

مطالعه‌ی کیفی موانع مشارکت پزشکان در برنامه اعتباربخشی در بیمارستان‌های دولتی

سید مرتضی مجتبیان^۱، فاطمه منفرد^{۲*}

چکیده

زمینه و هدف: مشارکت پزشکان و رهبری بالینی در استراتژی‌های سازمانی برای بهبود عملکرد کیفی، یک پیش‌شرط ضروری برای ارایه مراقبت‌های ایمن و باکیفیت بالاست و از آن‌جاکه بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و افزایش مشارکت پزشکان در اعتباربخشی بسیار ضروری می‌باشد، مطالعه‌ی حاضر باهدف تبیین موانع مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران با رویکرد کیفی انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی با ۱۱ مدیر و ۹ پزشک و ۸ نفر از مسئولان و کارشناسان حوزه‌ی مدیریت کیفیت (در کل با ۲۸ نفر) در زمینه‌ی اعتباربخشی بیمارستان مصاحبه انجام شد. مصاحبه‌شوندگان از طریق نمونه‌گیری هدفمند گلوله‌برفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های عمیق بدون ساختار و نیمه‌ساختاریافته انجام شد. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش چارچوب مفهومی در ATLAS.ti تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش سه موضوع اصلی شامل عوامل فرهنگی، سازمانی و رفتاری را استخراج کرد. همچنین، این پژوهش ۱۲ موضوع فرعی و ۵۷ گویه را شناسایی کرد. موضوعات فرعی در حوزه‌ی فرهنگی انگیزه، تقاضای بیمار، اعتماد متقابل و سیستم ارزیابی بود. حوزه‌ی سازمانی با هفت موضوع فرعی شامل حجم کار بالا، درک نقش واحد مدیریت کیفیت، اعتباربخشی غیرواقعی، ماهیت اعتباربخشی، توان‌مندسازی پزشکان در زمینه کیفیت، ارتباط اثربخش، محدودیت منابع بود. موضوعات فرعی در بُعد رفتاری ابهام در نقش و عدم اطمینان در مورد نحوه مشارکت در برنامه اعتباربخشی بود. پرتکرارترین چالش در مصاحبه‌ها، در حوزه‌ی ارتباط اثربخش و کمترین آن در حوزه‌ی ابهام در نقش، بودند.

نتیجه‌گیری: مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی را می‌توان از طریق فرهنگ‌سازی و آموزش صحیح فعالیت‌های اعتباربخشی در جامعه پزشکی افزایش داد. با بازنگری در دسته‌بندی فعالیت‌های انجام شده در بیمارستان از سوی پزشکان و گنجاندن زمانی مشخص برای انجام فعالیت‌های مرتبط با بهبود کیفیت و اعتباربخشی و ایجاد تعادل بین کمیت و کیفیت خدمات ارایه شده در بیمارستان، می‌توان مشارکت پزشکان در برنامه اعتباربخشی را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: مشارکت پزشکان، اعتباربخشی، رویکرد کیفی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۱۳

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۸/۱۰

* نویسنده مسئول:

فاطمه منفرد:

دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

Email:

fatemehmonfared@bums.ac.ir

۱ دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران

۲ دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران

مقدمه

با توجه به مدل سازمانی جهانی بهداشت، اهداف نظام‌های سلامت شامل سلامت، عدالت در مشارکت منابع مالی، پاسخ‌دهی به انتظارات مردم در مورد مسایلی غیر از سلامت، انتظار مردم برای دریافت خدمات بهداشتی جامع، ایمن و با کیفیت بالاست و بیمارستان‌ها در این زمینه نقش مهمی دارند (۱). بیمارستان‌ها وظیفه و رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از زندگی جامعه را برعهده دارند (۲).

ماهیت خاص خدمات پزشکی و در نتیجه عدم تجربه‌ی ارباب‌رجوع در ارزیابی این خدمات که حتی باعث اشتباه در درمان بیماران می‌شود، عواقب بسیار سنگینی را بر آن‌ها تحمیل می‌کند و هزینه‌های زیادی به‌همراه دارد (۳). بنابراین کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی ارائه‌شده توسط بیمارستان‌ها بسیار مهم است (۲).

تجربه‌ی بین‌المللی در زمینه‌ی روش‌های ارزیابی نشان می‌دهد که تلفیق خود ارزیابی و بررسی به‌وسیله‌ی کارشناسان همگن خارجی سازمان‌های اعتباربخشی دوسنگ‌بنای هر فرایند ارزیابی موفق در سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌باشند. خودارزیابی مهم‌ترین قسمت محسوب می‌گردد؛ برای این منظور اعتباربخشی بیمارستان به‌عنوان یکی از استراتژی‌های کلیدی برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی ایمن و باکیفیت معرفی شده است. اعتباربخشی بیمارستان «ارزیابی بیرونی ساختارها، فرایندها و نتایج یک بیمارستان توسط یک نهاد اعتباربخشی حرفه‌ای مستقل با استفاده از استانداردهای بهینه از پیش تعیین شده» است (۴).

در ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برنامه‌ی اعتباربخشی را در سال ۱۳۸۹ تدوین و به بیمارستان‌ها ارسال کرد. برنامه‌ی اعتباربخشی از سال ۱۳۹۱ در ۳۷ بخش بیمارستان و ۸۱۰۴ اقدام برای آشنایی بیمارستان‌ها با این برنامه و ایجاد فرصت برای آمادگی مناسب اجرا شده است (۵).

با این حال، استانداردها نسبتاً ساختاری و محدود به فرایند بودند. علاوه بر این، تعداد استانداردهای مرتبط با نتیجه به‌شدت محدود بود. ۲۰ تا ۲۵ نفر از ارزیابان معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی مسئول اعتباربخشی بیمارستان‌ها بودند. به‌عبارت دیگر، حدود ۱۲۰۰ نفر در ارزیابی و اعتباربخشی بیمارستان‌های سراسر کشور مشارکت داشتند. در سال ۱۳۹۳ بازنگری صورت گرفت و استانداردهای نسل دوم در ۳۶ بخش و ۲۱۵۷ معیار بیان شد. در سال

۱۳۹۵، استانداردهای اعتباربخشی نسل جدید در ۸ محور، ۲۴۸ استاندارد و ۹۰۳ معیار تدوین شد (۵).

هشت محور اعتباربخشی نسل سوم به شرح زیر است: مدیریت و رهبری، پیشگیری و کنترل عفونت، خدمات پاراکلینیکی، مراقبت و درمان، مدیریت اطلاعات، احترام به حقوق گیرندگان خدمات، مدیریت خدمات پرستاری و مدیریت داروها و تجهیزات (۵).

در ایران، فرایند اعتباربخشی شامل دو مرحله‌ی ارزیابی داخلی و ارزیابی خارجی است. ارزیابی داخلی اولین مرحله از مدل اعتباربخشی است که در آن خود اعضا شاخص‌ها و سوالات ارزیابی را تدوین می‌کنند. سپس روش‌های جمع‌آوری داده‌ها را تعیین می‌کنند. پس از پایان جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، درباره‌ی خود قضاوت می‌کنند. در نهایت، وضعیت فعلی را با وضعیت مطلوبی مورد مقایسه قرار داده می‌شود. در نتیجه، نقاط قوت و ضعف آشکار و راهکارها برای ارتقای کیفیت؛ پیشنهاد و اجرا می‌شود. به‌عبارت دیگر میزان سازگاری وضعیت فعلی با شاخص‌ها ارزیابی می‌شود. بر اساس نتایج، فعالیت‌های آتی در ارزیابی داخلی برنامه‌ریزی شده است (۶ و ۷).

ارزیابی خارجی مرحله‌ی دوم اعتباربخشی است که در آن هیات‌مدیره همگن خارج بیمارستان، از بیمارستان بازدید می‌کند. نه تنها گزارش ارزیابی داخلی را بررسی می‌کند، بلکه گزارش ارزیابی رسمی سیستم اعتباربخشی را نیز تهیه می‌کند. نتیجه‌ی این گزارش منجر به رتبه‌بندی نظام بیمارستانی می‌شود (۷). پزشکان، مرکز هر سازمان مراقبت بهداشتی هستند و عناصر کلیدی در تصمیم‌گیری‌های کلیدی در مورد مراقبت از بیماران هستند (۸).

بنابراین، تلاش بیمارستان‌ها برای مشارکت دادن پزشکان در بهبود مراقبت از بیمار امری ضروری است؛ استانداردها و اقدامات متعدد اعتباربخشی مستقیماً با تخصص پزشکان مرتبط می‌باشد. تدوین این موارد و تکمیل فرم‌های ارزیابی مستلزم همکاری پزشکان است (۹).

مشارکت کادر پزشکی و پیراپزشکی در رهبری بالینی و استراتژی‌های سازمانی برای ارتقای کیفیت، پیش‌نیاز مهم برای ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالاست. در نتیجه، بسیاری از بیمارستان‌ها تعامل پزشک را به‌عنوان یک اولویت استراتژیک پذیرفته‌اند. پزشکان باید در فعالیت‌های بهبود کیفیت شرکت کنند تا سیستم‌ها ایمن‌تر و قابل اطمینان‌تر کار کنند. شواهد قبلی نشان می‌دهد که وقتی پزشکان درگیر و متعهد به سیستم هستند، ایمنی و بهبود

که در نهایت بین دو محقق اجماع گردید. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد. دو مصاحبه‌ی اول عمیق و بدون ساختار بود. مصاحبه‌های بعدی به سمت مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گرایش داشت. نویسندگان جمع‌آوری داده‌ها را با یک سوال کلی آغاز کرد (مانند «موانع مشارکت پزشکان در فعالیتهای اعتباربخشی بیمارستان چیست؟»)، که ایده‌ها و دیدگاه‌های همه شرکت‌کنندگان را در برمی‌گرفت. او سپس بحث را از مفاهیم گسترده به موضوعات خاص‌تر تغییر داد. مصاحبه‌ها ۴۰ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید و در محل کار مصاحبه‌شونده انجام شد تا پاسخ‌گویان احساس راحتی بیشتری کنند. داده‌های به‌دست آمده در ATLAS.ti نسخه‌ی ۵ توسط نویسندگان مسئول با استفاده از روش تحلیل محتوا تجزیه و تحلیل گردید. تجزیه و تحلیل محتوا شامل پنج مرحله است که عبارتند از: آشنایی، القای مضامین، کدگذاری، شرح و تفصیل و تفسیر و بررسی (۱۵ و ۱۴).

مصاحبه‌ها به صورت شفاهی رونویسی و چندین بار بررسی گردید تا یک نمای کلی ارایه شود. واحدهای معنادار یا کدهای اولیه شناسایی، کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها طبقه‌بندی و موضوعات به‌عنوان شاخص‌های محتوای اصلی سازمان تنظیم شدند. کدها توسط دو محقق با هم مقایسه شدند و تصمیمات مربوط به اختلافات با اجماع اتخاذ شد. مطالعه‌ی حاضر به منظور اطمینان از اعتبار و صحت داده‌ها از چهار معیار (روایی یا مقبولیت، پایایی یا سازگاری، قابلیت انتقال، تاییدپذیری) پیشنهاد شده توسط گابا و لینکلن در نظر گرفته شده است (۱۶) و محقق سعی کرده است که یافته‌ها منعکس‌کننده‌ی تجربیات واقعی شرکت‌کنندگان باشد. جلساتی با کارشناسان برای اطمینان از صحت کدها و برداشت‌های محقق از آن‌ها و تصحیح کدهایی که منعکس‌کننده‌ی نظرات پاسخ‌دهندگان نیستند، برگزار شد. فرایند رمزگذاری موضوع، طبقه‌بندی و استخراج توسط سرپرستان، مشاوران و کارشناسان بررسی شد تا اطمینان حاصل شود که موارد با اظهارات شرکت‌کنندگان مطابقت دارند. محقق به منظور افزایش قابلیت انتقال یافته‌ها و کمک به دیگران در ردیابی افکار محققان و بررسی ویژگی‌های جامعه‌ی مورد مطالعه، از توضیحی واضح، دقیق و هدفمند از فرایند مطالعه استفاده کرد.

یافته‌ها

اکثر شرکت‌کنندگان در این مطالعه را مردان (۷۸٪)، با مدرک دکتری و

کیفیت بالاتر است (۱۰).

در این میان، مطالعات مختلف تحقیقاتی در ایران، عدم مشارکت پزشکان در فرایند اعتباربخشی را یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در ایجاد استانداردهای اعتباربخشی معرفی کرده‌اند (۷ و ۹).

در برنامه درسی دوره پزشکی عمومی و یا سایر گروه‌های پیراپزشکی بیشتر به دانش و مهارت‌های درمانی پرداخته می‌شود و محتوای اعتباربخشی و بهبود کیفیت پرداخته نمی‌شود (۱۱).

گزارش شده است که بسیاری از مشکلات عدم مشارکت پزشکان با آموزش صحیح و ایجاد انگیزه‌ی مناسب و تسهیل مشارکت در آینده قابل حل است (۱۲). مقاله‌ی Mainz و همکاران (۲۰۱۹)، نشان داد که مقاومت پزشکان در برابر فرایند تضمین کیفیت و بهبود کیفیت و اعتباربخشی بیمارستان در همه کشورها و سیستم‌های بهداشت عمومی رایج است (۱۳).

بنابراین از آنجایی که ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی مطابق با استانداردهای اعتباربخشی و افزایش مشارکت پزشکان در این امر بسیار مهم است، این مطالعه با هدف بررسی موانع مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه‌ی کیفی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۹ انجام شد. مشهد مرکز استان خراسان رضوی در شمال شرقی ایران قرار دارد. این شهر با حدود ۳ میلیون نفر جمعیت دومین شهر بزرگ ایران است و سالانه بیش از ۲۵ میلیون زائر را به خود جذب می‌کند.

۱۱ بیمارستان آموزشی دولتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در پژوهش شرکت کردند. ۱۱ مدیر از ۱۱ بیمارستان به همراه ۹ پزشک و ۸ کارشناس که دانش کافی در مورد برنامه‌های اعتباربخشی داشتند، از طریق نمونه‌گیری هدفمند گلوله برفی برای مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل موارد زیر بود: داشتن تجربه‌ی موثر در زمینه‌ی اعتباربخشی (بیش از سه سال) که به معنای سابقه کار در بیمارستان است. داشتن سابقه‌ی علمی مرتبط و شرکت در کمیته‌های اعتباربخشی (بیش از سه سال).

جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی ادامه یافت که داده‌های جدید و مضمون جدیدی وجود نداشت. در مجموع ۲۸ مصاحبه قبل از اشباع داده‌ها انجام شد

بالاتر (۶۷٪) با ۱۱ تا ۲۰ سال سابقه کار تشکیل می‌دادند. ویژگی‌های اجتماعی و جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	مدیران سلامت (%)	پزشکان (%)	کارشناسان مدیریت کیفیت (%)	کل (%)
جنس				
زن	۹/۰۱	۲۲/۲۲	۳۷/۰۳	۲۱/۰۴
مرد	۹۱/۰۱۰	۷۷/۰۷	۶۲/۰۵	۷۸/۰۶
تحصیلات				
کارشناسی ارشد	۲۷/۰۳	۰/۰	۷۵/۰۶	۳۲/۰۱
دکتری و بالاتر	۷۲/۰۸	۱۰۰/۰۹	۲۵/۰۲	۶۷/۰۹
سابقه کار				
۱-۱۰ سال	۹/۰۱	۴۴/۰۴	۳۷/۰۳	۲۸/۰۶
۱۱-۲۰ سال	۳۶/۰۳	۴۴/۰۴	۵۰/۰۴	۴۲/۰۸
۲۱-۳۰ سال	۵۴/۰۵	۱۱/۰۲	۱۲/۰۵	۲۸/۰۶

کیفیت، اعتباربخشی غیرواقعی، ماهیت اعتباربخشی، توان‌مندسازی پزشکان در زمینه کیفیت، ارتباط موثر، محدودیت منابع، ابهام در نقش و عدم اطمینان در مورد نحوه‌ی شرکت در برنامه اعتباربخشی بود. دسته‌بندی مضامین، مضامین فرعی و موارد به‌دست آمده در این تحقیق در جدول ۲ نشان داده شده است.

سه موضوع اصلی، ۱۲ موضوع فرعی و ۵۷ مورد برای موانع مشارکت پزشکان در فعالیتهای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها شناسایی شد. سه مضمون اصلی به فرهنگی، سازمانی و رفتاری تقسیم شد. موضوعات فرعی شامل انگیزه، تقاضای بیمار، اعتماد متقابل و سیستم ارزیابی، حجم کار بالا، درک نقش واحد مدیریت

جدول ۲: موانع مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد بر اساس روش کیفی

مفاهیم اصلی	زیرمفهوم	موارد
	انگیزش	<ul style="list-style-type: none"> ➤ عدم ارتباط بین اعتباربخشی و عملکرد پزشک ➤ عدم استفاده از کارانه به‌عنوان مشوق ➤ عدم تطبیق نتایج ارزیابی با عملکرد واقعی بیمارستان ➤ عدم تمایز عملکردهای مثبت در حوزه‌ی اعتباربخشی ➤ محسوس نبودن پاداش مشارکت در اعتباربخشی برای پزشکان ➤ محسوس نبودن درجه‌بندی بیمارستان‌ها بر اساس نمره اعتباربخشی
فرهنگی	مطالبه‌گری بیمار	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تصور نادرست از قضاوت بیمار در مورد خدمات ➤ نبود حس مطالبه‌گری در بیماران ➤ تمرکز کم تیم مدیریتی روی پزشکان ➤ سیستم‌های نظارتی نامناسب جهت بررسی مشارکت پزشکان
	اطمینان متقابل و نظام ارزیابی	<ul style="list-style-type: none"> ➤ عدم اطمینان به مدیریت ➤ عدم الزام پزشکان به مشارکت در فرایند اعتباربخشی از جانب مدیران ➤ نبود مدیران توانمند در بیمارستان

مفاهیم اصلی	زیرمفهوم	موارد
	حجم بالای کار	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تقابل میان کیفیت و کمیت در بیمارستان‌های دولتی ➤ حجم بالای کار در بیمارستان‌های دولتی ➤ دولتی یا خصوصی بودن بیمارستان ➤ سیستم ارجاع نامناسب ➤ وجود بیمار زیاد به واسطه شهرت بیمارستان
	درک نقش واحد مدیریت کیفیت	<ul style="list-style-type: none"> ➤ درک نکردن الزام اعتباربخشی ➤ عدم آگاهی از ماهیت اعتباربخشی ➤ عدم درک اهمیت اعتباربخشی از جانب پزشکان ➤ کم‌کاری دفتر بهبود کیفیت در جلب مشارکت پزشکان ➤ نبود زبان مشترک بین افراد دخیل در فرایند اعتباربخشی ➤ تاثیر منفی ارزیاب
	غیرواقعی بودن اعتباربخشی	<ul style="list-style-type: none"> ➤ عدم تطبیق سنج‌های اعتباربخشی با عملکرد واقعی بیمارستان ➤ عدم شفافیت سنج‌های اعتباربخشی ➤ نبود سنج‌های اعتباربخشی براساس تخصص‌های مختلف پزشکی ➤ یکی بودن نهاد ارزیابی‌کننده و ارزیابی‌شونده ➤ جذاب بودن اعتباربخشی بیمارستان از اعتباربخشی آموزشی
سازمانی	ماهیت اعتباربخشی	<ul style="list-style-type: none"> ➤ حجم بالای مستندسازی در اعتباربخشی ➤ زمان‌بر بودن فرایند اعتباربخشی ➤ عدم توجه به ماهیت تیم‌گونه در فرایند اعتباربخشی ➤ عوض شدن زود هنگام سیاست‌های کلی اعتباربخشی ➤ غیرمستمر بودن اعتباربخشی ➤ کاغذبازی دانستن اعتباربخشی ➤ ماهیت اجباری فرایند اعتباربخشی ➤ ماهیت استرس‌زای اعتباربخشی ➤ ماهیت آزمون‌گونه اعتباربخشی ➤ ماهیت غیررقابتی اعتباربخشی ➤ عدم آشنایی دستیاران تخصصی با اعتباربخشی
	توان‌مندسازی پزشکان در حوزه کیفیت	<ul style="list-style-type: none"> ➤ عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در دوره‌های بازآموزی ➤ عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در طی تحصیل ➤ مهارت ناکافی پزشکان جهت مشارکت در اعتباربخشی ➤ موثر نبودن آموزش‌های مرتبط با فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی ➤ عدم تطبیق سیستم اطلاعات بیمارستانی با نیازهای پزشکان
	ارتباط اثربخش	<ul style="list-style-type: none"> ➤ نبود یک کانال ارتباطی موثر بین پزشکان و دفتر بهبود کیفیت ➤ نبود یک کانال ارتباطی موثر بین پزشکان و مدیران ارشد بیمارستان‌ها
	محدودیت منابع	<ul style="list-style-type: none"> ➤ محدودیت تجهیزات ➤ محدودیت منابع انسانی ➤ محدودیت منابع فیزیکی ➤ محدودیت منابع مالی



مفاهیم اصلی	زیرمفهوم	موارد
رفتاری	ابهام در نقش	ابهام در نقش پزشک در فرایند اعتباربخشی
		چندبیمارستانه بودن پزشک
		چندشغله بودن پزشک
		عدم تعهد پزشک نسبت به بیمارستان
		عدم درک درست وظیفه شغلی
		نبود حس پاسخ‌گویی در قبال وظایف
		احساس تجاوز به خودمختاری پزشکان
	عدم اطمینان به نحوه‌ی مشارکت	جدی نگرفتن اعتباربخشی
		حس تحمیل هزینه
		خوگرفتن با روندهای گذشته
		در اولویت نبودن اعتباربخشی برای پزشک
		دیدگاه مبتنی بر جدابودن اعتباربخشی از فعالیت بالینی
		عدم احساس نیاز به اعتباربخشی
		عدم اطمینان به استمرار برنامه اعتباربخشی به شکل فعلی

• موانع فرهنگی

* انگیزه

وی ادامه داد: «در بیمارستان‌های بزرگی که همیشه و در هر شرایطی رتبه‌ی

اول را به خود اختصاص داده‌اند، ذهنیتی که ممکن است در پزشکان به وجود

آمده باشد این است که در هر شرایطی کار می‌کنند و این بیمارستان همیشه رتبه

اول را خواهد داشت زیرا بیمارستان یک بیمارستان دولتی است» (P28).

مانع دیگری که در این زمینه وجود دارد، نامشخص بودن نتایج عملکرد

مثبت در حوزه‌ی اعتباربخشی است.

«بسیاری از کارکنان ما می‌گویند که ما در درجه یک مانده‌ایم یا از درجه دوم

به درجه یک ارتقا پیدا کردیم، اما شما ما را تشویق نکردید. برای پزشکان هم

همین‌طور است. آن‌ها می‌گویند که من آنقدر درگیر اعتباربخشی بودم اما هیچ

نتیجه‌ای نمی‌بینم» (P34).

وقتی بیمارستان‌ها برای ابتکار عمل در اعتباربخشی پاداش و تنبیه نمی‌کنند،

انگیزه پزشکان برای مشارکت کاهش می‌یابد.

«نکته دیگر این است که هیچ بازخوردی از این موضوع وجود ندارد و هیچ

انگیزه‌ای برای پزشکان وجود ندارد. مثلاً به معاونت درمان بیمارستان آمدم و در

اعتباربخشی کمک کردم. چه بازخوردی از آن می‌گیرم، از نظر مالی یا معنوی

یا در موقعیتی؟» (P26).

یکی از موانع موجود در این زمینه عدم ارتباط بین درآمد پزشکان و عملکرد

آن‌ها در برنامه‌های اعتباربخشی است.

«حکومت و رهبری یک مرکز پزشکی نتوانسته فرایندهایی را که در آن

پزشکان در تایید اعتبار مشارکت دارند، تایید کند. یعنی پزشک باید بداند که

عملکرد آن‌ها باید مطابق با معیارهای اعتباربخشی باشد. در غیر این صورت

نمی‌تواند به نتیجه مطلوب برسد» (P13).

یکی دیگر از موانع رایج، فقدان مکانیزم تشویق مالی است. حدود ۸۹ درصد

از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که عدم ارتباط بین پرداخت شایستگی پزشکان

و مشارکت در اعتبارسنجی، مشارکت را به شدت کاهش داده است.

«اگر دیدید که دکتر درگیر پروسه اعتباربخشی است و درصد حق‌الزحمه او

بالا می‌رود، قطعاً مشارکت افزایش می‌یابد. اما وقتی اینقدر کار می‌کند و چیزی

به دست نمی‌آورد، می‌گوید چرا باید همکاری کنم» (P22).

تفاوت در نتایج ارزیابی با عملکرد واقعی بیمارستان یکی از موانع همکاری

پزشکان در اعتباربخشی بیمارستان است.

*** تقاضای بیمار**

یکی از موانع مشارکت در اعتباربخشی، ناتوانی بیماران در شناخت کیفیت خدمات ارائه شده‌ی پزشکان است. ۵۸ درصد از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که فقدان تقاضا در بین بیماران نقش اساسی در مشارکت پزشکان در اعتباربخشی دارد.

«اگر بیمار مطالبه‌گر باشد، پزشک مجبور به مشارکت بیشتر خواهد شد.» (P۱۶)

*** اعتماد متقابل و سیستم ارزیابی**

نبود رهبری و مدیریت صحیح پزشکان، عدم حمایت مدیریتی از آنان و ناتوانی در همکاری با سایر متخصصان پزشکی از دیگر موانع مشارکت پزشکان در اعتباربخشی بود که ۷۴ درصد از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند.

«بی‌اعتمادی نیز می‌تواند نقش مهمی ایفا کند. وقتی یک گروه باهم به نحوی کار کنند که به نفع همه باشد، میزان مشارکت افزایش می‌یابد. اما اگر بدانند که مزاحم هستند و تیم مدیریت در مورد فعالیت‌هایشان بازخورد نمی‌دهد، مشارکت برایشان مهم نخواهد بود.» (P۸)

با وجود این، عدم الزام تیم مدیریتی پزشکان بیمارستان به رعایت شاخص‌های کیفیت و اعتبار می‌تواند مشارکت آن‌ها را در استانداردهای کیفیت و اعتبارسنجی کاهش دهد.

«... شاید احساس ناهنجاری و ایستادن بر سر مراسم نیز تاثیرگذار باشد. افراد یا مدیران از رویارویی با پزشکان و شرکت در برنامه‌های اعتباربخشی و بهبود کیفیت شرمسار هستند. بنابراین کمتر تمایلی به آموزش آن‌ها دارند. شاید حتی اگر مدیران به پزشکان دستور دهند، با واکنش‌های منفی مواجه شوند.» (P۲)

فقدان یک چارچوب ارزیابی و نظارت پذیرفته‌شده برای پزشکان برای شاخص‌های کیفیت و اعتبار می‌تواند منجر به کاهش سطح علاقه به استانداردهای اعتباربخشی شود.

«زمانی که نظارت، موثر، مفید و آموزشی باشد، مشارکت بیشتر خواهد بود.» (P۵)

• موانع سازمانی*** حجم کار بالا**

یکی از بزرگ‌ترین موانع مشارکت پزشکان در فرایندهای اعتباربخشی و

بهبود کیفیت در یک بیمارستان دولتی بود که ۶۹ درصد از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند، عدم تعادل بین کمیت و کیفیت کار پزشکان است.

«بیمارستان‌ها بیشتر به کمیت اهمیت می‌دهند تا کیفیت. با افزایش درآمد بیمارستان‌ها، آن‌ها دوست دارند خدمات بیشتری ارائه دهند. در نتیجه کیفیت، فدای کمیت می‌شود.» (P۱۵)

کمبود وقت و حجم کار سنگین پزشکان به‌عنوان یکی از موانع عمده در مشارکت آنان در برنامه‌های اعتباربخشی ذکر شده است.

از طرفی مشکلی که پزشکان دارند این است که وقت ندارند. در نهایت، در بیمارستان‌های آموزشی، اعضای هیأت علمی آن‌قدر درگیر مسایل آموزشی درمانی و تحقیقاتی هستند که دیگر در این زمینه‌ها همکاری نمی‌کنند.» (P۱۲)

*** درک نقش واحد مدیریت کیفیت**

درجه‌ی بالایی از بی‌تفاوتی در بین پزشکان در مورد نیاز به اعتباربخشی برای بیمارستان وجود دارد. همچنین عدم آگاهی از اجرای برنامه‌های اعتباربخشی نیز مانع دیگری است که ۶۳ درصد از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند.

«مهم‌ترین بخش این است که پزشکان معایب فقدان یک برنامه اعتباربخشی را درک نکردند.» (P۲۸)

بسیاری از پزشکان در این فرایند دخیل نیستند و نمی‌دانند چه باید بکنند، بسیاری از پزشکان اصلاً از روند اعتباربخشی آگاه نیستند.» (P۹)

*** اعتباربخشی غیر واقعی**

گاه مشاهده شده است که پزشکان در انجام کار اعتباربخشی از سوی ارزیاب دلسرد شده و مورد بازجویی قرار می‌گیرند که مشارکت آن‌ها را کاهش می‌دهد. همچنین گاهی عدم شفافیت در مورد جمع‌آوری داده‌های اعتباربخشی و الزامات استفاده از داده‌های بالینی و به‌ویژه انتشار یافته‌های آن می‌تواند پزشکان را از طرح‌های اعتباربخشی منصرف کند؛ ۴۸ درصد از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند:

«یکی از مشکلات اعتباربخشی ممکن است این باشد که گاهی استانداردها یا معیارها یا مراحل اعتباربخشی برای صاحبان فرایند و کسانی که در بیمارستان کار می‌کنند چندان واضح نیست.» (P۱)

مداخلات فزاینده‌ی وزارت بهداشت در مورد طرح‌های بهبود کیفیت اغلب به‌عنوان یک مانع دیگر دیده می‌شود.

«بیمارستان‌های دولتی هم به وزارت بهداشت می‌گویند که اگر به ما نمره



بد بدهید، به خودتان آسیب می‌زنید» (P۲۳).

* ماهیت اعتباربخشی

گاهی اوقات تعدد روش‌ها، ابزارها و رویکردهای مرتبط با فرایندهای اعتباربخشی، انواع مختلفی از موانع را بر سر راه مشارکت فعال پزشکان ایجاد می‌کند. پزشکان جوان احساس می‌کنند که این پروژه‌های اعتباربخشی بیشتر کاغذبازی هستند و کمتر درگیر هستند. در برخی موارد، فرایندهای فصلی یا ناپیوسته اعتباربخشی منجر به خستگی پزشکان و مشارکت کمتر آن‌ها در پروژه‌های اعتباربخشی می‌شود.

«به این معنی است که متأسفانه کارکنان فهمیدند که کار با کیفیت به معنای تهیه یک سند است، یعنی فقط ما داریم مستند می‌کنیم» (P۵).

«خود اعتبارنامه وقتی آمد و رفت، دو سه روز انجام شد و متوقف شد، تا یک سال بعد، دو سال بعد که دوباره اعتباربخشی انجام شد» (P۱).

* توانمندسازی پزشکان در زمینه کیفیت

بسیاری از پزشکان جوان آمادگی شرکت در برنامه‌های اعتباربخشی را ندارند زیرا آموزش‌های لازم را در دانشگاه خود ندارند. همچنین، آموزش در حین کار در مورد برنامه‌های اعتباربخشی ناکافی است، ۷۸ درصد از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند: «دکتر در دانشگاه فقط در مان بیماری را یاد می‌گیرد» (P۲۸).

* ارتباط موثر

یکی از موانعی که پزشکان در سطح سیستم اعتباربخشی متوجه می‌شوند، فقدان یک سیستم اطلاعاتی قابل اعتماد و برخی پایگاه‌های اطلاعاتی پیچیده است که امکان مقایسه‌ی معیارها را فراهم می‌کند که ۶۰ درصد از مصاحبه‌شوندگان بیان کردند:

«اکنون ما یک سیستم اطلاعاتی واحد نداریم، حدود بیست مدل نرم‌افزار بیمارستانی داریم که هر کدام مجموعه مشکلات خاص خود را دارند» (P۲).

* محدودیت منابع

کمبود منابع مالی، فنی و انسانی کافی از دیگر موانع مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی است و ۸۶ درصد از مصاحبه‌شوندگان این مورد را بیان کردند:

«پرستاران، تجهیزات و امکانات پزشکی، محیط بیمارستان، نسبت بیماران به پزشک، همه این‌ها برای مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی موثر است» (P۱۶).

* موانع رفتاری

* ابهام در نقش

با وجود تلاش‌ها برای بهبود اعتباربخشی بیمارستان، برخی از پزشکان هنوز دیدگاه مبهمی نسبت به مفهوم اعتباربخشی بیمارستان دارند. «بسیاری از پزشکان از نقش خود در برنامه‌های اعتباربخشی اطلاعی ندارند» (P۱۲).

* عدم اطمینان در مورد نحوه‌ی مشارکت

پزشک محوری یکی از موانعی است که ممکن است منجر به مقاومت پزشکان برای مشارکت در اعتبارسنجی شود. بسیاری از پزشکان نیز می‌گویند که برنامه‌های اعتباربخشی برای آن‌ها جدید بوده و انجام آن بسیار دشوار است. «آن‌ها دیدگاه انتقادی ندارند و کار گروهی را نمی‌پذیرند» (P۲۸).

«این برنامه‌ها در آینده چیزی را در اینجا تغییر نمی‌دهند» (P۸).

مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی می‌تواند مانع برانگیز باشد. در واقع این فرهنگ اعتباربخشی در بین پزشکان کمتر دیده می‌شود.

«در نظام پرستاری فرهنگ‌سازی شده است، اما در نظام پزشکی نه. ممکن است لازم باشد که مدیر بخش‌های پزشکی در کار اعتباربخشی مشارکت داشته باشد» (P۱۲).

بحث

هدف از این مطالعه شناسایی موانع مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود. اجرای اعتباربخشی مستلزم تغییرات زیادی در رفتار، فرهنگ و ساختار سازمانی بیمارستان برای بهبود عملکرد پزشکان در انجام فعالیت‌های اعتباربخشی بیمارستان است (۱۷).

در این پژوهش موانع پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی در سه بُعد اصلی فرهنگی، سازمانی و رفتاری طبقه‌بندی شده است. گزارش شده است که فرهنگ لازم برای مشارکت در کار گروهی مانند اعتباربخشی وجود ندارد. بر اساس تحقیقات قبلی، پزشکان احساس می‌کنند که اعتباربخشی رسمی است و تمایلی به شرکت در برنامه‌ی اعتباربخشی ندارند (۱۸).

پیشنهاد می‌شود با الگوبرداری مناسب از کشورهای موفق در زمینه‌ی اعتباربخشی بیمارستان‌ها در سراسر جهان که اعتباربخشی را به بخش خصوصی

برون‌سپاری کرده‌اند، بتوان به‌نوعی تضاد منافع را به حداقل رساند.

گزارش شده است که رابطه‌ی بین نمره‌ی بیمارستان و نمره‌ی اعتباربخشی ملموس نیست. همچنین تاکید شد که باعث کاهش انگیزه و بی‌تفاوتی در بین پزشکان و کادر درمانی شده است (۱۹).

یکی از راه‌حل‌ها پیوند دادن پروانه پزشکان یک بیمارستان به رتبه‌ی آن بیمارستان است. این، کمک می‌کند تا پزشکان مراقب رتبه بیمارستان باشند. راه‌حل ممکن دیگر ایجاد هماهنگی بیشتر بین ارزیابی‌های وزارتخانه است. یکی از موانع دیگر در این زمینه این است که اعتباربخشی هیچ ارتباطی با عملکرد پزشکان ندارد که Vieira-Meyer و همکاران (۲۰۲۰) نیز در تحقیقات خود بر آن تاکید کردند (۲۰).

طبق این مطالعه، حتی در کشورهایی با سنت طولانی و بهبود کیفیت موفق (به‌عنوان مثال، انگلستان)، پزشکان عمومی (GP) ممکن است انگیزه‌ای برای معرفی ابتکارات بهبود کیفیت مداوم، مانند اعتباربخشی یا جستجوی فعال برای فرصت‌های جدید در این زمینه نداشته باشند (۲۰). آینده و حقوق پزشکان باید متناسب با عملکرد آن‌ها در اعتباربخشی باشد.

یکی از قابل توجه‌ترین نتایج مطالعات صالحی و پیروی (۱۳۹۵) و Choa و همکاران (۲۰۲۲)، میزان تفاوت پزشکان بین عملکرد عالی خود در اعتباربخشی و مزایا و معایب بود. در تحقیق مذکور مشخص شد که فعالیت‌های بهبود کیفیت با نارضایتی پزشکان و از دست دادن استقلال، مسئولیت‌های اضافی، اصلاح الزامات بازپرداخت و افزایش انتظارات بیماران، پرداخت‌کنندگان، بیمه‌گران و تنظیم‌کننده‌ها رابطه دارد (۲۲ و ۲۱).

یکی از مواردی که در مطالعه‌ی Vieira-Meyer و همکاران (۲۰۲۰) نیز بر آن تاکید شده، عدم توجه کافی تیم مدیریت به پزشکان است (۲۰). بر اساس نتایج پژوهش فوق، برخی از موانع فرایندهای اعتباربخشی شامل عدم رهبری پزشکان عمومی و همچنین عدم پشتیبانی مدیریتی و توانایی همکاری با سایر متخصصان می‌باشد. با توجه به اینکه پزشکان نقش بسیار مهمی در اعتباربخشی دارند، تیم مدیریت باید از اهرم‌های جدید و مهم‌تری برای مشارکت دادن پزشکان در اعتباربخشی استفاده کند (۲۰).

همان‌طور که در مطالعه‌ی دیگری که توسط Gleeson و همکاران (۲۰۱۶) انجام شده است، موضوع مهم دیگر در این زمینه، بی‌اعتمادی به مدیریت است. بر اساس تحقیقات مذکور، سوءظن پزشکان نسبت به انگیزه‌ها و برنامه‌های

پنهانی مدیران، آنان را از تلاش لازم برای شرکت در برنامه اعتباربخشی باز داشته است (۲۳).

بنابراین باید در بیمارستان برای رفع تضاد منافع در مورد اعتباربخشی و ایجاد ارتباط نزدیک بین تیم مدیریت اعتباربخشی بیمارستان و پزشکان اقدام شود. در مطالعه‌ی Kamau و همکاران (۲۰۲۰) ذکر شده است که پزشکان جوان در صورت نیاز به کمک ممکن است نتوانند به مشاوره‌ی فنی و پشتیبانی برای ممیزی بالینی یا پروژه‌های بهبود کیفیت دسترسی داشته باشند (۲۴).

باتوجه به اهمیت مشارکت پزشکان در اعتباربخشی، پیشنهاد می‌شود که با افزودن پرسنل به واحد بهبود کیفیت بیمارستان، تمرکز بیشتری بر ارتقای خدمات ارائه‌شده توسط پزشکان داشته باشد. یکی دیگر از عوامل ذکر شده توسط شرکت‌کنندگان، عدم آگاهی از ماهیت اعتباربخشی بود. Zarkali (۲۰۱۴) استدلال کرد که برخی از پاسخ‌دهندگان (پزشکان) کاملاً از فعالیت‌های اعتباربخشی بی‌اطلاع بودند، در واقع، یکی از پاسخ‌دهندگان اعلام کرد که «فعالیت‌های بالینی خود را انجام می‌دهم زیرا بعداً مطلع شدم که بیمارستان ما مورد ارزیابی قرار گرفته است و من بی‌اطلاع بودم» (۲۵).

از دیگر موانع بیان‌شده می‌توان به عدم شفافیت و ملموس بودن اقدامات اشاره کرد. Patow و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود به عدم شفافیت در جمع‌آوری اطلاعات محرمانه بیماران و شرایط استفاده از داده‌های بالینی در تحقیقات به‌ویژه انتشار یافته‌های اعتباربخشی اشاره کرده‌اند. این می‌تواند پزشکان را از جستجوی پروژه‌های اعتبارسنجی باز دارد (۲۶).

گاهی اوقات پزشکان اطلاعاتی در مورد اعتباربخشی و سایر فعالیت‌های بهبود کیفیت یا بازخورد لازم دریافت نمی‌کنند. یکی از مسایل دیگر در این زمینه، به‌رسمیت شناختن اعتبار توسط پزشکان است. Boyle و Keep (۲۰۱۸) متوجه شدند که برخی از پزشکان معتقدند که اعتباربخشی به کاغذبازی بیشتری نیاز دارد و وقتشان را می‌گیرد همان‌طور باید بنشینند و بنویسند (۲۷).

یکی از موضوعات مهم در این زمینه، الزامی بودن و استرس‌زا بودن فرایند اعتباربخشی است. نتایج مطالعات قبلی نشان می‌دهد که پزشکان به دلیل ترس از آزار و اذیت و اجبار ارزیابی‌کنندگان و تیم‌های مدیریتی در اعتباربخشی و همچنین اضطراب و استرس فرایند، از مشارکت یا در نظر گرفتن فعالیت‌های بهبود کیفیت اجتناب می‌کنند. گاهی اوقات، نگرش منفی پزشکان نسبت به اعتباربخشی ممکن است باعث شود آن‌ها اعتباربخشی را آزمونی برای صلاحیت



به ما کمک کنند در مطالعه نباشند. علاوه بر این، اگر شرکت‌کنندگان یا محققان متفاوت بودند، نتایج این مطالعه ممکن بود متفاوت باشد. همچنین، این پژوهش صرفاً بر مشکلات مربوط به مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی متمرکز بوده و توصیه می‌شود مطالعات آتی بر نقاط قوت این برنامه نیز تمرکز کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که سه مانع اصلی (فرهنگی، سازمانی و رفتاری) در ارتباط با مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی وجود دارد. براساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، سیاست‌گذاران باید به چنین چالش‌هایی در رابطه با مشارکت موفق پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی رسیدگی کنند. از این رو پیشنهاد می‌شود که با ایجاد انگیزه و حمایت مدیریتی با موانع فرهنگی مقابله شود. سپس با ایجاد تعادل در حجم کاری پزشکان و ارایه آموزش ساختار اعتباربخشی بیمارستان و واحدهای ارتقای کیفیت، موانع سازمانی مرتفع خواهد شد. همچنین بهتر است که عملکرد بخش‌های بیمارستانی را به فعالیت‌های ارتقای کیفی و اعتباربخشی پیوند داده شود. از این رو، در صورتی که بخش بر اساس قوانین و مقررات اعتباربخشی کار کند و همچنین پزشکان برای ارتقای کیفیت خدمات خود تلاش کنند، باید نمره‌های بالاتری نسبت به همکاران خود دریافت کنند. به‌عنوان مثال، در بخش جراحی، افرادی که خدمات باکیفیت بالاتری نسبت به دیگران ارایه می‌دهند، باید امتیاز بیشتری کسب کنند؛ همچنین با ارایه آموزش در خصوص جایگاه و نقش پزشکان در اعتباربخشی و همچنین تقویت روحیه تیمی، موانع رفتاری به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه با عنوان «بررسی موانع مشارکت پزشکان در فعالیت‌های اعتباربخشی» در مقطع کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۸ با کد ۹۸۰۴۹۸ است. نویسندگان مایلند از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه کمک کردند، تشکر و قدردانی کنند. این تحقیق مورد تایید کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شماره IR.MUMS.REC.1398.263 قرار گرفته است.

بالینی و عملکرد ضعیف خود بدانند (۲۹ و ۲۸).

موضوع دیگر، عدم آموزش پزشکان در زمینه‌ی ارتقای کیفیت و اعتباربخشی در دوران تحصیل است. در مطالعات Bethune (۲۰۱۳) و Hooper و همکاران (۲۰۱۵)، مشخص شده است که در برخی موارد، شکاف در دانش در طول مطالعات در مورد رابطه بین فعالیت‌های بالینی و اعتباربخشی ممکن است باعث شود پزشکان کمتر از صلاحیت علمی و پتانسیل اعتباربخشی خود عمل کنند (۳۱ و ۳۰).

همان‌طور که در مطالعه‌ی انجام شده توسط Solberg و همکاران (۲۰۰۹) بیان شده است، یکی از موضوعات قابل توجه دیگر در این زمینه عدم آموزش در مورد فرایندهای بهبود کیفیت و اعتباربخشی در دوره‌های بازآموزی است. براساس نتایج تحقیق فوق، پزشکان، آموزش حین کار در مورد اعتباربخشی را ناکافی دانستند (۳۲).

لازم به ذکر است که آموزش مهارت‌های جدید مانند اعتباربخشی به پزشکان برای اندازه‌گیری، توسعه طرح و ارتقای کیفیت نیاز به سرمایه‌گذاری و جهت‌دهی درستی دارد. اما اکثر پزشکان ظرفیت کافی برای آن را ندارند. بنابراین، آموزش باید به یک سری سازمان‌های مردم‌نهاد واگذار شود. همچنین معاونت درمان دانشگاه باید بر آن‌ها نظارت داشته باشد و کارایی دوره‌ها را به‌طور مرتب ارزیابی کند، یکی از مشکلات دیگر نهادینه نشدن اعتباربخشی در فرهنگ است. در تحقیقات خود، Hoffmann و همکاران (۲۰۱۸)، دریافتند که مسایل فرهنگی می‌تواند مشکل‌ساز باشد (به عنوان مثال، «فرهنگ سرزنش» (۳۳).

هنگامی که فرهنگ‌ها از گزارش نگرانی مردم در مورد اعتباربخشی بیمار و بهبود کیفیت جلوگیری می‌کنند، مشارکت پزشکان در فرایندهای بهبود کیفیت دشوار است (۳۳).

برای تشویق پزشکان به شرکت در این فرایندها، پیشنهاد می‌شود که پزشکان در مورد اهمیت اعتباربخشی برای بیماران و خود پزشکان آموزش داده شوند. همچنین به کادر درمانی مسن بیمارستان توصیه می‌شود که در جهت ارتقای فرهنگ و الگوسازی تلاش کنند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است. مصاحبه‌شوندگان براساس معیارهای ورود به مطالعه به روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند. از این رو، ممکن است برخی از کارشناسانی که می‌توانستند در این مطالعه

References

1. Mosadeghrad AM. Patient choice of a hospital: Implications for health policy and management. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2014; 27(2): 152-64.
2. Giuffrida I & Treece T. Keeping ai under observation: Anticipated impacts on physicians' standard of care. *Tulane Journal of Technology and Intellectual Property* 2020; 22(1): 111-23.
3. Sugita JA & Garrett MD. Elder abuse and oral health care providers: An intervention to increase knowledge and self-perceived likelihood to report. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 2012; 24(1): 50-64.
4. Ebrahimipour H, Houshmand E, Varmaghani M, Javan-Noughabi J & Mojtabaieian SM. Investigating the challenges of physicians' participation in accreditation programs from the perspective of physicians in public hospitals. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2021; 9(4): 383-97[Article in Persian].
5. Mosadeghrad AM, Akbari-Sari A & Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation standards. *Razi Journal of Medical Sciences* 2017; 23(153): 43-54[Article in Persian].
6. Tabrizi JS, Gharibi F & Wilson AJ. Advantages and disadvantages of health care accreditation models. *Health Promotion Perspectives* 2011; 1(1): 1-31.
7. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Arab M, Ramezani M & Akbari Sari A. An analysis of hospital accreditation policy in Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2017; 46(10): 1347-58[Article in Persian].
8. Mojtabaieian SM. Design and validation of a questionnaire assessing the barriers to physicians' intervention in healthcare quality improvement programs. *Navid No* 2021; 24(78): 104-12[Article in Persian].
9. Saadati M, Yarifard K, Azami-Agdash S & Tabrizi JS. Challenges and potential drivers of accreditation in the Iranian hospitals. *International Journal of Hospital Research* 2015; 4(1): 37-42.
10. Ebrahimipour H, Houshmand E, Varmaghani M & Mojtabaieian SM. Psychometrics of assessment tools to examine the challenges of physicians' participation in accreditation programs. *Management Strategies in Health System* 2021; 6(1): 54-63[Article in Persian].
11. Gharibi F & Tabrizi JS. Development of an accreditation model for health education and promotion programs in the Iranian primary healthcare system: A Delphi study. *Health Promot Perspect* 2018; 8(2): 155-62.
12. Ferdosi M, Ziyari FB, Ollahi MN, Salmani AR & Niknam N. Implementing clinical governance in Isfahan hospitals: Barriers and solutions, 2014. *Journal of Education and Health Promotion* 2016; 5(20): 1-9.
13. Mainz J, Hess MH & Johnsen SP. The danish unique personal identifier and the danish civil registration system as a tool for research and quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 2019; 31(9): 717-20.
14. Blanche MT, Blanche MJT, Durrheim K & Painter D. *Research in practice: Applied methods for the social sciences*. South Africa: Juta and Company Ltd; 2006: 280-1.
15. Henning E, Van-Rensburg W & Smit B. *Finding your way in qualitative research*. Pretoria: Van Schaik Publishers; 2004: 25-7.
16. Huberman AM & Miles MB. Data management and analysis methods, In *handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994: 428-44.
17. Hespe Ch, Rychetnik L, Peiris D & Harris M. Informing implementation of quality improvement in Australian primary care. *BMC Health Services Research* 2018; 18(287): 1-9.
18. Coyle YM, Mercer SQ, Murphy-Cullen CL, Schneider GW & Hynan LS. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Quality and Safety in Health Care* 2005; 14(5): 383-8.



19. Hudelson P, Cleopas A, Kolly V, Chopard P & Perneger T. What is quality and how is it achieved? Practitioners' views versus quality models. *Quality and Safety in Health Care* 2008; 17(1): 31-6.
20. Vieira-Meyer APGF, Machado MFAS, Gubert FA, Morais APP, Paula Sampaio Y, Saintrain MVL, et al. Variation in primary health care services after implementation of quality improvement policy in Brazil. *Family Practice* 2020; 37(1): 69-80.
21. Salehi Z & Payravi H. Challenges in the implementation accreditation process in the hospitals: A narrative review. *Iran Journal of Nursing* 2017; 30(106): 23-34[Article in Persian].
22. Choa G, Arfeen Z, Chan SCC & Rashid MA. Understanding impacts of accreditation on medical teachers and students: A systematic review and meta-ethnography. *Medical Teacher* 2022; 44(1): 63-70.
23. Gleeson H, Calderon A, Swami V, Deighton J, Wolpert M & Edbrooke-Childs J. Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. *BMJ Open* 2016; 6(8): e011907.
24. Kamau PN. Health worker perceptions towards safe-care accreditation and quality of care: A case of the Ruaraka Uhai Neema hospital [Thesis]. Nairobi, Kenya: Strathmore University; 2020.
25. Zarkali A. Trainee led quality improvement: Where have we gone so far and where will the 5 year forward view take us? Available at: <https://blogs.bmj.com/quality/2014/11/12/trainee-led-quality-improvement-where-have-we-gone-so-far-and-where-will-the-5-year-forward-view-take-us/>. 2014.
26. 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. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 2009; 84(12): 1757-64.
27. Boyle A & Keep J. Clinical audit does not work, is quality improvement any better? *British Journal of Hospital Medicine* 2018; 79(9): 508-10.
28. Andersen MK, Pedersen LB & Waldorff FB. Retirement, job satisfaction and attitudes towards mandatory accreditation: A Danish survey study in general practice. *BMJ Open* 2018; 8(8): e020419.
29. Ehlers LH, Jensen MB, Simonsen KB, Rasmussen GS & Braithwaite J. Attitudes towards accreditation among hospital employees in Denmark: A cross-sectional survey. *The International Journal for Quality in Health Care* 2017; 29(5): 693-8.
30. Bethune RM. The leaders of quality improvement are the ones who are doing the improvement work. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2013; 106(6): 210.
31. Hooper P, Kocman D, Carr S & Tarrant C. Junior doctors' views on reporting concerns about patient safety: A qualitative study. *Postgraduate Medical Journal* 2015; 91(1075): 251-6.
32. Solberg LI, Elward KS, Phillips WR, Gill JM, Swanson G, Main DS, et al. How can primary care cross the quality chasm? *The Annals of Family Medicine* 2009; 7(2): 164-9.
33. Hoffmann E, Campelo D, Hooper P, Barros H & Ribeiro AI. Development of a smartphone app to evaluate the quality of public open space for physical activity. An instrument for health researchers and urban planners. *Landscape and Urban planning* 2018; 177(1): 191-5.

A Qualitative Study of Barriers to Physicians' Participation in Accreditation Program in Public Hospitals

Seyed Morteza Mojtabaieian¹ (M.S.), Fatema Monfared^{2*} (B.S.)

¹ Ph.D. Candidate in Health Economics, Student Research Committee, School of Health Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

² Bachelor of Sciences Student in Public Health, Student Research Committee, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Abstract

Received: 2 Feb. 2022
Accepted: 1 Nov. 2022

Background and Aim: The participation of doctors and clinical leadership in organizational strategies to improve quality performance is a necessary precondition for providing safe and high-quality care, and since improving the quality of health care services and increasing the participation of doctors in accreditation is very necessary, the present study was conducted with the aim of explaining the obstacles of doctors' participation in the accreditation programs of Iranian hospitals with a qualitative approach.

Materials and Methods: In this study, using the snowball sampling method, interviews were conducted with 11 managers, 9 doctors and 8 officials and experts in the field of quality management (a total of 28 people) in the field of hospital accreditation. Interviewees were selected through purposive snowball sampling. To collect data, unstructured and semi-structured in-depth interviews were conducted. The obtained data were analyzed using the conceptual framework method in ATLAS.ti.

Results: The results of this research extracted 3 main issues including cultural, organizational and behavioral factors. Also, this research found 12 sub-themes and 57 items. Subtopics in the cultural area were motivation, patient demand, mutual trust, and evaluation system. The organizational field included seven sub-topics, including high workload, understanding the role of the quality management unit, unrealistic accreditation, the nature of accreditation, empowering doctors in the field of quality, effective communication, and limited resources. Subthemes in the behavioural dimension were role ambiguity and uncertainty about how to participate in the accreditation program. The most repeated challenges in the interviews were expressed in the field of effective communication and the least in the field of role ambiguity.

Conclusion: Physicians' participation in accreditation programs can be increased through culture building and proper training in accreditation activities in the medical community. By revising the categories of activities performed in the hospital by doctors and including a specific time to perform activities to improve quality and accreditation and create a balance between the quantity and quality of services provided in the hospital, it is possible to increase the participation of doctors in the accreditation program.

Keywords: Physicians' Participation, Accreditation, Qualitative Approach

* Corresponding Author:
Monfared F
Email:
fatemehmonfared@bums.ac.ir