

بررسی چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی از دیدگاه پزشکان شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی

حسن نیرومند سعدآباد^{۱*}، علی وفايي نجار^۲، الهه هوشمند^۳، جمشيد جمالی^۴، زهرا كيوانلو^۵، مهدی دهنوی^۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۱۶

چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به نقش مهم پزشکان در تحقق استانداردهای اعتباربخشی و ضرورت جلب مشارکت پزشکان در این فرایند، این مطالعه به منظور شناسایی دیدگاه پزشکان در خصوص چالش‌های مشارکت در برنامه‌های اعتباربخشی در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر مشهد انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی است که به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۰ با استفاده از پرسشنامه استاندارد طراحی شده که روایی و پایایی آن تأیید شده بود، در دو بیمارستان متعلق به سازمان تأمین اجتماعی شهر مشهد انجام گردید. شرکت کنندگان ۵۶ نفر از پزشکان شاغل تمام‌وقت با حداقل یک سال تجربه کاری در بیمارستان بودند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

نتایج: در بین چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی ابعاد سازوکار انگیزشی (۳/۹۶±۰/۶۳)، تأمین منابع مناسب جهت اجرای اعتباربخشی (۳/۸۳±۰/۷۸)، برنامه‌های توانمندسازی پزشکان (۳/۷۸±۰/۷۳) و نقش دفتر بهبود کیفیت در جلب مشارکت پزشکان (۳/۷۵±۰/۷۴) از دیدگاه پزشکان مهم‌تر بود و ابعاد مطالبه‌گری بیماران (۲/۹۰±۰/۷۵) و ابهام در نقش (۲/۷۷±۰/۹۶)، اهمیت کمتری از نظر آن‌ها داشت.

نتیجه‌گیری: جهت موفقیت در برنامه اعتباربخشی مدیران لازم است به سازوکارهای انگیزشی توجه بیشتری داشته باشند و منابع مناسب را با توجه به استانداردها تأمین نمایند، جهت توانمندسازی پزشکان در اجرای استانداردهای اعتباربخشی و همچنین فعال‌تر بودن دفاتر بهبود کیفیت برای تعامل با پزشکان و جلب مشارکت آنان برنامه‌ریزی نمایند.

کلیدواژه‌ها: اعتباربخشی، بهبود کیفیت، مشارکت پزشکان

۱- دانشجو دکترا، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (*نویسنده مسئول)
Niroumandh991@mums.ac.ir

۲- استاد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۳- دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۴- استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۵- دانشجو دکترا، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

مقدمه

یکی از روش‌های مهم و معتبر ارزشیابی مراکز درمانی که پیامد آن می‌تواند بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در بیمارستان‌ها باشد، فرایند اعتباربخشی است. اعتباربخشی فرآیندی است که در آن یک گروه یا سازمان، از طریق ارزیابی بر اساس یکسری استانداردها و سنجه‌هایی مشخص و از قبل تعیین شده، به یک بیمارستان، شهرت، اعتبار و رسمیت به منظور توانایی انجام خدمات خاصی به صورت استاندارد را اعطا می‌نماید (۱). به عبارتی دیگر اعتباربخشی فرآیند ارزشیابی سیستماتیک و ساختارمند با هدف بررسی رعایت استانداردهای مطلوب در سازمان‌ها است که توسط مراکز معتبر و غیر ذینفع صورت می‌گیرد. اعتباربخشی از نظر میزان کسب درآمد و بازپرداخت هزینه بیماران توسط بیمه‌ها برای بیمارستان‌ها دارای اهمیت است (۲). میزان تعرفه بیمارستان بر اساس درجه اعتباربخشی تعیین می‌گردد، بدین صورت که هر چقدر درجه اعتباربخشی بالاتر باشد هزینه‌ها با تعرفه بالاتری محاسبه می‌گردد (۳).

اعتباربخشی راهکار مناسبی برای بهبود کیفیت مراقبت‌های سلامت، ایمنی بیمار و کاهش خطاهای پزشکی است (۴). اعتباربخشی ارتباطات و همکاری داخلی و خارجی را بهبود می‌بخشد و موجب ارتقاء کیفیت خدمات و حفظ عملکرد سازمانی می‌گردد و نشان‌دهنده تعهد به کیفیت و مسئولیت‌پذیری است (۵). همچنین به عنوان یک ابزار نظام‌مند جهت تامین ایمنی بیمار و بهبود مستمر کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستانها شناخته شده است که ضمن ایجاد اعتماد عمومی، راهنمای مناسبی برای مدیران در خصوص وجود فرایندهای مبتنی بر استاندارد می‌باشد (۶) در حوزه سلامت، یکی از مهم‌ترین عملکردهای مدیریتی اعتباربخشی بیمارستانی است، برای استقرار این استانداردها در بیمارستان‌ها نیاز به تمهیدات، هماهنگی، آموزش و مشارکت گروه‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات می‌باشد. نقش کارکنان در پیاده‌سازی الزامات اعتباربخشی روشن و با اهمیت است (۷) مطالعات نشان می‌دهد سطح مشارکت کارکنان در اجرای فرایندهای اعتباربخشی با میزان موفقیت و تأثیر اجرای اعتباربخشی آن در کیفیت خدمات مرتبط است (۸) از چالش‌های پیش روی مدیران برای استقرار استانداردها، مشارکت پزشکان خصوصاً پزشکان متخصص می‌باشد (۹).

در بسیاری از استانداردهای تعیین شده اعتباربخشی، نقش پزشکان از اهمیت زیادی برخوردار است، بر اساس چهارمین ویرایش استانداردهای اعتباربخشی ایران، ۱۰ محور از ۱۹ محور اعتباربخشی در حوزه مراقبت و درمان است. با توجه به نقش محوری پزشک در مراقبت‌ها به عنوان هدایت‌کننده فرایند درمان، در بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه شده نقش

اساسی دارد. ضمن اینکه در سایر محورها نیز نحوه عملکرد پزشکان در کسب امتیاز بسیار موثر است به عنوان مثال در محور مدیریت اطلاعات سلامت رعایت اصول مستند سازی و پرونده نویسی توسط پزشکان مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بنابراین میزان آگاهی و مشارکت پزشکان در کسب امتیاز اعتباربخشی توسط بیمارستان از اهمیت زیادی برخوردار است. در مطالعه‌ای که توسط مصدق راد و همکاران انجام گردید تأثیر اجرای اعتباربخشی در مشارکت پزشکان در بهبود فرایندهای کاری ضعیف گزارش گردیده است (۴).

علی‌رغم نقش برجسته پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی، برنامه‌های آموزشی در زمینه آموزش و ارتقاء سطح آگاهی پزشکان ضعیف است و آگاهی پزشکان از برنامه‌های اعتباربخشی پایین است (۱۰). مطالعات نشان داده است اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت اکثراً با مقاومت پزشکان مواجه می‌شود. درحالی‌که بخش عمده‌ای از برنامه‌های مراقبت‌های درمانی پزشک محور است و عدم مشارکت و همراهی پزشکان اثر برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی را می‌تواند کاهش دهد (۱۱). شناسایی چالش‌های عدم مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی به مدیران و سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا برنامه‌هایی در جهت رفع چالش‌ها و ایجاد بستر مناسب برای مشارکت پزشکان فراهم نمایند (۱۲). مطالعه انجام شده توسط ابراهیمی پور و همکاران در سال ۱۳۹۹ که در سطح بیمارستان‌های متعلق به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردیده است دلالت بر مشارکت پایین پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی دارد (۱۲). سازمان تأمین اجتماعی با ۷۸ بیمارستان تحت پوشش و بیش از ۳۰۰ مرکز درمانی سرپایی به‌عنوان دومین ارائه‌دهنده خدمات سلامت در ایران شناخته می‌شود. از آنجائیکه در اجرای استانداردهای اعتباربخشی نقش پزشکان مهم بوده و تأثیر قابل توجهی در ارتقاء خدمات سلامت دارد پژوهش حاضر با هدف بررسی چالش‌های مشارکت پزشکان در بیمارستان‌های متعلق به سازمان تأمین اجتماعی در شهر مشهد انجام گردیده است.

موارد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در سال ۱۴۰۰ در دو بیمارستان متعلق به سازمان تأمین اجتماعی در شهر مشهد انجام شد. جامعه پژوهش کلیه پزشکان شاغل در دو بیمارستان تأمین اجتماعی شهر مشهد بودند. معیار ورود پزشکان در مطالعه حداقل یک سال سابقه فعالیت در بیمارستان و تمایل آنان به شرکت در مطالعه بود. پزشکان میهمان و قراردادی که حضور کم و فعالیت اندکی در بیمارستان داشتند وارد مطالعه نشدند. پس از هماهنگی و اخذ مجوز لازم، پرسشنامه که روایی صوری و محتوایی و پایایی آن

دارای حداقل یک سال تجربه کاری در بیمارستان بودند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند، دعوت گردید که در مطالعه مشارکت داشته باشند. ۶۱ نفر از پزشکان با شرکت در مطالعه موافقت نمودند که در نهایت ۵۶ پرسشنامه جمع‌آوری گردید. ۵ پزشک پس از مطالعه پرسشنامه از شرکت در مطالعه انصراف دادند. از ۵۶ پرسشنامه جمع‌آوری شده ۳ پرسشنامه به دلیل نقص در تکمیل اطلاعات، حذف گردید و در نهایت ۵۳ پرسشنامه وارد مطالعه گردید. این تعداد پرسشنامه وارد شده در مرحله نهایی برابر با ۴۰٪ کل پزشکان شاغل رسمی در دو بیمارستان بودند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 26 و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی تحلیل انجام شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۳۸ نفر مرد (۷۱٪) و ۱۵ نفر زن (۲۸٪) بودند. در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه نشان داده شده است.

در مطالعه ابراهیمی پور و همکاران (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ضریب همبستگی درون‌گروهی ۰/۹۴) سنجیده و اعتبار لازم را کسب نموده است، مورد استفاده قرار گرفت (۱۳). به بیمارستان‌ها جهت اطلاع‌رسانی و آمادگی از طریق مدیریت درمان استان مکاتبه شد. سپس پرسشنامه با توضیحات اولیه و تأکید بر اطمینان به محرمانه ماندن اطلاعات و اخذ موافقت شفاهی، به پزشکان به صورت حضوری تحویل گردید.

پرسشنامه دارای دو بخش بود، بخش اول داده‌های دموگرافیک و بخش دوم با ۳۸ سؤال اختصاصی در ۱۲ حیطه شامل: انگیزش، حجم کار، مطالبه‌گری بیمار، درک نقش دفتر بهبود کیفیت، ابهام در نقش، نحوه مشارکت، میزان واقعی بودن اعتباربخشی، ماهیت اعتباربخشی، نظام ارزیابی اعتباربخشی، توانمندسازی پزشکان، ارتباط مؤثر و بعد محدودیت منابع بود که در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از بسیار مخالفم=۱ تا بسیار موافقم=۵ طراحی شده بود. لذا برای چالش‌های شناسایی شده، نمرات ۱ تا ۲/۳۰ چالش کم، ۲/۳۱ تا ۳/۶۵ چالش متوسط و ۳/۶۶ تا ۵ چالش شدید در نظر گرفته شد. از ۱۳۲ پزشک شاغل ۱۰۸ پزشک که

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی پزشکان شرکت‌کننده در پژوهش

| مشخصات | نفر (درصد) |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| جنسیت | مرد ۳۸ (۷۱٪) |
| | زن ۱۵ (۲۸٪) |
| مدرک تحصیلی | پزشک عمومی ۱۱ (۲۰٪) |
| | متخصص ۳۶ (۶۷٪) |
| | فوق تخصص ۶ (۱۱٪) |
| سن | میانگین سن شرکت‌کنندگان ۵۱ سال |
| | بازه سنی شرکت‌کنندگان ۳۵ تا ۶۵ سال |
| | کم‌تر از ۴۰ سال ۱ نفر |
| | ۴۰ تا ۵۰ سال ۱۲ نفر |
| | ۵۰ تا ۶۰ سال ۳۱ نفر |
| | بیشتر از ۶۰ سال ۱ نفر |
| سابقه فعالیت در بیمارستان | عدم ثبت سن ۸ نفر |
| | کمتر از ۵ سال ۳ (۶٪) |
| | ۵ تا ۱۰ سال ۶ (۱۱٪) |
| | ۱۰ تا ۱۵ سال ۱۱ (۲۱٪) |
| | ۱۵ تا ۲۰ سال ۱۲ (۲۳٪) |
| | ۲۰ تا ۲۵ سال ۱۴ (۲۶٪) |
| فعالیت هم‌زمان در بیمارستان‌های خصوصی | بیشتر از ۲۵ سال ۷ (۱۳٪) |
| | بله ۳۶ (۶۸٪) |
| | خیر ۱۷ (۳۲٪) |

بر اساس ابعاد تعریف شده بالاترین امتیاز چالش در بعد انگیزشی بود (۳/۹۶) و کمترین چالش در خصوص ابهام در نقش (۲/۷۷) از دیدگاه پزشکان عنوان گردیده بود. در بین گویه های پرسشنامه بزرگترین چالش از دیدگاه پزشکان عدم وجود سیستم پاداش (مالی و غیرمالی) مناسب برای مشارکت پزشکان با میانگین ۴/۳۴ از ۵ نمره بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار هر بعد نشان داده شده است.

بر اساس مشخصات جدول شماره یک ۶۸٪ شرکت کنندگان به طور همزمان در بیمارستان خصوصی نیز فعالیت دارند با توجه به اینکه ۱۱ پزشک عمومی شرکت کننده در مطالعه فقط در همان مرکز فعالیت داشته‌اند بنابراین ۸۹٪ متخصصین شرکت کننده در مطالعه علاوه بر بیمارستان های تأمین اجتماعی در بخش خصوصی نیز فعالیت دارند. میانگین امتیاز چالش های موجود برای مشارکت پزشکان در برنامه های اعتباربخشی ۳/۶۰ از ۵ امتیاز بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره هر بعد

| ابعاد | میانگین نمره از ۵ نمره | انحراف معیار |
|------------------------------------|------------------------|--------------|
| انگیزش | ۳/۹۶ | ۰/۶۳ |
| حجم و نوع کار | ۳/۷۰ | ۰/۸۶ |
| مطالبه گری بیمار | ۲/۹۰ | ۰/۷۵ |
| نقش واحد بهبود کیفیت | ۳/۷۵ | ۰/۷۴ |
| ابهام در نقش | ۲/۷۷ | ۰/۹۶ |
| عدم اطمینان به برنامه اعتباربخشی | ۳/۴۰ | ۰/۴۸ |
| غیرواقعی بودن اعتباربخشی | ۳/۷۱ | ۰/۵۷ |
| ماهیت اعتباربخشی | ۳/۶۶ | ۰/۵۲ |
| اطمینان به نظام ارزیابی اعتباربخشی | ۳/۴۰ | ۰/۸۰ |
| برنامه های توانمندسازی پزشکان | ۳/۷۸ | ۰/۷۳ |
| ارتباط مؤثر | ۳/۵۸ | ۰/۷۷ |
| محدودیت منابع | ۳/۸۳ | ۰/۸۷ |

فقط ۹/۵٪ مخالف بودند و ۱۴/۳٪ بدون نظر نسبت به این موضوع بودند، ۶۲٪ شرکت کنندگان فرهنگ سازمانی برای مشارکت و اجرای برنامه های اعتباربخشی را ضعیف می دانستند. ۷۱/۴٪ نظر موافق و بسیار موافق داشتند که سنجه های اعتباربخشی برای پزشکان شفاف و ملموس نیست. هیچ کدام از شرکت کنندگان با این گویه که «حجم مستندسازی اعتباربخشی زیاد است» و همچنین با گویه «اکثرا کارکنان اعتباربخشی را کاغذبازی می دانند» مخالف نبودند و ماهیت اعتباربخشی را در خصوص کیفی شدن فعالیت های بالینی پزشکان هماهنگ نمی دانستند، ۷۱/۴٪ موافق و بسیار موافق بودند که سیستم نظارتی مناسبی برای مشارکت پزشکان وجود ندارد. میانگین امتیاز هر گویه از ۵ امتیاز در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

بیش از ۹۰٪ شرکت کنندگان معتقد بودند سیستم تشویقی مناسبی برای مشارکت پزشکان در برنامه های اعتباربخشی وجود ندارد. ۸۵/۷٪ مشارکت کنندگان معتقد بودند مدیران برای عملکرد مثبت و منفی آن ها در برنامه ها و تحقق سنجه های اعتباربخشی تفاوتی قائل نمی شوند. اکثر پزشکان موافق بودند که ازدحام و حجم کار و تفاوت ساختاری بیمارستان نسبت به بخش خصوصی باعث مشارکت کمتر پزشکان می شود (۳/۷۵ از ۵ نمره)، ۱۹٪ پزشکان با این موضوع که نبود مطالبه گری بیماران باعث عدم مشارکت پزشکان در برنامه های کیفی می شود موافق بودند، ۷۶٪ شرکت کنندگان نظر موافق و بسیار موافق نسبت به عدم وجود اقدام مناسب دفتر بهبود کیفیت و بیمارستان در جهت جلب مشارکت پزشکان داشتند و فعالیت های دفتر بهبود کیفیت برای مشارکت پزشکان را نامناسب ارزیابی کردند در مقابل

جدول ۳: میانگین امتیاز گویه‌ها از ۵ امتیاز

| انحراف معیار | میانگین | گویه | بعد |
|--------------|---------|---|--------------------------|
| ۰/۱۰۸ | ۴/۳۴ | پاداش مالی و غیرمالی مشارکت در اعتباربخشی برای پزشکان محسوس نیست و پزشکان مشوقی برای مشارکت در فرایند اعتباربخشی ندارند. | انگیزش |
| ۰/۱۲۸ | ۴/۰۶ | در حوزه اعتباربخشی چه عملکرد مثبت داشته باشیم و چه منفی، تفاوتی برای پزشک ندارد | |
| ۰/۱۴۱ | ۳/۷۰ | در ارزیابی عملکرد پزشکی، موضوع اعتباربخشی بررسی نمی‌شود | |
| ۰/۱۴۳ | ۳/۸۱ | پزشک معیار درجه‌بندی اعتباربخشی بیمارستان‌ها را نمی‌داند | |
| ۰/۱۲۴ | ۳/۹۱ | نتایج ارزیابی اعتباربخشی با عملکرد واقعی بیمارستان تطابق ندارد | |
| ۰/۱۳۶ | ۳/۹۴ | حجم بالای کار در بیمارستان‌های دولتی باعث کمتر مشارکت کردن پزشک در فعالیت‌های خواسته شده اعتباربخشی می‌شود | حجم بالای کار |
| ۰/۱۴۱ | ۳/۵۵ | تأمین اجتماعی یا خصوصی بودن بیمارستان بر مشارکت پزشک تأثیرگذار است (تفاوت‌های ساختاری بیمارستان‌ها باعث شده که پزشک در بیمارستان‌های خصوصی مجبور به مشارکت در اعتباربخشی شود در حالی که در بیمارستان‌های دولتی این‌طور نیست) | |
| ۰/۱۳۹ | ۲/۴۷ | نبود حس مطالبه‌گری در بیماران بر رفتار پزشک در مشارکت در اعتباربخشی تأثیر منفی دارد | مطالبه‌گری بیمار |
| ۰/۱۱۱ | ۳/۴۰ | قضاوت بیمار در مورد خدمات سلامت ارائه شده به‌گونه‌ای است که پزشک، قادر به انجام فرایند اعتباربخشی نیست. (با توجه به سطح سواد و فرهنگ و شرایط خود بیمار) | |
| ۰/۱۵۴ | ۳/۵۳ | پزشک آگاهی کافی از ماهیت اعتباربخشی (این که اعتباربخشی چیست و چه می‌خواهد) ندارد | نقش دفتر بهبود کیفیت |
| ۰/۱۳۴ | ۳/۷۰ | اهمیت موضوع اعتباربخشی برای پزشکان تبیین نشده است | |
| ۰/۱۲۳ | ۴/۰۰ | دفتر بهبود کیفیت برای جلب مشارکت پزشکان اقدام مشخصی انجام نمی‌دهد | |
| ۰/۱۲۸ | ۳/۷۷ | کسانی که در فرایند اعتباربخشی مشارکت دارند زبان مشترک ندارند (زبان اعتباربخشی با ذهن پزشک همخوانی ندارد) | |
| ۰/۱۳۶ | ۲/۷۹ | فعالیت هم‌زمان پزشک در چند بیمارستان باعث شده که اهمیتی برای فعالیت در حوزه ارتقاء کیفیت قائل نشود | ابهام در نقش |
| ۰/۱۴۵ | ۲/۷۵ | چند شغله بودن پزشک باعث شده که اهمیتی برای فعالیت در حوزه ارتقاء کیفیت قائل نشود (بعضی از پزشکان به صورت هم‌زمان چند شغل (پزشکی، کار آزاد، مطب و ...) دارند) | |
| ۰/۱۱۱ | ۳/۲۴ | اعتقاد بر این است که برنامه اعتباربخشی به شکل فعلی ادامه پیدا نخواهد کرد | جلب مشارکت |
| ۰/۱۴۱ | ۳/۰۹ | اعتقاد بر این است که اعتباربخشی جزئی از فعالیت بالینی نیست و از آن جداست | |
| ۰/۱۰۰ | ۳/۷۵ | نهادینه نشدن اعتباربخشی در فرهنگ سازمانی | |
| ۰/۰۹۳ | ۳/۶۶ | خو گرفتن با روندهای گذشته (فرایند اعتباربخشی یک فرایند جدید است و افراد با روندهای جدید خو نگرفته‌اند) | غیرواقعی بودن اعتباربخشی |
| ۰/۱۵۱ | ۳/۷۰ | سنجه‌های اعتباربخشی با عملکرد واقعی بیمارستان مطابقت ندارد | |
| ۰/۱۱۸ | ۳/۸۱ | عدم شفافیت و ملموس نبودن سنجه‌های اعتباربخشی برای پزشک | |
| ۰/۰۹۹ | ۳/۵۵ | تأثیر منفی ارزیابی 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) | غیرواقعی بودن اعتباربخشی |
| ۰/۱۱۶ | ۳/۷۷ | یکی بودن نهاد ارزیابی‌کننده (معاونت درمان دانشگاه) و ارزیابی‌شونده (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 | |

| انحراف معیار | میانگین | گویه | بعد |
|--------------|---------|---|--------------------|
| ۰/۱۲۲ | ۳/۴۵ | اعتقاد بر این که فرایند اعتباربخشی فقط دوره‌ای است و در طول فرایند اعتباربخشی بیمارستان، پزشکان حضور مداوم ندارد. | ماهیت اعتباربخشی |
| ۰/۱۲۷ | ۳/۲۱ | عدم توجه به ماهیت تیمی فرایند اعتباربخشی در بیمارستان (پزشک اعتباربخشی را وظیفه پرستار و کارکنان غیرپزشک می‌داند) | |
| ۰/۱۰۹ | ۳/۴۲ | ماهیت آزمون گونه فرایند اعتباربخشی باعث عدم تعلق پزشک به آن شده است | |
| ۰/۱۰۶ | ۳/۵۱ | ماهیت اجباری اعتباربخشی برای بیمارستان باعث عدم تعلق پزشک به آن شده است | |
| ۰/۱۰۲ | ۳/۵۸ | ماهیت غیررقابتی اعتباربخشی در بین پزشکان در بیمارستان | |
| ۰/۱۰۴ | ۳/۶۶ | جدا بودن اعتباربخشی بیمارستان از اعتباربخشی آموزشی | |
| ۰/۱۰۱ | ۴/۱۳ | حجم بالای مستندات موردنیاز برای اعتباربخشی | |
| ۰/۱۱۴ | ۴/۳۲ | خیلی از کارکنان بیمارستان، اعتباربخشی را کاغذازی می‌دانند | |
| ۰/۱۳۴ | ۳/۶۸ | سیستم‌های نظارتی مناسب جهت بررسی مشارکت پزشکان در فعالیت‌های اعتباربخشی وجود ندارد | اطمینان به ارزیابی |
| ۰/۱۳۴ | ۳/۱۱ | عدم الزام پزشکان به مشارکت در فرایند اعتباربخشی از جانب مدیران | توانمندسازی |
| ۰/۱۱۷ | ۳/۷۵ | عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در دوره‌های بازآموزی پزشکان | |
| ۰/۰۹۷ | ۳/۸۱ | مؤثر نبودن آموزش‌های مرتبط با فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی با نیازهای پزشکان (عدم بهره‌وری کلاس‌ها و آموزش‌های اعتباربخشی) | |
| ۰/۱۱۶ | ۳/۷۷ | عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در طی تحصیل پزشکی عمومی یا تخصصی | کانال ارتباطی مؤثر |
| ۰/۱۰۶ | ۳/۵۸ | نبود یک کانال ارتباطی مؤثر بین پزشکان و مدیران ارشد بیمارستان‌ها | |
| ۰/۱۲۰ | ۳/۸۳ | برای انجام فعالیت‌های خواسته شده اعتباربخشی محدودیت منابع مالی وجود دارد | محدود منابع |

بحث

محدودیت منابع به خصوص منابع مالی نیز از چالش‌هایی بود که درصد زیادی از پزشکان در تحقق اهداف اعتباربخشی مؤثر می‌دانستند. عدم وجود برنامه آموزشی مناسب در خصوص فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در دوره‌های بازآموزی و عدم تطابق آموزش‌ها با نیاز پزشکان نیز از مواردی است که باعث می‌گردد بعد چالش عدم برنامه‌های مناسب برای توانمندسازی پزشکان مهم تلقی گردد، کویلی و همکاران نیز در مطالعه خود نتیجه گرفته‌اند که آموزش‌های مناسب در تغییر نگرش و رفتار پزشکان در جهت ایمنی و کیفیت ارائه خدمات تأثیر قابل توجهی دارد (۱۵).

چالش مهم دیگر از دیدگاه پزشکان نقش دفتر بهبود کیفیت بود، چالش‌هایی مانند عدم تبیین موضوع اعتبار بخشی برای پزشکان، عدم وجود برنامه مشخص برای جلب مشارکت و نوع همکاری پزشکان و همچنین زبان مشترک استاندارد های اعتبار بخشی و نظر پزشکان در مورد کیفیت درمان در این بعد بررسی گردید و در مجموع با توجه به امتیاز آن، چالش مهمی قلمداد گردید (۳/۷۵ از ۵ امتیاز). در سند منتشره توسط بنیاد سلامت انگلستان که با استناد به

این مطالعه با هدف بررسی چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های بهبود کیفیت و اعتباربخشی در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ انجام شد. پیش‌نیازهایی جهت اجرای اعتباربخشی در بیمارستان‌ها نظیر فرهنگ سازی و آموزش، تأمین منابع لازم، اختصاص زمان کافی، در نظر گرفتن سازوکارهای انگیزشی برای مشارکت در اجرای استانداردها لازم است (۱۴).

شرکت کنندگان در مطالعه بیشترین توافق را در خصوص چالش مربوط به نظام انگیزشی داشتند به نحوی که بیش از ۹۰ درصد شرکت کنندگان معتقد بودند مشوقی برای شرکت در برنامه‌های اعتباربخشی وجود ندارد و ۷۹/۲ درصد گزینه موافق و خیلی موافق را برای گویه «عملکرد پزشک در حوزه اعتباربخشی تأثیر مثبت و منفی برای پزشک ندارد» را انتخاب کرده بودند. همچنین ۶۴/۲ درصد نیز موافق این بودند که در ارزیابی عملکرد پزشکان موضوع مرتبط با اعتباربخشی بررسی نمی‌گردد. ابراهیمی پور و همکاران نیز در مطالعه خود نتایج مشابهی کسب کرده‌اند (۱۲).

که استانداردها و سنجه‌های اعتباربخشی به صورت شفاف بیان نشده است. زمانی که استانداردها شفاف نیست ممکن است هر فردی تفسیر متفاوتی از آن داشته باشد و یا اینکه در اجرا و رعایت استانداردها دچار ابهام گردد. تعیین یک استراتژی شفاف و دقیق و آگاهی کارکنان از روند و دلایل انجام فرایندها و ارائه بازخورد مناسب از نتایج انجام استانداردها باعث مشارکت بیشتر خواهد شد (۲۰).

نتایج این پژوهش با مطالعه مشابه که توسط ابراهیمی پور و همکاران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است مطابقت زیادی دارد (۱۲) که نشان‌دهنده مشترک بودن چالش‌ها در بیمارستان‌های دانشگاهی و تأمین اجتماعی است که تقریباً از یک ساختار مدیریتی و همچنین میزان پرداخت به پزشکان برخوردار هستند، تنها در یک بعد از ۱۲ بعد تعریف شده تفاوت معناداری مشاهده شد. میانگین امتیاز چالش ارتباط مؤثر در بیمارستان‌های دانشگاهی (۴/۷۴+۰/۰۵) و در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی (۳/۷۷+۰/۰۵) بود که آزمون آماری تفاوت را معنی‌دار نشان داد (t test=4.43, p-value=0.000023). پزشکان در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی نسبت به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد این چالش را کم‌تر ارزیابی کردند به عبارت دیگر این چالش در بیمارستان‌های دانشگاهی شدیدتر وجود دارد که دلایل احتمالی آن می‌تواند کمتر بودن پزشکان در گروه‌های کاری و امکان دسترسی راحت‌تر به مدیران در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی باشد. در ۱۱ بعد دیگر نتایج با هم منطبق بود و اختلاف معناداری مشاهده نگردید.

در زیرگروه ابعاد، چالش مربوط به توجه به عملکرد مثبت و منفی پزشک در زمینه اعتباربخشی در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی میانگین امتیاز ۴/۰۶ به دست آمد و در بیمارستان‌های دانشگاهی میانگین ۳/۵۰ به دست آمده بود، در واقع پزشکان شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی نسبت به پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی این چالش را مهم‌تر دانسته‌اند و معتقد بودند عملکرد مثبت و منفی آن‌ها در خصوص اعتباربخشی تأثیری برای پزشک ندارد. در سایر گویه‌ها و چالش‌های زیر مجموعه از هر بعد نتایج مشابه با مطالعه انجام شده مطالعه قبلی که توسط ابراهیمی پور و همکاران انجام شده بود به دست آمد (۱۲) و اختلاف معناداری مشاهده نگردید که نشان از یکسان بودن چالش‌ها در جامعه پزشکان دانشگاهی و تأمین اجتماعی است.

مطالعه مروری در خصوص میزان درگیر بودن و توجه پزشکان به بهبود کیفیت به این نکته اشاره دارد که در بین گروه‌های پزشکی در خصوص کدها و سنجه‌های کیفی مستند شده توافق وجود ندارد و پزشکان تعاریف متفاوتی از کیفیت در خدمات بالینی دارند (۱۶). بر اساس مطالعه آصف زاده و همکاران، مشارکت پزشکان را در برنامه‌های بهبود کیفیت و حاکمیت بالینی، ناکافی قلمداد گردیده است (۱۷) بنابراین برای موفقیت در برنامه‌های کیفی و ارتقاء کیفیت خدمات، هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی جهت جلب مشارکت پزشکان بسیار مهم است.

در حالیکه در اکثر ابعاد، شرکت‌کنندگان با چالش‌های ذکر شده موافقت زیادی داشتند و چالش‌ها شدید ارزیابی شد. دو بعد مطالبه‌گری بیماران و ابهام در نقش، امتیاز کمتری کسب کرد. در بعد مطالبه‌گری بیماران، دو موضوع تأثیر مطالبه بیماران در توجه و مشارکت پزشک جهت رعایت استانداردهای اعتباربخشی و همچنین تأثیر نحوه قضاوت بیمار در انجام استانداردهای اعتباربخشی بررسی شده بود. در مطالعه هادلسون به تفاوت انتظار و دیدگاه بیماران از کیفیت نسبت به فرایند‌های بهبود کیفیت مستند شده اشاره گردیده است (۱۶).

در بعد ابهام در نقش به چالش دو شغله بودن پزشک و فعالیت در چند بیمارستان و تأثیر آن در کاهش توجه به استانداردهای اعتباربخشی اشاره گردیده است که تنها ۲۲/۶٪ پزشکان با این موضوع موافق بودند. فعالیت پزشکان در دو یا چند مرکز درمانی و به خصوص بخش دولتی و خصوصی به دلیل چالش‌های زیادی که در ارائه خدمات مطلوب و پیش‌گیری از سرگردانی و افزایش پرداخت از جیب بیماران را دارد از موضوعاتی است که مورد توجه سیاست‌گذاران بوده است اما هنوز در کشور ایران سیاست‌گذاری مشخصی در این رابطه وجود ندارد در مطالعه بازیار و همکاران هر کدام از سیاست‌های مجاز بودن یا ممنوعیت فعالیت هم‌زمان در دو شغل پزشکان را دارای مزایا و معایب تقریباً برابر دانسته‌اند (۱۸). در مطالعه بیاتی و همکاران مهم‌ترین عامل مؤثر بر عملکرد دوگانه پزشکان انتظارات مالی آن‌ها بوده بنابراین، سیاست‌های مناسب برای اصلاح انتظارات درآمدی پزشکان و اصلاحاتی مانند بهبود وضع تعرفه‌ها در نظام سلامت را لازم دانسته‌اند (۱۹). در این مطالعات بر اساس نظرات پزشکان نتیجه‌گیری شده است، شاید جهت تفسیر و نتیجه‌گیری جامع نیاز به بررسی رویکردها و دیدگاه‌های دیگر در این زمینه باشد.

از چالش‌های مهم دیگر ماهیت اعتباربخشی و نحوه ارزیابی صحیح برنامه‌ها بوده است. ۷۱/۷٪ پزشکان موافق این بودند

نتیجه گیری

از آنجائی که اعتباربخشی یک فرایند ارزیابی خارجی با هدف ارتقاء کیفیت ارائه خدمات به بیماران است و در این خدمات نقش پزشکان بسیار حائز اهمیت است، لذا مدیران در تمام سطوح باید زمینه لازم برای تحقق اهداف اعتباربخشی را فراهم نمایند تا استانداردهای اعتباربخشی قابلیت اجرای واقعی را داشته و از مستندسازی به مرحله ملموس برای بیماران برسد. نتایج این پژوهش نشان می دهد از دیدگاه پزشکان شرکت کننده در پژوهش مهم ترین چالش ها در خصوص مشارکت پزشکان در برنامه های اعتباربخشی به ترتیب مربوطه به سازوکارهای انگیزشی، تأمین منابع مناسب جهت اجرای استانداردها، برنامه های توانمندسازی پزشکان و نقش و فعالیت دفتر بهبود کیفیت در جلب مشارکت پزشکان می باشد، چالش هایی مانند غیرواقعی بودن برنامه ها و عدم تطابق استانداردهای اعتباربخشی با کیفیت کار، حجم و نوع کار پزشکان، ماهیت اعتباربخشی نیز جزو چالش های شدید شناسایی شد، ضعف کانال ها و روش های ارتباط مؤثر بین

پزشکان و گروه مدیریتی و اطمینان به نظام ارزیابی صحیح اعتباربخشی به عنوان چالش های متوسط مطرح شدند. توجه به این چالش ها و رفع یا کاهش آن به جلب بیشتر مشارکت پزشکان و پیرو آن به ارتقاء برنامه های اعتباربخشی کمک شایانی خواهد کرد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله طی طرح تحقیقاتی با کد IR.MUMS.FHMPM.REC.1400.117 مصوب با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردید، از همه مشارکت کنندگان در مطالعه و مسئولین محترم مدیریت درمان تأمین اجتماعی خراسان رضوی و بیمارستان های فارابی و ۱۷ شهریور مشهد که ما را در این مطالعه یاری نمودند قدردانی می نمایم.

تعارض منافع:

نویسندگان هیچ تضاد منافی در این مطالعه نداشتند.

References:

- 1-Bogh SB, Falstie-Jensen AM, Hollnagel E, Holst R, Braithwaite J, Johnsen SP. Improvement in quality of hospital care during accreditation: a nationwide stepped-wedge study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2016 Dec 1;28(6):715-20.
- 2-Kato M, Zikos D. Association between hospital accrediting agencies and hospital outcomes of care in the United States. *J Hosp Manag Heal Policy*. 2022;6(1):2523-33.
- 3-Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. Tehran: Dibagran Tehran. 2015;17[in Persian]
- 4-Mosadeghrad AM. Comments on "Iran hospital accreditation system". *Iranian journal of public health*. 2016 Jun;45(6):837
- 5-El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *International journal for quality in health care*. 2008 Oct 1;20(5):363-71.
- 6-Tabrizi GR GF. Design of accreditation model with Delphi technique. *journal of hospital*. 2012;2(11):8-16 [in Persian]
- 7-Jebelli B, Varahram M, Kazempour-dizaji M, Esmaeili S, Emami H, GHazanchaei E. Evaluation of Compliance with Accreditation Standards during Corona Virus Pandemic among Staff of Masih Daneshvari Hospital. *Journal of Hospital*. 2021 Dec 10;20(4):11-8[in Persian]
- 8-Khan S, Yousefinezhadi T, Hinchcliff R. The impact of hospital accreditation in selected Middle East countries: a scoping review. *Journal of health organization and management*. 2022 Feb 24;36(1):51-68.
- 9-Mosadeghrad AM, Akbarisari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation in Tehran: brief report. *Tehran Univ Med J (TUMJ)* 2018 August;76(5):354-9[in Persian]
- 10- Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Mohammad AR, Ramezani M, Sari AA. An analysis of hospital accreditation policy in Iran. *Iranian Journal of public health*. 2017 Oct;46(10):1347.
- 11- Mainz J, Kristensen S, Bartels PJIJfQHC. Quality improvement and accountability in the Danish health care system. 2015;27(6):523-7. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv080> PMID:26443814
- 12-Ebrahimipour H, Houshmand E, Varmaghani M, Javan-Noughabi J, Mojtabaeian SM. Investigating the challenges of physicians' participation in accreditation programs from the perspective of physicians in public hospitals. *Iranian Journal of Health Education & Promotion*. 2022 Jan 10;9(4):383[in Persian]

- 13- Ebrahimipour H, Houshmand E, Varmaghani M, Mojtabaean SM. Psychometrics of Assessment Tools to Examine the Challenges of Physicians' Participation in Accreditation Programs. *Management Strategies in Health System*. 2021;54[in Persian]
- 14- Mosadeghrad AM. & Shakibaei E. Hospital Accreditation Implementation Prerequisites. *Journal of Hospital* 2017; 16:43-56 [in Persian]
- 15- Coyle Y, Mercer S, Murphy-Cullen C, Schneider G, Hynan LJBQ, Safety. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. 2005;14(5):383-8
- 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- Asefzadeh S, Taghizadeh S, Heyrani A, Mohebbifar R, Arabloo J. An Exploration Of Clinical Governance Implementation And Assessment Challenges In Qazvin Teaching Hospitals: A Qualitative Study. *payavard* 2015; 9 (2) :147-161[in Persian]
- 18- Bazyar, M., Rashidian, A., Jahanmehr, N., Behzadi, F., Moghri, J., & Doshmangir, L. (2018). Prohibiting physicians' dual practice in Iran: Policy options for implementation. *The International journal of health planning and management*, 33(3), e711-e720
- 19- Bayati, M., Rashidian, A., Zandian, H., & Alipoori, S. (2020). Dual practice and multiple job holding among Iranian general practitioners: rate and effective factors. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(3), 799-807
- 20- Fotuhi, M., & Khoshgoftar, A., & Bakhshande, H., & Karami, Q., & Rasti Broujeni, M. (2018). Evaluation of Viewpoint of Executive Management Team of Hospitals of Qom Province in Terms of the Third Generation of Hospital Accreditation Standards, 2017, (Iran). *QOM UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES JOURNAL*, 12(5), 62-70. [in Persian]

Investigating the challenges of physicians' participation in Accreditation of the hospital from the point of view of physicians working in social security hospitals

Hassan Niroomand sadabad^{*1}, Ali Vafaei najar², Elahe Houshmand³, Jamshid Jamali⁴, Zahra Keyvanloo⁵, Mahdi Dehnavi⁶

Submitted: 2023.1.9

Accepted: 2023.4.5

Abstract

Background and purpose: Considering the important role of doctors in the implementation of accreditation standards and the necessity of their involvement in this process, this study was conducted in order to identify the views of doctors regarding the challenges of participating in accreditation programs in social security hospitals in Mashhad.

Materials and methods: This study is a cross-sectional descriptive-analytical research that was conducted in two hospitals of the Social Security Organization of Mashhad, Iran. in 2022. The participants were 56 full-time working doctors with at least one year of work experience in the hospital. Data analysis was done using SPSS version 26 software.

Findings: Among the challenges of doctors' participation in accreditation programs, the dimensions of the motivational mechanism (3.96 ± 0.63), provision of suitable resources for the implementation of accreditation (3.83 ± 0.78), physician empowerment programs (3.78 ± 0.73) and the role of the quality improvement office in attracting doctors' participation (3.75 ± 0.74) were more important from the doctors' point of view, and patients' demands (2.90 ± 0.75) and role ambiguity (2.77 ± 0.96), were less important in their opinion.

Conclusion: Managers should consider that employee motivation and resource allocation are necessary for the effective implementation of the accreditation standard. Empowering doctors in the implementation of accreditation standards as well as the participation of quality improvement offices to interact with doctors and attract their participation are very important factors.

Keywords: Accreditation, Quality Improvement, Physicians' Participation

1)Ph.D. student, Student Research Committee, Department of Health Management and Economics, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. (*Corresponding author) Niroumandh991@mums.ac.ir

2)Professor at the Research Center of Social Factors Affecting Health, Department of Health Management and Economics, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3)Associate Professor, Research Center for Social Factors Affecting Health, Department of Health Management and Economics, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4)Assistant Professor, Research Center for Social Factors Affecting Health, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

5)PhD student, Student Research Committee, Department of Health Management and Economics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

6)Mashhad Farabi Hospital, Social Security Organization, Mashhad, Iran.

