱	۵۴	جدا بودن اعتباربخشی بیمارستان از اعتباربخشی آموزشی	
۳/۰±۹/۸۷	۰/۶	۳	۴/۹	۲۲	۱۷/۹	۸۰	۴۸/۵	۲۱۶	۲۷/۸	۱۲۴	حجم بالای مستندات مورد نیاز برای اعتباربخشی	
۴/۰±۲/۷۳	۰/۲	۱	۲/۲	۱۰	۹/۸	۴۴	۴۹/۸	۲۲۲	۳۷/۷	۱۶۸	خیلی از کارکنان بیمارستان، اعتباربخشی را کاغذبازی می‌دانند	
۳/۶۷ ± ۰/۵۱											میانگین کل	
۳/۰±۸/۷۷	۰/۲	۱	۴	۱۸	۲۶/۵	۱۱۸	۵۱/۲	۲۲۸	۱۷/۹	۸۰	سیستم های نظارتی مناسب جهت بررسی مشارکت پزشکان در فعالیت‌های اعتباربخشی وجود ندارد	اطمینان
۳/۰±۴/۸۷	۰/۹	۴	۱۵/۲	۶۸	۲۹/۶	۱۳۲	۴۶/۲	۲۰۶	۷/۸	۳۵	عدم الزام پزشکان به مشارکت در فرایند اعتباربخشی از جانب مدیران	متقابل و نظام ارزیابی
۳/۶۳ ± ۰/۷۰											میانگین کل	

عدم اطمینان

به نحوه

مشارکت

غیر واقعی

بودن

اعتباربخشی

ماهیت

اعتباربخشی

اطمینان

متقابل و

نظام ارزیابی

ادامه جدول ۴: توزیع فراوانی و درصد سؤالات حوزه‌های مختلف از دیدگاه پزشکان

توانمندسازی	عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در دوره های باز آموزی پزشکان	۶۵	۱۴/۶	۲۸۱	۶۳/۱	۶۸	۱۵/۲	۲۸	۶/۲	۳	۰/۶	۳/۰±۸/۷۶
پزشکان در زمینه اعتباربخشی	موثر نبودن آموزش های مرتبط با فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی با نیازهای پزشکان (عدم بهره وری کلاس ها و آموزش‌های اعتباربخشی)	۷۸	۱۷/۵	۲۵۵	۵۷/۳	۹۲	۲۰/۶	۱۹	۴/۲	۱	۰/۲	۳/۰±۸/۷۴
و بهبود کیفیت	عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در طی تحصیل پزشکی عمومی یا تخصصی	۸۷	۱۹/۵	۲۷۲	۶۱/۱	۶۷	۱۵	۱۶	۳/۶	۳	۰/۶	۳/۰±۹/۷۴
	میانگین کل	۳/۸۹ ± ۰/۵۹										
ارتباط اثربخش	نبود یک کانال ارتباطی موثر بین پزشکان و مدیران ارشد بیمارستان ها	۱۱۳	۲۵/۳	۲۶۴	۵۹/۳	۴۹	۱۱	۱۷	۳/۸	۲	۰/۵	۴/۰±۰/۷۴
	میانگین کل	۴/۰۵ ± ۰/۷۴										
محدودیت منابع	برای انجام فعالیت‌های خواسته شده اعتباربخشی محدودیت منابع مالی وجود دارد	۹۸	۲۲	۱۹۸	۴۴/۴	۱۲۳	۲۷/۶	۲۴	۵/۳	۲	۰/۵	۳/۰±۸/۸۵
	میانگین کل	۳/۸۲ ± ۰/۸۵										

و اعتباربخشی در در طی تحصیل پزشکی عمومی یا تخصصی و نیز در دوره های باز آموزی پزشکان به عنوان چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی موافق و بسیار موافق بودند. در بعد ارتباط اثربخش، ۸۴٪ افراد با چالش نبود یک کانال ارتباطی موثر بین پزشکان و مدیران ارشد بیمارستان ها موافق و بسیار موافق بودند. در بعد محدودیت منابع، ۶۶٪ افراد با محدودیت منابع مالی برای انجام فعالیت‌های خواسته شده اعتباربخشی به عنوان چالش مشارکت پزشکان در این برنامه ها موافق و بسیار موافق بودند. با توجه به جدول ۵، در چالش‌های مشارکت قسمت مطالبه گری بیمار بین حداقل دو گروه از میانگین ها در تخصص‌های مختلف تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تبیین چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ بود. اجرای اعتباربخشی مستلزم تغییرات بسیار زیادی در رفتار، فرهنگ و ساختار سازمانی بیمارستان است تا منجر بهبود عملکرد پزشکان در انجام فعالیت‌های اعتباربخشی بیمارستانی شود (۱۳). در این مطالعه چالش‌های پیش روی مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی در ۱۲ بعد انگیزش، حجم بالای کار، مطالبه گری بیمار، درک نقش واحد مدیریت کیفیت، ابهام در نقش، عدم اطمینان به

گذشته را در عدم مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی مؤثر دانستند. در بعد غیر واقعی بودن اعتباربخشی، ۸۳٪ افراد با چالش عدم شفافیت و ملموس نبودن سنج‌های اعتباربخشی برای پزشک، ۶۱٪ افراد با چالش تاثیر منفی ارزیاب روی پزشکان و ۵۹٪ افراد با چالش یکی بودن نهاد ارزیابی کننده موافق و بسیار موافق بودند. در بعد ماهیت اعتباربخشی، ۸۶٪ پزشکان شرکت کننده در مطالعه اعتباربخشی را کاغذبازی می‌دانستند. ۷۶٪ افراد با چالش حجم بالای مستندات مورد نیاز برای اعتباربخشی موافق و بسیار موافق بودند. همچنین بیش از نیمی از افراد شرکت کننده در مطالعه با دوره ای بودن فرایند اعتباربخشی و عدم حضور مداوم پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی، عدم توجه به ماهیت تیمی فرایند اعتباربخشی در بیمارستان، ماهیت اجباری اعتباربخشی، ماهیت غیررقابتی اعتباربخشی در بین پزشکان در بیمارستان و جدا بودن اعتباربخشی بیمارستان از اعتباربخشی آموزشی به عنوان چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی موافق و بسیار موافق بودند. در بعد اطمینان متقابل و نظام ارزیابی، ۶۹٪ افراد با چالش نبود سیستم‌های نظارتی مناسب جهت بررسی مشارکت پزشکان در فعالیت‌های اعتباربخشی و ۵۴٪ افراد با چالش عدم الزام پزشکان به مشارکت در فرایند اعتباربخشی از جانب مدیران موافق و بسیار موافق بودند. در بعد توانمندسازی پزشکان در زمینه اعتباربخشی و بهبود کیفیت، بیش از ۷۰٪ افراد با عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت

جدول ۵: ارتباط بین چالش‌های مشارکت پزشکان در اعتباربخشی با نوع تخصص پزشکان

نوع تخصص چالش	عمومی	جراحی	غیر جراحی	سایر تخصص‌ها	نتیجه آزمون
					میانگین \pm انحراف معیار
انگیزش	۰/۶۱ \pm ۳/۸۴	۰/۶۳ \pm ۳/۷۸	۰/۶۸ \pm ۳/۸۳	۰/۶۱ \pm ۳/۸۰	F=۰/۱۸, p=۰/۹۱
حجم بالای کار	۰/۶۷ \pm ۳/۸۶	۰/۷۴ \pm ۳/۷۱	۰/۶۹ \pm ۴/۰۰	۰/۷۴ \pm ۳/۹۰	F=۲/۳۰, p=۰/۰۷
مطالبه گری بیمار	۰/۷۰ \pm ۳/۰۲	۰/۷۷ \pm ۲/۹۲	۰/۷۲ \pm ۳/۲۵	۰/۷۶ \pm ۳/۱۲	F=۲/۹۲, p=۰/۰۳
درک نقش واحد مدیریت کیفیت	۰/۷۱ \pm ۳/۸۲	۰/۶۱ \pm ۳/۸۵	۰/۶۱ \pm ۴/۰۴	۰/۶۴ \pm ۳/۸۳	F=۲/۱۴, p=۰/۰۹
ابهام در نقش	۰/۹۷ \pm ۲/۸۶	۰/۸۸ \pm ۳/۰۱	۰/۹۶ \pm ۲/۸۶	۰/۹۸ \pm ۲/۷۷	F=۱/۱۲, p=۰/۳۴
عدم اطمینان به نحوه مشارکت	۰/۵۸ \pm ۳/۴۳	۰/۵۱ \pm ۳/۳۸	۰/۵۳ \pm ۳/۵۷	۰/۵۶ \pm ۳/۴۱	F=۱/۸۰, p=۰/۱۴
غیر واقعی بودن اعتباربخشی	۰/۶۰ \pm ۳/۷۵	۰/۵۴ \pm ۳/۷۵	۰/۵۳ \pm ۳/۹۲	۰/۶۱ \pm ۳/۷۵	F=۱/۸۰, p=۰/۱۴
ماهیت اعتباربخشی	۰/۵۰ \pm ۳/۶۳	۰/۵۰ \pm ۳/۶۷	۰/۵۵ \pm ۳/۷۸	۰/۵۰ \pm ۳/۶۳	F=۱/۶۶, p=۰/۱۷
اطمینان متقابل و نظام ارزیابی	۰/۶۹ \pm ۳/۶۳	۰/۶۷ \pm ۳/۷۳	۰/۶۷ \pm ۳/۷۰	۰/۷۵ \pm ۳/۵۴	F=۱/۵۳, p=۰/۲۰
توانمند سازی پزشکان در حوزه کیفیت	۰/۶۰ \pm ۳/۸۶	۰/۵۰ \pm ۳/۸۶	۰/۶۴ \pm ۳/۹۷	۰/۵۷ \pm ۳/۸۹	F=۰/۶۰, p=۰/۶۱
ارتباط اثربخش	۰/۷۷ \pm ۳/۹۷	۰/۷۱ \pm ۴/۰۱	۰/۷۳ \pm ۴/۲۴	۰/۷۲ \pm ۴/۰۶	F=۲/۲۸, p=۰/۰۷
محدودیت منابع	۰/۹۰ \pm ۳/۷۵	۰/۷۹ \pm ۳/۷۶	۰/۸۱ \pm ۳/۹۷	۰/۸۱ \pm ۳/۸۴	F=۱/۲۹, p=۰/۲۷

نحوه مشارکت، غیر واقعی بودن اعتباربخشی، ماهیت اعتباربخشی، اطمینان متقابل و نظام ارزیابی، توانمند سازی پزشکان در زمینه اعتباربخشی و بهبود کیفیت، ارتباط اثربخش و محدودیت منابع مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که بزرگ‌ترین چالش در بعد انگیزش مربوط به محسوس نبودن پاداش مشارکت در اعتباربخشی برای پزشکان (۴/۰ \pm ۲/۸۷) است که با مطالعه وولفسون^۱ همخوانی دارد (۱۴)؛ این چالش می‌تواند به دلیل عدم برنامه‌ریزی و فراهم نکردن مقدمات برای اجرای درست اعتباربخشی برای پزشکان باشد که منجر به ایجاد چالش‌های فراوان دیگری شده و نقاط قوت طرح را نیز تحت شعاع قرار داده است. یکی دیگر از چالش‌های جدی این حوزه عدم تطبیق نتایج ارزیابی با عملکرد واقعی بیمارستان (۳/۸ \pm ۰/۹۳) است که با مطالعه کویلی و همکاران همخوانی دارد (۱۵). استفاده نکردن از بخش خصوصی در ارزیابی‌های برنامه اعتباربخشی و امتیازدهی بر اساس نظرات شخصی باعث می‌شود پزشکان این احساس را داشته باشند که اعتباربخشی یک اقدام و فرآیند نمایشی است و بنابراین آن‌ها تمایلی برای اجرای برنامه

اعتباربخشی نداشته باشند. پیشنهاد می‌شود با الگوبررسی مناسب از کشورهای موفق در حوزه اعتباربخشی بیمارستانی در سراسر دنیا که اعتباربخشی را به بخش خصوصی واگذار کرده‌اند، این امر میسر شده تا به نوعی تضاد منافع هم به حداقل برسد. چالش دیگری که در بعد انگیزش وجود داشت به محسوس نبودن درجه بندی بیمارستان‌ها بر اساس نمره اعتباربخشی (۳/۸ \pm ۱/۰۰) مربوط می‌شد که با مطالعه هادلسون^۲ نیز همخوانی دارد (۱۶). این چالش می‌تواند به کاهش انگیزه و بی تفاوتی در بین پزشکان و کادر درمان منجر شود به گونه‌ای که تفاوتی بین بیمارستان‌های دارای درجه بالا تر و پایین تر و حتی هم درجه در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی دیده نمی‌شوند (۱۷). به نظر می‌رسد بتوان با مرتبط کردن پروانه پزشکان شاغل در بیمارستان به درجه آن بیمارستان و درگیر کردن منافع پزشکان در درجه بیمارستان و یا ایجاد هماهنگی بیشتر بین ارزیابی‌ها از طرف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بتوان کمک کرد.

در بعد مطالبه گری بیمار، تصور نادرست از قضاوت بیمار در مورد خدمات (۳/۳ \pm ۰/۸۹) جدی‌ترین چالش پیش روی

2. Hudelson

1. Wolfson

فعالیت‌های انجام شده در بیمارستان از سوی پزشک و گنجانده شدن زمانی برای انجام فعالیت‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی پیشنهاد می‌شود. همچنین تقابل میان کیفیت و کمیت در بیمارستان‌های دولتی یکی دیگر از چالش‌های مربوط به بعد حجم بالای کار است که می‌تواند منجر به کاهش بهره‌وری پزشکان گردد. در مطالعه دوباس^۴ نیز به این مورد اشاره شده است که بزرگترین چالشی که فرایندهای اعتباربخشی و بهبود کیفیت دارد پیدا کردن نقطه تعادل بین کمیت و کیفیت است (۲۲). در بعد درک نقش واحد مدیریت کیفیت، چالش عمده مربوط به عدم درک اهمیت اعتباربخشی از جانب پزشکان بود. پانیک^۵ و همکاران نیز در مطالعه خود به سوء تفاهم در مورد ارزش ارتقاء کیفیت و عدم آگاهی از مزایای عملی آن توسط پزشکان عمومی اشاره نموده اند (۲۳). یکی دیگر از چالش‌های جدی این بعد، نبود زبان مشترک بین پزشکان و افراد دخیل در فرایند اعتباربخشی است که در هر بیمارستانی این امر دیده می‌شود و این موجب می‌شود تلاش پزشکان در اجرای فعالیت‌های اعتباربخشی هدر رود. در مطالعه بنجامین^۶ به عدم وجود وظایف گروهی تعریف شده و پیش زمینه‌های حرفه‌ای مختلف که باعث بی‌اعتمادی، موانع زبانی و عدم آگاهی در مورد نقش یکدیگر می‌شود، اشاره شده است (۲۴).

در بعد غیر واقعی بودن اعتباربخشی، عدم شفافیت و ملموس نبودن سنج‌ها یکی از چالش‌های عمده پیش روی پزشکان برای مشارکت در برنامه‌های اعتباربخشی است. در مطالعه پاتو^۷ و همکاران بیان شد که عدم شفافیت در مورد جمع‌آوری داده‌های محرمانه بیمار و الزامات استفاده از داده‌های بالینی در تحقیقات، به ویژه انتشار یافته‌های حاصل از اعتباربخشی، می‌تواند پزشکان را از جستجوی پروژه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی منصرف کند (۲۵). گاهی پزشکان از اطلاعات حاصل از اعتباربخشی و فعالیت‌های بهبود کیفیت دیگر با خبر نمی‌شوند و بازخورد لازم به آن‌ها داده نمی‌شود، برای جلوگیری از این امر پیشنهاد می‌شود که هر یک ماه یا

پزشکان برای مشارکت در برنامه اعتباربخشی بود. مارشال^۱ نیز در مطالعه خود این تصور بیمار را تأیید و بیان می‌کند که پزشکان گاهی این شکایت منفی را دارند که متأسفانه بیماران یک پزشک خوب را از یک پزشک بد تشخیص نمی‌دهند یا معیارها و قالب ذهنی بیماران در مورد کیفیت کار پزشک متفاوت هست (۱۷ و ۱۸). به نظر می‌رسد بتوان با آموزش درست بیماران و همراهان آن‌ها به رفع این چالش کمک کرد. اهمیت بعد مطالبه‌گری بیمار در مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی در سایر مطالعات نیز بیان شده است (۱۹). چالش سیستم‌های نظارتی نامناسب جهت بررسی مشارکت پزشکان یکی دیگر از چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی می‌باشد که در بعد اطمینان متقابل و نظام ارزیابی قرار می‌گیرد و با یافته‌های مطالعه ملنیک^۲ هم‌خوانی دارد (۲۰). به گونه‌ای که در این مطالعه بیان شده موانع بهبود کیفیت در اقدامات عمومی اعتباربخشی در سطح سیستم بیمارستان مربوط به عدم یا ناکافی بودن حمایت دولت یا مقامات بهداشتی است. فقدان چارچوب اعتباربخشی پذیرفته شده رسمی و ملی یا شاخص‌های اعتباربخشی می‌تواند منجر به کاهش سطح علاقه به استانداردهای کیفیت و اعتباربخشی از سوی پزشکان شود. پیشنهاد می‌شود یک سیستم نظارتی جامع بین بیمارستانی و دانشگاهی ایجاد و یا کارگروه تخصصی از سوی معاونت درمان در این حوزه وارد شود. یکی دیگر از چالش‌های این بعد، عدم الزام پزشکان به مشارکت در فرایند اعتباربخشی از جانب مدیران است که با مطالعه دیویس^۳ هم‌خوانی دارد (۲۱). تنش‌ها بین انتظارات تیم مدیریتی با پزشکان در مواقعی باعث شده که مدیران از مشارکت خواستن و درگیر کردن پزشکان در فرایندهای اعتباربخشی امتناع کنند.

یکی دیگر از ابعاد مورد بررسی مربوط به بعد حجم بالای کار بود. حجم بالای کار در بیمارستان‌های دولتی به کم‌کاری و عدم انجام فعالیت‌ها و استانداردهای خواسته شده از پزشک در اعتباربخشی منجر می‌شود. به‌منظور رفع این مشکل، بازنگری در دسته‌بندی

4. Dubas
5. Pannick
6. Benjamin
7. Patow

1. Marshall
2. Melnyk
3. Davies

حداقل هر ۳ ماه نتایج حاصل از اعتباربخشی به صورت ایمیل یا شبکه‌های مجازی در اختیار پزشکان قرار گیرد تا نسبت به مشارکت رغبت بیشتری پیدا کنند. چالش دیگر این بعد، عدم تطبیق سنجه‌های اعتباربخشی با عملکرد واقعی بیمارستان است. در مطالعه دیگری به این موضوع اشاره شده است که در یک موضوع یا حیطه اعتباربخشی، مشکلات اندازه‌گیری جنبه‌های خاص مراقبت به طور مکرر به عنوان یک مانع یا عامل مخدوش در تعامل با بهبود کیفیت مطرح می‌شود (۲۶). ماهیت اعتباربخشی یکی دیگر از ابعاد مورد بررسی در این مطالعه بود. یکی از مهم‌ترین چالش‌های این بعد مربوط به کاغذبازی دانستن اعتباربخشی از سوی پزشکان بود. در مطالعات پیشین نشان داده شده است که برخی از پزشکان معتقد هستند که اعتباربخشی، کاغذبازی اضافی ایجاد کرده است و باعث می‌شود وقت پزشکان را هدر دهد (۱۷، ۲۷). برای رفع این مشکل باید نسبت به آگاهی‌سازی به پزشکان اقدام شود و از کاغذبازی و مستندسازی اضافی از سوی پزشکان جلوگیری به عمل آید. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که پزشکان معتقدند حجم بالای مستندسازی در اعتباربخشی منجر به اتلاف و هدررفتن پزشکان می‌شود. در مطالعه‌ای به این مورد اشاره شده که در بعضی مواقع جلسات مملو از دست‌والعمل و مستندات فراوان، زمان بسیار کمی را برای انجام پروژه‌های اعتباربخشی را می‌گذارد که منجر به موانعی بر سر راه مشارکت فعال پزشکان می‌شود (۲۸).

عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در طی تحصیل پزشکان یکی از چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی بود که در بعد توانمندسازی پزشکان در حوزه اعتباربخشی و بهبود کیفیت قرار می‌گیرد. مطالعات مختلف نشان دادند شکاف دانش در دوران تحصیل در ارتباط با آموزش‌های اعتباربخشی ممکن است باعث شود که پزشکان کمتر از شایستگی دانشگاهی و پتانسیل خود در اعتباربخشی عمل کنند (۲۹-۳۱). نبود یک کانال ارتباطی موثر بین پزشکان و مدیران ارشد بیمارستان‌ها از دیگر چالش‌های مشارکت پزشکان در اعتباربخشی می‌باشد. در مطالعه‌ای به این موضوع اشاره شد که فقدان یک رابطه کاری حمایتی بین پزشکان

و مدیران نیز از موانع سازمانی برای مشارکت پزشکان در اجرای اعتباربخشی می‌باشد (۳۲). همچنین در مطالعه‌ی دیگری فقدان مهارت ارتباطی جزو مهمترین چالش‌های مشارکت بیان شد که با مطالعه ما همخوانی بالایی دارد (۳۳). در نتیجه در بعد ارتباط اثربخش، باید نسبت به تقویت روابط ما بین تیم مدیریت و پزشکان عمل نمود. چالش محدودیت منابع مالی به عنوان یک دیگر از موانع مشارکت در مطالعه حاضر یاد شده است. در مطالعه‌ی دیگری نیز به این موضوع اشاره شده است که نبود منابع مالی کافی به عنوان اصلی‌ترین مانع در تلاش برای معرفی یک رویکرد سیستماتیک برای بهبود کیفیت تلقی می‌شود. بودجه برخی از شیوه‌ها به حدی محدود است که زمان درک شده بین اجرای یک برنامه با کیفیت و تحقق مزایا ممکن است آنها را در مسیر کیفیت متوقف کند (۳۴). فعالیت همزمان پزشک در چند بیمارستان نیز از دیگر چالش‌های پیش روی پزشکان برای مشارکت در اعتباربخشی است. یافته‌های مطالعه‌ای نشان دادند که سردرگمی و بی‌حرکی اغلب در بین پزشکانی که در چند بیمارستان فعالیت دارند در مورد اینکه چه کسی باید مسئول ایجاد تغییرات باشد وجود دارد (۳۵). برای رفع این مشکل باید نسبت به بروز رسانی سیستم نظارت بر پزشکان و یکپارچه‌سازی آن در سطح دانشگاه اقدام کرد. در مطالعه‌ی دیگری ۷۲ درصد از افراد شرکت‌کننده در مطالعه به چالش ابهام در نقش پزشک اشاره داشتند که با مطالعه ما هم سو است (۳۶). در بعد عدم اطمینان به نحوه مشارکت، چالش عمده مربوط به خو گرفتن با روندهای گذشته است. جونز^۱ و همکاران اظهار داشتند که تغییر از روش سنتی به بهبود کیفیت برای پزشکان چالش برانگیز است (۳۷). عدم اطمینان به استمرار برنامه اعتباربخشی به شکل فعلی نیز موجب می‌شود تلاش پزشکان در اجرای فعالیت‌های اعتباربخشی کم شده و انگیزه آن‌ها تحلیل برود. در مطالعه‌ی دیگری به این موضوع اشاره شده است که در بعضی موارد پزشکان عمومی بر این باورند که کار مورد نیاز ارزش انجام ندارد چون به زودی تغییر خواهد کرد و در مورد تأثیرات مثبت برنامه‌های بهبود کیفیت شک

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که بزرگ‌ترین چالش‌ها در ابعاد ارتباط اثربخش، توانمند سازی پزشکان در زمینه اعتباربخشی و بهبود کیفیت و بعد انگیزش است که رفع این چالش‌ها، کمک شایانی به بهبود عملکرد پزشکان در فعالیت‌های اعتباربخشی خواهد کرد. کمترین چالش نیز مربوط به بعد ابهام در نقش می‌شد. با توجه به اینکه تمام چالش‌های شناسایی شده در این مطالعه حائز اهمیت هستند، پیشنهاد می‌شود به‌منظور اجرای صحیح فعالیت‌های اعتباربخشی آن‌گونه که اهداف این طرح و تعریف بین‌المللی و شناخته شده آن در سطح جهان و کشورهایی که طرح را اجرا کرده‌اند مطابقت داشته باشد، سیاست‌گذاران عزم جدی در رفع چالش‌ها داشته باشند.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد با عنوان «بررسی چالش‌های مشارکت پزشکان در فعالیت‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد» است که طی طرح تحقیقاتی مصوب با کد ۹۸۰۴۹۸ مورد حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفته است. بدینوسیله از همکاری کسانی که ما را در انجام پژوهش یاری نمودند، قدردانی مینماییم.

تضاد منافع: هیچ گونه تضاد منفعی گزارش نشده است.

References

- Charoghchian Khorasani E, Tavakoly Sany SB, Tehrani H, Doosti H, Peyman N. Review of Organizational Health Literacy Practice at Health Care Centers: Outcomes, Barriers and Facilitators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(20):7544. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207544> PMID:33081335 PMCID:PMC7589923
- Meyers D, Miller T, Genevro J, Zhan C, De La Mare J, Fournier A, et al. EvidenceNOW: balancing primary care implementation and implementation research. 2018;16(Suppl 1):S5-S11. <https://doi.org/10.1370/a.fm.2196> PMID:29632219 PMCID:PMC5891307
- Gharibi F, Tabrizi JSJHpp. Development of an accreditation model for health education and promotion programs in the Iranian primary healthcare system: a Delphi study. 2018;8(2):155. <https://doi.org/10.15171/hpp.2018.20> PMID:29744312 PMCID:PMC5935820
- Afshari A, Eslami A-a, Mostafavi F, Moazam E, Golzari M, Etminani R. Self-assessment for implementation of health promotion standards in hospitals, in medical education centers of Isfahan city. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2020;8(3):249-60. <https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.3.249>
- Singh K, Drouin K, Newmark LP, Rozenblum R, Lee J, Landman A, et al. Developing a framework for evaluating the patient engagement, quality, and safety of mobile health applications. 2016;5(1):11. <https://doi.org/10.15868/socialsector.25066>
- Mathews SC, Demski R, Hooper JE, Biddison LD, Berry SA, Petty BG, et al. A model for the departmental quality management infrastructure within an academic health system. 2017;92(5):608-13. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001380> PMID:27603038
- Willcocks SG, Wibberley GLiHS. Exploring a shared leadership perspective for NHS doctors. 2015. <https://doi.org/10.1108/LHS-08-2014-0060>

و تردید شدید دارند (۳۸). در نتیجه برای افزایش فرهنگ مشارکت در بین پزشکان بایستی آموزش‌های لازم را از همان دوران تحصیل در مورد اهمیت بهبود کیفیت برای بیمار و خود پزشک ارائه نمود و در بیمارستان هم سعی شود از پزشکان با سابقه تر برای فرهنگ سازی و الگوگیری استفاده شود، همچنین می‌توان در شرح وظایف پزشکان مشارکت در بهبود کیفیت و فعالیت‌های اعتباربخشی را قید کرد و برای آن ضربی را در نظر گرفت.

یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر این است که برای اولین بار با استفاده از پرسشنامه چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی به طور جامع ۱۲ بعد مؤثر بر مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی را مورد بررسی قرار داده است. همچنین انتخاب پزشکان به عنوان متخصصانی که اصلی ترین نقش را در مدیریت بالینی بیماران برعهده دارند از دیگر نقاط قوت مطالعه حاضر می‌باشد. با این حال، با توجه به اینکه مطالعه حاضر صرفاً به بیان دیدگاه‌های پزشکان پرداخته است ممکن است بسیاری از چالش‌های پیش روی سایر متخصصین حوزه سلامت نادیده گرفته شود. پیشنهاد میشود مطالعات بعدی مشارکت سایر متخصصین حوزه سلامت در فرایند اعتباربخشی را نیز مورد بررسی قرار دهند.

- PMid:26388222
8. Ferdosi M, Ziyari FB, Ollahi MN, Salmani AR, Niknam NJJoE, Promotion H. Implementing clinical governance in Isfahan hospitals: Barriers and solutions, 2014. 2016;5. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.184554> PMid:27500173 PMCID:PMC4960764
 9. Nair M, Baltag V, Bose K, Boschi-Pinto C, Lambrechts T, Mathai MJJoAh. Improving the quality of health care services for adolescents, globally: a standards-driven approach. 2015;57(3):288-98. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.05.011> PMid:26299556 PMCID:PMC4540599
 10. Mainz J, Kristensen S, Bartels PJJfQihC. Quality improvement and accountability in the Danish health care system. 2015;27(6):523-7. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv080> PMid:26443814
 11. Li J, Hinami K, Hansen LO, Maynard G, Budnitz T, Williams MV. The physician mentored implementation model: a promising quality improvement framework for health care change. Academic Medicine. 2015;90(3):303-10. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000547> PMid:25354069
 12. Ebrahimipour H, Houshmand E, Varmaghani M, Mojtabaeian SM. Psychometrics of Assessment Tools to Examine the Challenges of Physicians' Participation in Accreditation Programs. Management Strategies in Health System. 2021;54-63. <https://doi.org/10.18502/mshsj.v6i1.6508>
 13. Baker R, Bała M, Czabanowska K, Dubas K, Eriksson T, Godycki-Ćwirko M, et al. Guidebook on implementation of Quality Improvement in General Practice. 2010.
 14. Wolfson D, Bernabeo E, Leas B, Sofaer S, Pawlson G, Pillittere DJBFP. Quality improvement in small office settings: an examination of successful practices. 2009;10(1):14. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-14> PMid:19203386 PMCID:PMC2649044
 15. Coyle Y, Mercer S, Murphy-Cullen C, Schneider G, Hynan LIBQ, Safety. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. 2005;14(5):383-8. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.013979> PMid:16195575 PMCID:PMC1744080
 16. Hudelson P, Cléopas A, Kolly V, Chopard P, Perneger TJBQ, Safety. What is quality and how is it achieved? Practitioners' views versus quality models. 2008;17(1):31-6. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.021311> PMid:18245217
 17. Ebrahimipour H, Hooshmand E, Varmaghani M, Javan-Noughabi J, Mojtabaeian SM. The challenges of physicians' participation in hospital accreditation programs: a qualitative study in Iran. BMC Health Services Research. 2021;21(1):1171 <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07182-w> PMid:34711235 PMCID:PMC8555276
 18. Marshall MJTHFII. Are clinicians engaged in quality improvement. 2011.
 19. Algunmeeyn A, El-Dahiyat F, Alfayoumi I, Alrawashdeh MJJoHM. Exploring staff perspectives of the barriers to the implementation of accreditation in Jordanian hospitals: Case study. 2020;1-7. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1763233>
 20. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Fineout-Overholt E. Implementing the evidence-based practice (EBP) competencies in healthcare: a practical guide for improving quality, safety, and outcomes: Sigma Theta Tau; 2016.
 21. Davies H, Powell A, Rushmer RJAlr. Healthcare professionals' views on clinician engagement in quality improvement. 2007;4.
 22. Dubas K, Kijowska VJGoioQliGP. Barriers to implement Quality Improvement. 2010:73.
 23. Pannick S, Sevdalis N, Athanasiou TJBq, safety. Beyond clinical engagement: a pragmatic model for quality improvement interventions, aligning clinical and managerial priorities. 2016;25(9):716-25. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004453> PMid:26647411 PMCID:PMC5013121
 24. Benjamin AJB. Audit: how to do it in practice. 2008;336(7655):1241-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.39527.628322.AD> PMid:18511799 PMCID:PMC2405828
 25. Patow CA, Karpovich K, Riesenber LA, Jaeger J, Rosenfeld JC, Wittenbreer M, et al. Residents' engagement in quality improvement: a systematic review of the literature. 2009;84(12):1757-64. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181bf53ab> PMid:19940586
 26. Boonyasai RT, Windish DM, Chakraborti C, Feldman LS, Rubin HR, BassEBJJ. Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians: a systematic review. 2007;298(9):1023-37. <https://doi.org/10.1001/jama.298.9.1023> PMid:17785647
 27. Boyle A, Keep JJBJoHM. Clinical audit does not work, is quality improvement any better? 2018;79(9):508-10. <https://doi.org/10.12968/hmed.2018.79.9.508> PMid:30188196
 28. Nair P, Barai I, Prasad S, Gadhvi KJAIIME, Practice. Quality improvement teaching at medical school: a student perspective. 2016;7:171. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S101395> PMid:27051330 PMCID:PMC4807889
 29. Hooper P, Kocman D, Carr S, Tarrant CJPMJ. Junior doctors' views on reporting concerns about patient

- safety: a qualitative study. 2015;91(1075):251-6. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2014-133045> PMID:25898840
30. Bethune RMJJotRSoM. The leaders of quality improvement are the ones who are doing the improvement work. 2013;106(6):210-. <https://doi.org/10.1177/0141076813489929> PMID:23761579 PMCID:PMC3705418
 31. Bagnall PJTKsFJDPLTKF. Facilitators and barriers to leadership and quality improvement. 2012.
 32. Foy R, Skrypak M, Alderson S, Ivers NM, McInerney B, Stoddart J, et al. Revitalising audit and feedback to improve patient care. 2020;368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m213> PMID:32107249 PMCID:PMC7190377
 33. Stephen SO, Bula HJHRM. Human resource management practices and quality of health care service delivery at Jaramogi Oginga Odinga teaching and referral hospital, Kenya. 2017:126-40.
 34. Woodall P, Borek A, Parlikad AKJI, management. Data quality assessment: the hybrid approach. 2013;50(7):369-82. <https://doi.org/10.1016/j.im.2013.05.009>
 35. Biancone P, Tradori V, Brescia V, Migliavacca A. Quality and control in the healthcare: a win-win mix? 2017.
 36. Shah GH, Leep CJ, Ye J, Sellers K, Liss-Levinson R, Williams KSJJoPHM, et al. Public health agencies' level of engagement in and perceived barriers to PHAB national voluntary accreditation. 2015;21(2):107-15. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000117> PMID:25010327
 37. Jones B, Vaux E, Olsson-Brown AJB. How to get started in quality improvement. 2019;364. <https://doi.org/10.1136/bmj.k5437> PMID:30655245 PMCID:PMC6335598
 38. Ewins E, Macpherson R, van der Linden G, Arnott SJBB. Training in quality improvement for the next generation of psychiatrists. 2017;41(1):45-50. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.051409> PMID:28184318 PMCID:PMC5288094