



مقاله اصلی

مطالعه ترکیبی اکتشافی متوالی مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی از دیدگاه پزشکان دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۲/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۶

خلاصه

مقدمه: در ایران برنامه‌های اعتباربخشی از سال ۱۳۹۱ آغاز شد. مطالعه حاضر باهدف تعیین چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی از دیدگاه پزشکان دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه ترکیبی اکتشافی متوالی است. در این مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با ۱۱ مدیر، ۹ پزشک، ۸ مسئول و کارشناس در زمینه مدیریت کیفیت مصاحبه انجام گردید. سپس بر اساس نتایج مصاحبه‌ها، پرسشنامه‌ای طراحی و پس از تأیید روایی و پایایی آن در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۹ به کار گرفته شد. یافته‌های مطالعه کمی، با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های t -test، $Whitney-Mann$ و ANOVA در سطح معنی داری ۰.۰۵ تحلیل شد.

نتایج: در تحلیل محتوای کیفی ۱۲ مفهوم (انگیزه، مطالبه‌گری بیمار، اطمینان متقابل و نظام ارزیابی، حجم کار زیاد، درک نقش واحد مدیریت کیفیت، اعتباربخشی غیر واقعی، ماهیت اعتبار سنجی، توانمندسازی پزشکان در حوزه کیفیت، ارتباطات موثر، محدودیت منابع، ابهام در نقش، عدم اطمینان در مورد مشارکت) شناسایی شدند. در مجموع قوی‌ترین چالش از دیدگاه پزشکان به ترتیب مربوط به حوزه ارتباط اثربخش (4.05 ± 0.74) و حوزه توانمندسازی پزشکان در حوزه کیفیت (3.89 ± 0.59) و ضعیف‌ترین آن از نظر پزشکان در حوزه ابهام در نقش (2.86 ± 0.96) بود.

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.

کلمات کلیدی: چالش، اعتباربخشی، بهبود کیفیت، مشارکت پزشکان

سید مرتضی مجتبیان^{*۱}

^۱گروه اقتصاد و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی شیراز، شیراز، ایران

Email: mojtabaeianm971@mums.ac.ir

مقدمه

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 یک سو ماهیت ویژه خدمات پزشکی و نداشتن تخصص ارباب رجوع در ارزیابی این خدمات که 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 جهت استقرار این استانداردها در بیمارستان‌های دانشگاه نیاز به تمهیدات و صرف نیروی زیادی می‌باشد (۲). پزشکان نقش اصلی را در مدیریت بالینی بیماران در درون سیستم مراقبت بهداشتی ایفا می‌کنند. آنها همچنین به طور مرتب مشکلات بسیاری را در سیستم‌هایی که کار می‌کنند، به وجود می‌آورند و بر کارهای خود و نیز سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارد. بنابراین، آنها یک منبع فوق‌العاده برای شناسایی راه حل‌های این مشکلات و نقش رهبری در اجرای آنها ایفا می‌کنند. با این حال، برنامه‌های آموزش پزشکان تقریباً به طور کامل بر روی دانش و مهارت برای مدیریت مشکلات بالینی تمرکز می‌کنند و تقریباً هیچ آموزش در مهارت‌های مرتبط با مدیریت خدمات بهداشتی و یا بهبود کیفیت مؤثر وجود ندارد (۳). مشارکت پزشکان و رهبری بالینی در استراتژی‌های سازمانی برای بهبود کیفیت، یک پیش شرط ضروری برای ارائه مراقبت‌های ایمن و با کیفیت بالا است. در نتیجه بسیاری از بیمارستان‌ها تعامل پزشک را به عنوان یک اولویت استراتژیک برتر پذیرفته‌اند، به منظور درک بهتر در مورد عوامل کلیدی درگیر شدن با پزشک، به دست آمده است. پزشکان باید در

فعالیت‌های بهبود کیفیت شرکت کنند تا سیستم‌ها ایمن‌تری داشته باشیم و شواهد پیشین نشان می‌دهد که ایمنی و بهبود کیفیت زمانی که پزشکان مشغول و متعهد به سیستم هستند، بالاتر است (۴). بسیاری از پزشکان تلاش می‌کنند تا به بهترین وجه به بهبود ایمنی و بهبود کیفیت بیمار کمک کنند، که منجر به مراقبت‌های با کیفیت و ایمن تر برای بیماران می‌شود. یکی از موانع موفقیت بیشتر در بهبود کیفیت ممکن است عدم استفاده از مهارت‌های پزشک باشد. 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. 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، بنابراین تعجبی نیست که چندین سیستم بهداشتی یک طرح پایدار برای جذب پزشکان در کیفیت و ایمنی ایجاد کرده است. 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. در حالی که تعامل پزشکان در سراسر سیستم‌های مراقبت بهداشتی گسترده نیست و سازمان‌های با کارآیی خوبی وجود دارد که با کیفیت و ایمنی درگیر با پزشکان هستند (۵-۸). در مطالعه فردوسی (۲۰۱۴) که در بین پزشکان بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود، عنوان شد که بسیاری از مشکلات عدم مشارکت پزشکان 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 (۹). در مطالعه بالتنگ و همکاران (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

در طی مطالعه مصاحبه‌های اولیه به صورت عمیق و بدون ساختار و با مرور مصاحبه‌ها به مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته تغییر یافت. پرسشهای اصلی مصاحبه ابتدا با یک سؤال کلی (چالش‌های مشارکت پزشکان در فعالیت‌های اعتباربخشی بیمارستانی چیست؟) به منظور شمول تمام نظرات و دیدگاه‌ها، شروع شد و جریان بحث در حین مصاحبه، توسط پژوهشگر از مفاهیم گسترده تر به سمت مقوله‌های ریزتر هدایت یافت. بعد از دو مصاحبه عمیق، سؤالاتی به عنوان راهنمای مصاحبه توسط گروه پژوهش تنظیم شد و در طی انجام تحقیق تکمیل تر و به پرسشنامه نیمه ساختاریافته تبدیل شد.

برای انجام مصاحبه با افراد مورد نظر پس از تنظیم قرار ملاقات سعی شد تا مصاحبه در دفتر کار افراد انجام گیرد تا افراد احساس راحتی بیشتری داشته باشند. مصاحبه‌ها با ۲۸ نفر به اشباع رسید. مدت زمان هر جلسه مصاحبه بین ۷۰-۴۰ دقیقه بود. تمامی مصاحبه‌ها توسط یکی از نویسندگان (م.م) انجام شد. مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه تایپ شد و به عنوان راهنما در مراحل بعدی کار استفاده گردید. داده‌های به دست آمده در ATLAS.ti نسخه ۵ با استفاده از روش تجزیه و تحلیل محتوا توسط نویسنده مسئول مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مصاحبه‌ها به صورت شفاهی رونویسی و چندین بار مورد بازبینی قرار گرفت تا بدین ترتیب احساس عمومی محتوای آنها بدست آید، واحدهای معنی دار یا کدهای اولیه را شناسایی و کدها را بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها طبقه بندی کرده و مضامین را به عنوان شاخص محتوای اساسی این سازمان تنظیم کردیم. متن در مجموع ۵۷ آیتم و ۱۲ زیرمفهوم شناسایی و در ۳ موضوع اصلی طبقه بندی شد.

این کدها توسط دو محقق مقایسه شدند و تصمیمات در مورد اختلافات بر اساس اجماع اتخاذ شد. مطالعه حاضر برای اطمینان از اعتبار و صحت داده‌ها از چهار معیار (اعتبار یا مقبولیت، قابلیت اعتماد یا همسان بودن، قابلیت انتقال، تأیید پذیری) پیشنهادی گابا و لینکلن مورد توجه قرار گرفته و پژوهشگر تلاش کرده است تا یافته‌ها بازتاب تجارب حقیقی مشارکت کنندگان باشد. با انجام مصاحبه‌های عمیق، برگزاری جلسات با

بوده اند (۱۰). مقاله ماینز و همکاران (۲۰۱۵) در بین متخصصین حوزه بهبود کیفیت دانمارک انجام شد، چالش‌ها، نقش و نگرانی‌های پزشکان در مورد چگونگی اجرای حاکمیت بالینی را توضیح می‌دهد. مقاومت پزشکان به منظور تضمین کیفیت و تلاش‌های بهبود کیفیت، در همه کشورها و سیستم‌های بهداشت عمومی رایج است. ممکن است به نظر برسد که اگر مدیران از پزشکان بخواهد که بهترین خدمات ممکن را برای بیماران خود ارائه دهند، همه آنها می‌گویند که آنها انجام می‌دهند. چرا که این اختلاف نظر شناختی ظاهری بین تمایل به ارائه خدمات با کیفیت بالا و مقاومت در برابر تلاش‌های سازمان یافته در تضمین کیفیت و بهبود است (۱۱). 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 نکرده اند این مانع نشان دهنده یک چالش مهم برای رهبران نظام سلامت است که در تلاش برای دستیابی به بهبود موثر در مراقبت از بیماران هستند. در حالی که تعامل پزشکان در سراسر سیستم‌های مراقبت بهداشتی گسترده نیست و سازمان‌های با کارایی خوبی وجود دارد که با کیفیت و ایمنی درگیر با پزشکان هستند (۱۳-۱۲). بنابراین از آنجا که بهبود کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و افزایش مشارکت پزشکان در این امر بسیار ضروری می‌باشد، لذا این مطالعه با هدف تعیین چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی از دیدگاه پزشکان دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع ترکیبی اکتشافی متوالی است که از دو بخش کیفی و کمی تشکیل شده است. در بخش کیفی، مطالعه از نوع تحلیل محتوا، در بخش کمی، مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است. در مرحله اول (بخش کیفی) با ۲۸ نفر (با ۱۱ مدیر، ۹ پزشک، ۸ مسئول و کارشناس در زمینه مدیریت کیفیت) که به صورت هدفمند انتخاب شده بودند مصاحبه شد. معیارهای انتخاب افراد شامل رضایت و تمایل برای شرکت در مطالعه و داشتن تجربه موثر در زمینه اعتباربخشی (بیش از یک سال) که به معنای تجربه شغلی در بیمارستان است.

گرفت و از نظر میزان مرتبط بودن، واضح بودن و ساده بودن (شاخص‌های CVI و CVR) مطالب تمامی سوالات بررسی و اصلاحات لازم انجام شد. برای تعیین پایایی ابزار (پرسشنامه)، پایایی درونی آن با استفاده از آزمون آلفا کرونباخ و پایایی بیرونی آن با test-retest و در ادامه ICC انجام شد و با نرم افزار STATA ورژن ۱۴ مورد بررسی قرار گرفت.

برای تعیین پایایی ابزار، پرسشنامه توسط ۱۲ نفر از اعضای جامعه مورد پژوهش طی دو مرحله به روش آزمون-بازآزمون تکمیل شد که آلفای کرونباخ به دست آمده (همبستگی درونی) برابر با ۰.۸۲ شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته‌ای مشتمل بر ۲ بخش بود (پیوست شماره ۱ و ۲)، بخش اول شامل عوامل دموگرافیک (۸ سؤال) و بخش دوم شامل ۳۸ سؤال اختصاصی در ۱۲ حوزه انگیزش (۵ سؤال)، حجم بالای کار (۲ سؤال)، مطالبه‌گری بیمار (۲ سؤال)، درک نقش واحد مدیریت کیفیت (۴ سؤال)، ابهام در نقش (۲ سؤال)، عدم اطمینان به نحوه مشارکت (۴ سؤال)، غیر واقعی بودن اعتباربخشی (۴ سؤال)، ماهیت اعتباربخشی (۸ سؤال)، اطمینان متقابل و نظام ارزیابی (۲ سؤال)، توانمند سازی پزشکان در حوزه کیفیت (۳ سؤال)، ارتباط اثربخش (۱ سؤال) و محدودیت منابع (۱ سؤال) بود. سوالات 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 نمره گذاری ۵ تا ۱ در نظر گرفته شد. وجود چالش‌ها با نمرات ۱-۲/۳۰ ضعیف، ۲/۳۱-۳/۶۵ متوسط و ۳/۶۶-۵ قوی قلمداد 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) برای تحلیل بخش کمی از نرم افزار STATA ورژن ۱۴ استفاده (آمار توصیفی مشتمل بر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)

کارشناسان سعی در اطمینان از صحت کدها و تفسیرهای محقق از آنها و اصلاح کدهایی که نظرات پاسخ دهندگان را منعکس نمی‌کند، انجام شد.

روند رمزگذاری موضوع، طبقه بندی و استخراج توسط ناظران، مشاوران و کارشناسان بررسی شد تا اطمینان حاصل شود که کلاس‌ها با گفته‌های شرکت کنندگان سازگار است. محقق به منظور افزایش قابلیت انتقال یافته‌ها و کمک به دیگران در ردیابی افکار محققان و بررسی ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه، از توضیح واضح، دقیق و هدفمند فرآیند مطالعه استفاده کرد.

مرحله دوم (بخش کمی) مطالعه توصیفی - تحلیلی بود که پزشکان شاغل در ۴ گروه دسته بندی شدند. 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 مابقی پزشکان می‌باشند. دسته بندی پزشکان بر اساس مطالعه الکس و همکارانش که در سال ۲۰۱۱ در ایالات متحده انجام شده است گروه بندی شده است (۱۴). در این مطالعه بر اساس روش نمونه گیری سرشماری 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، در مرحله اول حدود ۱۵۰ پزشکان به پرسشنامه پاسخ دادند، بنابراین با ارسال دو ایمیل یا پیام واتسپ، یادآوری به فاصله ده روز از آنها خواسته شد به پرسشنامه پاسخ دهند، عدم پاسخ آن‌ها پس از ارسال این ایمیل‌ها و پیام‌ها به منزله عدم مشارکت آن‌ها در مطالعه بود و در نهایت ۴۴۵ نفر از پزشکان در مطالعه کمی شرکت کردند و نرخ مشارکت در حدود ۲۴ درصد گزارش گردید (تعداد کل پزشکانی که ایمیل و شماره تلفن آن‌ها به طور صحیح در معاونت درمان موجود بود، حدود ۱۸۰۰ نفر هستند).

به منظور بررسی روایی محتوا ابزار گردآوری داده‌ها (پرسشنامه) در اختیار ۱۶ نفر از اساتید و صاحب نظر در زمینه تحقیق قرار

برای مقایسه درصد و مقایسه میانگین ها و آمار استنباطی شامل آزمون کای دو استفاده شد.

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.

نتایج

این یک مطالعه ترکیبی اکتشافی متوالی است که از دو بخش کیفی، کمی تشکیل شده است. در بخش کیفی، مطالعه از نوع تحلیل محتوا، در بخش کمی، مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است.

بخش کیفی: در این مرحله با ۱۱ مدیر، ۹ پزشک، ۸ مسئول و کارشناس در زمینه مدیریت کیفیت مصاحبه شد... بیشتر

شرکت کنندگان در این پژوهش مرد (۷۸٪)، با مدرک تحصیلی دکتری و بالاتر (۶۷٪) دارای سابقه کاری بین ۱۱ تا ۲۰ سال بودند. در انتهای این فرایند، در ۱۲ زیر مفهوم (انگیزش، مطالبه گری بیمار، اطمینان متقابل و نظام ارزیابی، حجم بالای کار، درک نقش واحد مدیریت کیفیت، غیر واقعی بودن اعتباربخشی، ماهیت اعتباربخشی، توانمندسازی پزشکان در حوزه کیفیت، ارتباط اثربخش، محدودیت منابع، ابهام در نقش عدم اطمینان به نحوه مشارکت) و ۳ مفهوم اصلی (فرهنگی، سازمانی، رفتاری) دسته بندی شده است مقوله ها و مفاهیم به دست آمد (جدول ۱).

جدول ۱. چالش های مشارکت پزشکان در برنامه های اعتباربخشی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد بر اساس روش کیفی

مفاهیم اصلی	زیر مفهوم (Themes)	مفهوم (Sub-themes)	موارد (Items)
	انگیزش		<ul style="list-style-type: none"> ➤ عدم ارتباط بین اعتباربخشی و عملکرد پزشک ➤ عدم استفاده از کارانه به عنوان مشوق ➤ عدم تطبیق نتایج ارزیابی با عملکرد واقعی بیمارستان ➤ عدم تمایز عملکردهای مثبت در حوزه اعتباربخشی ➤ محسوس نبودن پاداش مشارکت در اعتباربخشی برای پزشکان ➤ محسوس نبودن درجه بندی بیمارستان ها بر اساس نمره اعتباربخشی
فرهنگی	مطالبه گری بیمار		<ul style="list-style-type: none"> ➤ تصور نادرست از قضاوت بیمار در مورد خدمات ➤ نبود حس مطالبه گری در بیماران
	اطمینان متقابل و نظام ارزیابی		<ul style="list-style-type: none"> ➤ تمرکز کم تیم مدیریتی روی پزشکان ➤ سیستم های نظارتی نامناسب جهت بررسی مشارکت پزشکان ➤ عدم اطمینان به مدیریت ➤ عدم الزام پزشکان به مشارکت در فرایند اعتباربخشی از جانب مدیران ➤ عدم وجود مدیران توانمند در بیمارستان
	حجم بالای کار		<ul style="list-style-type: none"> ➤ تقابل میان کیفیت و کمیت در بیمارستان های دولتی ➤ حجم بالای کار در بیمارستان های دولتی
سازمانی			<ul style="list-style-type: none"> ➤ دولتی یا خصوصی بودن بیمارستان ➤ سیستم ارجاع نامناسب ➤ وجود بیمار زیاد به واسطه شهرت بیمارستان

مفاهیم اصلی	زیر مفهوم	موارد
	درک نقش واحد	➤ درک نکردن الزام اعتباربخشی
	مدیریت کیفیت	➤ عدم آگاهی از ماهیت اعتباربخشی
		➤ عدم درک اهمیت اعتباربخشی از جانب پزشکان
		➤ کم کاری دفتر بهبود کیفیت در جلب مشارکت پزشکان
		➤ نبود زبان مشترک بین افراد دخیل در فرایند اعتباربخشی
	غیر واقعی بودن	➤ تاثیر منفی ارزیاب
	اعتباربخشی	➤ عدم تطبیق سنجه‌های اعتباربخشی با عملکرد واقعی بیمارستان
		➤ عدم شفافیت سنجه‌های اعتباربخشی
		➤ عدم وجود سنجه‌های اعتباربخشی بر اساس تخصص‌های مختلف پزشکی
		➤ یکی بودن نهاد ارزیابی کننده و ارزیابی شونده
		➤ جدا بودن اعتباربخشی بیمارستان از اعتباربخشی آموزشی
		➤ حجم بالای مستند سازی در اعتباربخشی
	ماهیت اعتباربخشی	➤ زمانبر بودن فرایند اعتباربخشی
		➤ عدم توجه به ماهیت تیم گونه در فرایند اعتباربخشی
		➤ عوض شدن زود هنگام سیاست‌های کلی اعتباربخشی
		➤ غیر مستمر بودن اعتباربخشی
		➤ کاغذبازی دانستن اعتباربخشی
		➤ ماهیت اجباری فرایند اعتباربخشی
		➤ ماهیت استرس زای اعتباربخشی
		➤ ماهیت آزمون گونه اعتباربخشی
		➤ ماهیت غیر رقابتی اعتباربخشی
	توانمندسازی پزشکان	➤ عدم آشنایی دستیاران تخصصی با اعتباربخشی
	در حوزه کیفیت	➤ عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در دوره‌های باز آموزی
		➤ عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در طی تحصیل
		➤ مهارت نا کافی پزشکان جهت مشارکت در اعتباربخشی
		➤ موثر نبودن آموزش‌های مرتبط با فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی
	ارتباط اثربخش	➤ عدم تطبیق سیستم اطلاعات بیمارستانی با نیازهای پزشکان
		➤ نبود یک کانال ارتباطی موثر بین پزشکان و دفتر بهبود کیفیت
		➤ نبود یک کانال ارتباطی موثر بین پزشکان و مدیران ارشد بیمارستان ها
		➤ محدودیت تجهیزات
	محدودیت منابع	➤ محدودیت منابع انسانی

مفاهیم اصلی	زیر مفهوم	موارد
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ محدودیت منابع فیزیکی ➤ محدودیت منابع مالی ➤ ابهام در نقش پزشک در فرایند اعتباربخشی ➤ چند بیمارستانه بودن پزشک ➤ چند شغله بودن پزشک ➤ عدم تعهد پزشک نسبت به بیمارستان ➤ عدم درک درست وظیفه شغلی ➤ عدم وجود حس پاسخگویی در قبال وظایف ➤ احساس تجاوز به خودمختاری پزشکان ➤ جدی نگرفتن اعتباربخشی ➤ حس تحمیل هزینه ➤ خو گرفتن با روندهای گذشته ➤ در اولویت نبودن اعتباربخشی برای پزشک ➤ دیدگاه مبتنی بر جدا بودن اعتباربخشی از فعالیت بالینی ➤ عدم احساس نیاز به اعتباربخشی ➤ عدم اطمینان به استمرار برنامه اعتباربخشی به شکل فعلی ➤ نهادینه نشدن اعتباربخشی در فرهنگ سازمانی ➤ وجود حس پارتی بازی در فرایند اعتباربخشی
	ابهام در نقش	
	رفتاری	
	عدم اطمینان به نحوه مشارکت	

۱. چالش های فرهنگی

۱-۱. انگیزش

درد سر ایجاد میشه و به اون نتیجه مطلوبی که مد نظرش هست نمیرسه». (م ۱۳)

همچنین یکی از موانع معمول فقدان سازوکار مشوق های مالی است، بسیاری از مشارکت کنندگان به عدم استفاده از کارانه به عنوان مشوق اشاره کرده و اظهار داشتند که این موضوع باعث کاهش بسیار زیاد مشارکت ها شده است.

« چالش اصلی اینه، یعنی اگه شما ببینید که پزشک توی فرایند اعتباربخشی مشارکت میکنه، درصد کارانش بالا میره حتما مشارکت بیشتر میشه، ولی وقتی میبینی این قدر هم کار میکنه ولی چیزی دریافت نمی کنه و وقتش هم گرفته میشه، میگه چرا باید همکاری کنم، برای همین باید روی مالی کار کنیم، مثلا در

یکی از چالش های این حوزه، عدم ارتباط بین اعتباربخشی و عملکرد پزشک است، در واقع بین سرنوشت و درآمد پزشک به نوع عملکردش در اعتباربخشی وصل شود و جنبه های قانونی اعتباربخشی برای پزشکان و کادر درمان دیگر دیده شود

« این که ما از طرف حاکمیت و رهبری یک مرکز درمانی، تنوستیم فرایند هایی رو تصویب کنیم که پزشک ها دخیل باشند توی اعتباربخشی، یعنی پزشک بدون اون که این کاری رو که داره انجام میده، اگر با سنجه های اعتباربخشی هم خوانی نداشته باشه کار درستی به نتیجه نمی رسد، یا در این جا برای پزشک

۲-۱) مطالبه گری بیمار

یکی از موانع در مورد مشارکت در اعتباربخشی این است که متاسفانه بیماران یک پزشک خوب را از یک پزشک بد در حوزه کیفیت خدمات تشخیص نمی‌دهند

«... بعضا شما می‌بینید به خاطر همراهی بیمار یا مثلا شرایط خاصی که وجود دارد، گاهی اوقات ممکنه بعضی چیزها منتفی بشه، گاهی اوقات به خاطر عوامل خارجی و مثلا جنس همراهی‌های مریض یا تیپ شناسی که همراهی مریض میکنید ممکنه که در انجام فعالیت اختلال ایجاد بکنه...» (م ۱۰)

مصاحبه‌شونده‌ها اعتقاد داشتند که نبود حس مطالبه‌گری در بیماران در میزان مشارکت آن‌ها در اعتباربخشی نقش دارد.

«... حتما موثره اگه مطالبه‌گری بیمار زیاد باشه، پزشک هم مجبور میشه بیشتر مشارکت کنه و بنابراین همون سه تا عاملی که گفتیم، مجبوره اطلاعاتش رو قوی کنه...» (م ۱۶)

۳-۱) اطمینان متقابل و نظام ارزیابی

از موانع فرایند اعتباربخشی عدم رهبری و مدیریت به درست پزشکان، عدم پشتیبانی مدیریتی از آن‌ها و توانایی کم همکاری با دیگر متخصصان پزشکی است، همچنین ملزم نکردن پزشکان بیمارستان از سوی تیم مدیریت برای انجام شاخص‌های کیفیت و اعتباربخشی می‌تواند منجر به کاهش سطح مشارکت در استانداردهای کیفیت و اعتباربخشی شود.

«... یه مقداری هم شاید رودرواسی هم توی این مسئله تأثیر گذاره، یعنی افراد یا مدیران، یه مقداری حیا میکنند و رودرواسی دارند با پزشک‌ها، کمتر این موضوع رو از اینا می‌خواند و کمتر بهشون تذکر میدند و حالا ممکنه اگه بهشون تذکر هم میدند با عکس‌العمل اونا هم مواجه بشند...» (م ۳)

«... عدم اعتماد هم میتونه خیلی نقش داشته باشه، وقتی که یک مجموعه با هم دیگه کار میکنند وقتی که بدونند که این نفعش به همه میرسه، همه به هم مشارکت میکنند، ولی اگه بدونند که زحمت می‌کشند و تیم مدیریتی، یا بازخوردی نمیده فعالیتشون رو یا اصلا پولشون رو داره جای دیگه خرج میکنه، در نتیجه اهمیتی براشون نداشته باشه...» (م ۸)

کارانه یک درصدی رو برای همکاری در اعتباربخشی بزاریم، که فرد تشویق بشه به همکاری بیشتر...» (م ۲۲)

تفاوت در نتایج ارزیابی با عملکرد واقعی بیمارستان، یکی از موانع همکاری پزشکان در اعتباربخشی بیمارستانی است

«در بیمارستان‌های بزرگ که همیشه و در هر شرایطی به بیمارستان درجه یک میدند این ذهنیت ممکنه که در پزشکان به وجود اومده باشه، یعنی پزشک‌ها فکر میکنند که با هر شرایطی که کار کنند چون بیمارستان حاکمیتی هست، با اون سطح درآمد اگه درجه یکش، دو بشه، خیلی بد میشه برای هر دو طرف...» (م ۲۸)

چالش دیگر در این حوزه عدم تمایز عملکردهای مثبت در حوزه اعتباربخشی است، در واقع پزشکان نمی‌توانند انگیزه‌ای برای معرفی ابتکارات بهبود کیفیت مداوم یا جستجوی فعالانه فرصتهای جدید در این زمینه داشته باشند.

«آره این رو خیلی از پرسنلمون می‌گند که ما الان درجه یک بودیم و ثابت بودیم یا درجه دو بودیم و شدیم یک، هیچ تشویقی ما رو نکردید، مالی چی؟ مالی منابع نداریم، برای پزشک هم همین طور هست، میگه من این قدر درگیر شدم، هیچ تأثیری روی من نکرد...» (م ۲۴)

هنگامی که بیمارستان‌ها برای یافتن ابتکار عمل در اعتباربخشی اقدام به پاداش و تنبیه نمی‌کنند، انگیزه مشارکت پزشکان کاهش می‌یابد.

«... یکی دیگه هم اینه که بازخوردی از این و انگیزه‌های برای پزشکان ایجاد نمی‌شه، مثلا من معاون درمان بیمارستان پیام توی اعتباربخشی کمک کردم، چه بازخوردی از اون به من میرسه، از نظر مالی یا معنوی یا جایگاهی به من میرسه...» (م ۲۶)

تعدادی از مصاحبه‌شونده‌ها اعتقاد داشتند که درجه بندی بیمارستان‌ها بر اساس نمره اعتباربخشی برای پزشک قابل لمس نیست.

«... بازخوردی به پزشکان بر نمی‌گرده که الان این بیمارستان ۳ شد، چه آثاری برای این داره و چه سودی دار و چه ضرری برای این پزشک، چون این رو احساس نکرده خیلی براش مهم نیست...» (م ۱۵)

«... از اون طرف مشکلی که پزشکها دارند اینه که وقت ندارند، بالاخره در بیمارستانهای آموزشی اعضای هیئت علمی، این قدر درگیر مسائل آموزش درمان و پژوهش هستند که دیگه توی این زمینهها هم همکاری کنند و هم این که خودشون رو درگیر یک چالش جدیدی بکنند، برای همین دو طرفه هست و به نظر من تا وقتی که این معامله هم به وجود نیاد باز هم همیشه یک جای کار میلنگه...» (م ۱۲)

۲-۲. درک نقش واحد مدیریت کیفیت

درجه بالایی از بی تفاوتی در بین پزشکان در مورد الزام اعتباربخشی بیمارستانی وجود دارد. همچنین عدم آگاهی در مورد روش اجرای فعالیت‌های بهبود کیفیت همچنین مانع بزرگی برای شرکت شروع ابتکارات جدید بهبود کیفیت در بیمارستان از سوی پزشکان است.

«... پزشکان اعتباربخشی رو بازی میگیرند و جدی نمیگیرند، به رسمیت میشناسند ولی جدی نمیگیرند، بالاخره وقتی دعوتش میکنی توی جلسه میاد دیگه، توی کمیته‌های مختلف میان، ولی این که جدی بگیرند نه...» (م ۴)

«..... مهم ترین قسمت اینه که پزشکها ضررش رو درک نکردند، همون احساس نیاز ندارند به این، وگر نه آگه نیاز داشتند، خودشون تقاضا می‌دادند...» (م ۲۸)

«... من اصلا نمی‌دونم مربوط به چی هست، فعالیت‌های بهبود کیفیت، الان در اورژانس ما، چون من سمت اجرایی نداشتم و رئیس بخش نبودم و مدیر گروه نبودم و در جریان اون پرونده‌های اعتباربخشی که چه چیزهایی معیارهاش نبود، الان اصلا نمی‌دونم که مثلا چی کار باید بکنند...» (م ۱۷)

«... خیلی از پزشکها در این پرونده قرار نگرفته اند و نمیدونند که چه کارهایی باید انجام بدن، خیلی از پزشکها اصلا در جریان پرونده و اهمیت اعتباربخشی نیستند...» (م ۹)

« این که صحبت کردیم ما اصلا هیچ ارتباطی با واحد بهبود کیفیت نداریم که آشنا بشیم با این قضیه، همین سنجه‌هایی رو که میگیرن رو فقط چند نفر توی بیمارستان باهاش درگیر اند و بقیه با هاش خیلی ارتباطی ندارند، ندیدند تا به حال، یا کسی ازشون نخواست که آقا شما این سنجه رو مطالعه بکنید، ببینید

«... چالش دیگه اینه که اصلا بیمارستان خودش نمی‌خواد که پزشک واقعا کیفیت رو در اولویت بزاره، چون اگر بخواد این کار رو بکنه، باید یک جایی کمیت رو فدا کنه، قاعدتا وارد همچین فضایی حداقل خیلی از بیمارستانها نشدند، بخش خصوصی راحت تر وارد این فضا میشه، مریض کمتری میگیره، خدمات بهتری رو ارائه میده، ولی در بخش دولتی الزاما این طوری نیست، خوب هدف ما اینه که مریض پشت در نمونه و بیاد خدماتش رو بگیره...» (م ۱۱)

فقدان چارچوب ارزیابی و نظارتی پذیرفته شده از سوی پزشکان برای شاخص‌های کیفیت و اعتباربخشی می‌تواند منجر به کاهش سطح علاقه به استانداردهای کیفیت و اعتباربخشی شود

«... شما وقتی که نظارتها موثر انجام بدید، نه نظارت‌هایی که حالت مچ گیری هستش، نظارت‌هایی که دست گیری هست و کمک کننده و آموزشی هست، خوب آگه نظارت‌های این جور بزاریم، طبیعتا افراد به سمت این میان که مشارکت بکنند...» (م ۵)

۲. چالش‌های سازمانی

۲-۱. حجم بالای کار

یکی از بزرگترین چالش‌ها که در فرایندهای اعتباربخشی و بهبود کیفیت در بیمارستان عمومی وجود دارد پیدا کردن نقطه تعادل بین کمیت و کیفیت است.

«... فکر نمی‌کنم بیمارستانها زیاد به کیفیت اهمیت بدنند و بیشتر کمیت براشون اهمیت داره و چون درآمدشون بیشتر میشه، دوست داره خدمتی که ارائه میده بیشتر باشه و فکر نمی‌کنم که خیلی کیفیت رو دنبال کنه...» (م ۱۵)

نگرانی در مورد کمبود وقت و بار زیاد کار برای انجام هرگونه فعالیت بهبود کیفیت توسط پزشکان، اغلب به عنوان مانع اصلی در تلاش برای معرفی یک رویکرد منظم برای بهبود کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیان می‌شود، همچنین گاهی اوقات بیمارستان‌های جنرال با وجود پذیرش بیماران فراوان باعث شود که پزشکان در اعتباربخشی مشارکت کافی را نداشته باشند.

هم گفت بدید نمرش رو، خوب ببخشید من دیونه ام سال بعد شرکت کنم، نمی‌کنم، چون ببخشید تف سر بالا هست، هر نمره ای از بیمارستانم بیارم پایین، اون ۵ درصد سهم ستادم کم میشه، از در آمد خودم کم میشه، تازه رئیس دانشگاه می‌افته در به در که آقا بدید نمرش رو، اینا رو وقتی می‌بینیم، می‌فهمیم که کشکه...» (م ۱۰)

«... بیمارستان دولتی هم به وزارت بهداشت میگه که گل به خودی هست که اگه به ما نمره بدی بدی خودت ضرر میکنی و این‌ها وقتی اتفاق می‌افته، اون ایدآل‌هایی رو که دارند برای این که بتونند تغییری بکنه، باعث میشه که توی ذهنیت همه افراد به خصوص پزشکان این باشه که این سر کاری هست...» (م ۲۳)

۴-۲. ماهیت اعتباربخشی

در بعضی مواقع تعدد روش‌ها، ابزارها و رویکردهای مربوط به فرآیندهای اعتباربخشی و بهبود کیفیت در عمل به طور کلی منجر به ایجاد انواع مختلفی از موانع بر سر راه مشارکت فعال پزشکان می‌شود. پزشکان جوان احساس می‌کنند که این پروژه‌های اعتباربخشی بیشتر کاغذ بازی بوده و کمتر در آن مشارکت می‌کنند.

«جدا بودن اعتباربخشی آموزشی هم خیلی تأثیر داره، چون الان رزیدنت‌ها خودشون رو درگیر مسائل آموزشی می‌دونند و فکر می‌کنند که تافته جدا بافته‌اند، اگه شما از اکثر پزشک‌ها پرسید می‌کند که اعتباربخشی مال سیستم پرستاری هست و به ما کاری ندارند، اگه این دو تا ش یکی بشه آره تأثیر گذاره...» (م ۱۴)

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، در بعضی مواقع دوره ای و فصلی یا غیر مستمر بودن فرایند اعتباربخشی منجر به خستگی پزشکان و مشارکت کمتر آن‌ها در پروژه‌های اعتباربخشی می‌شود.

«یعنی متاسفانه پرسنل این برداشت رو کردند که کار کیفی یعنی سند درست کردن، یعنی فقط ما داریم مستند سازی میکنیم و هنوز هیچ واکنشی در سیستم کیفی و این که رسیدگی ما به بیماران بهتر شده باشه هنوز نیافتیم، و ما به وزارت خونه اعلام

اهداف ما چیه، چه اهدافی در بلند مدت داریم چه اهدافی در بلند مدت داریم، کسی در جریانش نیست...» (م ۸)

«گاه‌ها به نظر میرسه که در این سنج‌ها بی که برنامه ریزی شده، عینا ترجمه یک سنجه خارجی هست که بعد وقتی این رو از خود افرادی که پایش کردند می‌رسی، میگن حقیقتا ما خودمون هم منظور این رو نفهمیدیم. یا اصلا کاربردی در سیستم ما نداره...» (م ۹)

۳-۲. غیر واقعی بودن اعتباربخشی

گاهی دیده شده که پزشکان در انجام کار اعتباربخشی توسط ارزیاب دلسرد و مورد بازجویی قرار گرفته‌اند که این باعث کاهش مشارکت دوباره آن‌ها میشود. همچنین گاهی عدم شفافیت در مورد جمع آوری داده‌های اعتباربخشی و الزامات استفاده از داده‌های بالینی و به ویژه انتشار یافته‌های آن، می‌تواند پزشکان را از پروژه‌های اعتباربخشی منصرف کند

«ارزیاب حضورش توی بیمارستان یک یا دو روز هست، ارزیاب ممکنه از نوع برخوردش روی افراد یک تأثیر منفی رو بزاره، مثلاً تدافعی رفتار کنه و ذهنیت منفی ایجاد بکنه که چه ارزیاب بدی بود...» (م ۲۳)

«آره یا سنجه یه چیز رو خواسته یا اصلا قبول ندارند سنجه رو، این هست، سنجه یه چیز رو می‌خواد، میگه آقا مثلاً شما باید بری توی مسیر الف، اینا میگن کلاً مسیر الف غلطه، یکی از چیزهای که توی اعتباربخشی بهش قائل نیستند، چون خودشون رو متفکر تر میدونند، شما مثلاً میگی اعتباربخشی این رو می‌خواد، میگه این چرت و پرت...» (م ۶)

«یکی از مشکلاتی اعتباربخشی شاید داشته باشه اینه که بعضی وقت‌ها اون استانداردها یا سنج‌ها یا گام‌های اعتباربخشی برای صاحبان فرایند و کسایی که تویه بیمارستان فعالیت می‌کنند خیلی شفاف و واضح نیست...» (م ۱)

افزایش مداخلات وزارت بهداشت در رابطه با ابتکارات بهبود کیفیت، اغلب به عنوان یک مانع مستقیم توسط پزشکان در نظر گرفته می‌شود.

«به سابقه و تجربه دیدم، بیمارستانی توی دانشگاه ما که نمره خیلی پایین گرفته بود، رئیسش زنگ زد به وزیر، جناب وزیر

رو گذاشته و دو سال کل بیمارستان‌ها رو درگیرش کردند و تهنش هیچی هم نیومده،» (م ۲۶)

۵-۲. توانمندسازی پزشکان در حوزه کیفیت

بسیاری از پزشکان جوان نسبت به انجام برنامه‌های بهبود کیفیت احساس آمادگی نمی‌کنند، و این موضوع بر میزان مشارکت پزشکان جوان در فعالیتهای بهبود کیفیت تأثیر می‌گذارد، از سوی پزشکان آموزش در محل کار (که در آنجا ارائه می‌شود) در رابطه با بهبود کیفیت، ناکافی تلقی شده است که این در کاهش مشارکت آن‌ها در فعالیتهای تأثیرگذار است. در بعضی مواقع، شکاف دانش در دوران تحصیل در مورد آنچه که فعالیتهای بالینی مرتبط با اعتباربخشی از پزشکان می‌خواهد ممکن است باعث شود که پزشکان کمتر از شایستگی دانشگاهی و پتانسیل خود در اعتباربخشی عمل کنند.

«... رزیدنت جماعت هم همین طور، نه کسی بهش میگه، نه امکان انجامش رو داره، چون رزیدنت نمره میخواد، شما کجای لاگ بوکش دیدی که این نمره بالا یا پایین بره، هیچ چی، آگه این اتفاق نیفته که گل قضیه روی هواست که، میگه من این رو نکنم چی میشه و بکنم چی میشه، اصلا بشر همینه،» (م ۱۹)

« دوره آموزشی ما که نشنیدیم، چرا شاید چیزهای بهبود کیفیت برای سیستم پرستاری گذاشته باشند، ولی برای پزشکان نمیدونم، آخه میدونی پزشک‌ها درگیر اند.» (م ۷)

« برای این که در دوران تحصیل بهش آموزش داده نشده و ازش خواسته نشده، پزشک رو فقط به عنوان درمانگر ما میشناسیم، به شما می‌گن که وظیفه شما فقط درمان کردن هست، خوب وقتی این جوریه به من بگند که من هیچ انگیزه ای ندارم که کار کیفی انجام بدم، و بعد هم مشخصا شرح وظیفه ای برای این کارهای برای پزشک‌ها نوشته نمی‌شه.» (م ۲۸)

۶-۲. ارتباط اثربخش

یکی از موانع درک شده توسط پزشکان در سطح سیستم اعتباربخشی عدم وجود یک سیستم اطلاعاتی قابل اعتماد و برخی از بانکهای اطلاعاتی پیچیده است که امکان مقایسه معیارها را فراهم می‌آورد

کردیم که همچنین مشکلاتی داریم، که این مستند سازی‌ها بخش‌های ما رو اذیت میکنه و اتفاقی هم در کیفیت نیفتاده.» (م ۵)

«...منتها پزشکان وقت این که بیان توی جلسات طولانی بشینند و با همه این موضوعات آشنا بشند، وقت نمیگذارند و وقت نمیکنند و یکی از چالش‌ها به نظر من اینه،» (م ۳)

« ببینید کار تیمی ما ضعیف هست، اگر یک پزشک حس بکنه و این حس مشارکت درش ایجاد بشه، که جزئی از فرایند هست و فرایند با حضور اون کیفیتش بالا میره، مطمئنا میاد وسط کار و مشارکت میکنه و ما باید اعتباربخشی رو ببریم توی دل افراد، این اعتباربخشی باید برای افراد جا بیفته، اعتباربخشی برای افراد به عنوان یک زائده اضافه است، میگن که یک چیز فصلی و موقتی هست و میگن الان می‌خوان از شما امتحان بگیرند، همچنین چیزی نباید باشه، باید این از بین بره، اگر این کار رو بتونیم بکنیم، خیلی تأثیرگذار خواهد بود.» (م ۱۳)

« این مهمترین چالشه یعنی فرض کنید یک ماه به اعتباربخشی دو ماه مونده به اعتباربخشی شروع می‌کردن به فعالیت و برای اعتباربخشی آماده باشند و روز اعتباربخشی مثلا ارزیاب‌ها و گروه‌های اعتباربخشی بیان ببینند و برند این مهمترین چالشش بود که، پس کار بیمارستان جدا بود، اعتباربخشی هم جدا.. و چالش بعدی این بود که خود اعتباربخشی هم که میومدن و انجام می‌شد دو سه روز انجام می‌شد و بس، میرفت تا یه سال بعد دو سال بعد که دوباره اعتباربخشی انجام شده.» (م ۱)

سرعت تغییر سازمانی و ادغام‌های مکرر و تغییر جهت‌های سیاست‌ها منجر به خستگی پزشکان و عدم موفقیت پروژه‌های اعتباربخشی می‌شود.

« یک چالشی که ما توی ایران داریم اول اینه که متوذهای اعتباربخشیمون خیلی تغییر می‌کنه، من از ابتدا حاکمیت بالینی و efqm و ارزشیابی و نسل‌های ۱و۲و۳و۴ رو گذورندم، این قدر این مفاهیم عوض شده، انگار هر کی اومده توی وزارت خونه نشسته، و یک مقداری هم آشنایی با یک مفهومی داشته، اومده برای این که یک جایگاهی برای خودش ایجاد بکنه، اون مدل

«... پزشک چون وظیفه خودش نمی‌دونه، میگه آقا کار من درمان بیماره، وقتی افراد همون ابتدایی که وارد سازمان می‌شند توجیه نمیشنند که اعتباربخشی کار اونا هم هست، همکاری هم نمی‌کنند»، (م ۲۱)

۲-۳) عدم اطمینان به نحوه مشارکت

سنت تمرین پزشک محور که استقلال را نسبت به کار تیمی ارج می‌نهد، موجب می‌شود که پزشکان در برابر تغییر مقاومت کنند و مهارت‌های لازم را برای کمک به کیفیت و فعالیت‌های اعتباربخشی نداشته باشند.

«... اصلا دید انتقاد پذیری ندارن کلا و دوست ندارن یک نفر غیر از خودشون یا مافوقشون بهشون چیزی بگه حتی حرف هم سطح خودشون قبول ندارن و کلا کار تیمی رو خیلیاشون قبول ندارن و نظر خواهی براشون معنی نداره در بیشتر مواقع! فقط رابطه ای کار میکنن تو مشاوره‌ها اکثرا اینو واقعا به چشم دیدم...»، (م ۲۴)

« ما بیایم کشیکمون رو بدیم، مریضمون رو ببینیم، آموزشمون رو بدیم و بریم و دوست ندارند خیلی درگیر عوامل اجرایی بشند»، (م ۱۰)

اعتباربخشی یا پروژه‌های بهبود کیفیت که توسط پزشکان جوان انجام می‌شود، ارتباط مستقیمی با برنامه بهبود در یک سرویس بالینی ندارند و ممکن است که اولویت بالایی برای بهبود خدمات بالینی نباشد. همچنین بسیاری از پزشکان بیان می‌کنند که این برنامه‌های بهبود کیفیت برای ما جدید است و انجام آن بسیار دشوار است، زیرا ما فقط بیماران را می‌بینیم، ما این کار را انجام می‌دهیم حتی اگر از آن راضی نباشیم.

« زیاد از طرف سیستم خواسته نشده که پزشک چه کارهایی رو باید انجام بده، مسئله دیگه اینه که پزشک الویت‌های دیگه ای برای خودش در نظر گرفته تا اعتباربخشی و این باعث شده که خیلی فعال نباشه»، (م ۹)

«... علت این هم که پزشک‌ها درگیری کمتری دارند، توی قضیه اعتباربخشی، چون گرفتاریاشون توی قضیه درمان بیشتر هست و اعتباربخشی رو جزو چیزهای پیش پا افتاده می‌دونند و در اولویت نیست براشون»، (م ۲۷)

« ببینید یکی از بزرگتر چالش‌ها ما با پزشکامون سیستم‌های اطلاعاتی‌مونه، الان ما به سیستم اطلاعاتی واحد هم نداریم، ما الان نزدیک به بیست مدل نرم افزار بیمارستانی داریم، که هر کدوم به سری مشکلات داره...»، (م ۲)

قطع ارتباط پزشکان جوان و کارکنان مدیریت کیفیت منجر به عدم همکاری می‌شود که در نهایت باعث می‌شود پزشکان جوان احساس کم ارزش و بی توجهی نسبت به اعتباربخشی داشته باشند

۲-۲) محدودیت منابع

در سطح نهادی و سازمانی، عدم وجود منابع مالی و فنی، کارکنان محدود، عدم برخورداری از تیم و فرهنگ کیفیت در سازمان و زیرساخت‌ها فیزیکی لازم بیمارستان مانع شرکت فعال پزشکان در ابتکاری بهبود کیفیت می‌شود

« پرستار، تجهیزات پزشکی و امکانات پزشکی، فضای بیمارستان، نسبت تعداد بیمار به پزشک، همه این‌ها موثر هست...»، (م ۱۶)

« منابع انسانی هم خیلی الان مشکل وجود داره، مثلاً همین بیمارستان ما، که حتی پرسنل اتاق عملش و پرستارای توی بخشش به اندازه کافی نیستند، قاعدتا باید به مقداری از فعالیت هاشون رو کم کنند تا به همه فعالیت هاشون برسند...»، (م ۸)

۳. چالش‌های رفتاری

۱-۳) ابهام در نقش

با وجود تلاش برای ارتقاء کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی و به طور کلی، برخی از پزشکان عمومی هنوز هم نگرش مبهم نسبت به مفهوم پیشرفت‌های بیشتر در ارزیابی و بهبود کیفیت دارند «... خیلی از افراد هیئت علمی نمی‌دونند که اصلا نقششون در اعتباربخشی چیه و کدوم‌ها مربوط به اونا میشه...»، (م ۱۲)

« در رابطه با پزشک‌ها چالش بعدیش این باشه که پزشکان معمولاً چند جا درگیرند، چند بیمارستانی اند، این هم خودش میتونه به مقداری چالش ایجاد بکنه، وقتی پزشکی توی چند تا بیمارستان درگیره، خودش رو متعهد به هیچ کدوم نمیدونه، نمیدونه به کدوم یکی پاسخگویه، اگر هم به اصلیه پاسخ بده، حداقل به بقیه پاسخ نمیده، این هم به نکته است»، (م ۳)

رو بیشتر می‌دوند، و هم احساس می‌کنند که باید همکاری بیشتری هم بکنند». (م ۱۲)

بخش کمی

هدف از این پژوهش تعیین مهم ترین چالش های مشارکت پزشکان در برنامه های اعتباربخشی از دیدگاه پزشکان دانشگاه علوم پزشکی مشهد است جمعیت مورد مطالعه شامل 445 پزشک بودند که و ۵۲٪ (۲۳۱ نفر) مرد و ۴۸٪ از پزشکان (۲۱۴ نفر) زن بودند، بیشترین افراد شرکت کننده در پرسشنامه در ردیف سنی ۴۰ تا ۶۰ سال بودند، ۴۶٪ از پزشکان عضو هیئت علمی دانشگاه و ۵۴٪ غیر هیئت علمی بودند، در کل ۴ دسته تخصص داشتیم که به ترتیب تخصص عمومی با ۳۱٪، جراحی با ۱۹٪، غیر جراحی ۱۶٪ و سایر تخصص ها با ۳۳٪ در این طرح شرکت کردند، بیشترین سابقه کاری شرکت در اعتباربخشی و فعالیت های بهبود کیفیت در رده بین ۱ تا ۱۰ سال سابقه کاری بود (جدول ۲).

« این دیدگاه هست، ما میدانیم که این اعتباربخشی که امسال انجام شده، در آینده این جا هیچ تغییری ایجاد نخواهد کرد، بنابراین شاید یک تلاش ظاهری انجام بشه اما امیدی به تغییر نداره». (م ۸)

مشارکت پزشکان در فعالیت های بهبود کیفیت می تواند چالش برانگیز باشد در واقع این فرهنگ همراهی با اعتباربخشی در بین پزشکان کمتر وجود دارد.

«نزدیک اعتباربخشی که میشه و به پرونده ها گیر می دهند، این فلان نداره یا بیا این رو مهر بزن یا بیا این کار رو بکن، بعد تموم میشه، یعنی یک سری کارها که این جور انجام میشه و کسی فکر نمی کنه که آقا این اعتباربخشی برای اینه که سری از اهداف درست بشه، یعنی یاد بگیریم و این نهادینه بشه درمون ولی متاسفانه این اتفاق نمی افته گاهی». (م ۱۷)

«... در سیستم پرستاری فرهنگ شده ولی در سیستم پزشکی نه، و باید گروه ها رو درگیر کرد، مثلاً شاید لازم باشه که، مدیران گروه ها و روسای بخش ها رو هم وارد کار اعتباربخشی کرد، وقتی که خودشون وارد قضیه میند خوب خودشون هم چالشها

جدول ۲. فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی جنسیت، سن، پست سازمانی و بیمارستان محل خدمت پزشکان

تعداد (درصد)	مشخصات
۱۶۹ (۳۸)	زیر ۴۰ سال
۲۶۳ (۵۹)	۴۰ تا ۶۰ سال
۱۳ (۳)	بالای ۶۰ سال
۲۳۱ (۵۲)	مرد
۲۱۴ (۴۸)	زن
۲۰۴ (۴۶)	هیئت علمی
۲۴۱ (۵۴)	غیر هیئت علمی
۱۴۰ (۳۱.۴۶)	عمومی
۸۵ (۱۹.۱۰)	جراحی
۷۴ (۱۶.۶۳)	غیر جراحی
۱۴۶ (۳۳)	سایر تخصص ها
۱۹۶ (۴۴)	بدون سابقه کاری
۲۰۵ (۴۶)	بین ۱ تا ۱۰ سال سابقه کاری
۴۴ (۱۰)	بالای ۱۰ سال سابقه کاری

سابقه کاری در اعتباربخشی و فعالیت های بهبود کیفیت

حوزه کیفیت (0.59 ± 3.89) و ضعیف ترین آن از نظر پزشکان در حوزه ابهام در نقش (0.96 ± 2.86) بود (جدول ۳).

میانگین چالش‌های موجود برای مشارکت پزشکان در اعتباربخشی در بیمارستانها برابر با 3.67 از 5 امتیاز بود، قوی ترین چالش از دیدگاه پزشکان به ترتیب مربوط به حوزه ارتباط اثربخش (0.74 ± 4.05) و حوزه توانمند سازی پزشکان در

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد سؤالات حوزه های مختلف از دیدگاه پزشکان

میانگین \pm انحراف معیار	بسیار مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		بسیار موافقم		سؤالات حوزه انگیزش
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
$4/2 \pm 0/87$	۱.۱	۵	۳.۳	۱۵	۱۳.۰	۵۸	۳۹.۳	۱۷۵	۴۳.۱	۱۹۵	۱. پاداش مالی و غیر مالی مشارکت در اعتباربخشی برای پزشکان محسوس نیست و پزشکان مشوقی برای مشارکت در فرایند اعتباربخشی ندارند.
3.5 ± 1.2	۴.۷۲	۲۱	۲۱.۸	۹۷	۱۴.۸	۶۶	۳۳.۴	۱۴۹	۲۵.۱	۱۱۲	۲. در حوزه اعتباربخشی چه عملکرد مثبت داشته باشیم و چه منفی، تفاوتی برای پزشک ندارد
3.6 ± 92	۰.۴۵	۲	۱۱.۹	۵۳	۲۶.۵	۱۱۸	۴۳.۱	۱۹۲	۱۸	۸۰	۳. در ارزیابی عملکرد پزشکی، موضوع اعتباربخشی بررسی نمی شود
$3.8 \pm 1/00$	۰.۵۷	۳	۱۵	۶۷	۱۲.۳	۵۵	۴۶.۵	۲۰۷	۲۵.۳	۱۱۳	۴. پزشک معیار درجه بندی اعتباربخشی بیمارستان ها را نمی داند
3.8 ± 93	۰.۴	۲	۹.۲	۴۱	۲۰.۲	۹۰	۴۱.۸	۱۸.۶	۲۸.۳	۱۲۶	۵. نتایج ارزیابی اعتباربخشی با عملکرد واقعی بیمارستان تطابق ندارد
	3.8 ± 0.63										میانگین کل
میانگین \pm انحراف معیار	بسیار مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		بسیار موافقم		سؤالات حوزه حجم بالای کار
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
4.1 ± 86	۰.۹	۴	۵.۸	۲۶	۸	۳۶	۴۷.۱	۲۱۰	۳۷.۹	۱۶۹	۶. حجم بالای کار در بیمارستان های دولتی باعث کمتر مشارکت

											که اعتباربخشی چیست و چه می‌خواد) ندارد
3.9±0.89	۱.۳۵	۶	۱۰.۱	۴۵	۶.۹	۳۱	۵۹.۵	۲۶۵	۲۲	۹۸	۱۱. اهمیت موضوع اعتباربخشی برای پزشکان تبیین نشده است
3.9±0.79	۰.۰	۰	۶.۹	۳۱	۱۱.۲	۵۰	۵۷.۹	۲۵۸	۲۳۸	۱۰۶	۱۲. دفتر بهبود کیفیت برای جلب مشارکت پزشکان اقدام مشخصی انجام نمی‌دهد
3.8±0.82	۰.۴	۲	۶.۵	۲۹	۱۸۸	۸۴	۵۳	۲۳۶	۲۱.۱	۹۴	۱۳. کسانی که در فرایند اعتباربخشی مشارکت دارند زبان مشترک ندارند(زبان اعتباربخشی با ذهن پزشک همخوانی ندارد)
۳.۸۶ ± ۰.۶۶										میانگین کل	
میانگین ± انحراف معیار	بسیار مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		بسیار موافقم		سؤالات حوزه ابهام در نقش
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
2.9±1.04	۶.۲	۲۸	۳۳.۹	۱۵۱	۲۶.۵	۱۱۸	۲۷.۴	۱۲۲	۵.۸	۲۶	۱۴. فعالیت همزمان پزشک در چند بیمارستان باعث شده که اهمیتی برای فعالیت در حوزه ارتقاء کیفیت قائل نشود
2.8±1.07	۹.۴	۴۲	۳۵.۵	۱۵۸	۲۶	۱۱۶	۲۳.۳	۱۰۴	۵.۶	۲۵	۱۵. 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)
۲.۸۶ ± ۰.۹۶										میانگین کل	
میانگین ± انحراف معیار	بسیار مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		بسیار موافقم		سؤالات حوزه عدم اطمینان به نحوه مشارکت
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	

3.2±0.78	۰.۶	۳	۱۱.۲	۵۰	۵۵	۲۴۵	۲۵.۶	۱۱۴	۷.۴	۳۳	۱۶. اعتقاد بر این است که برنامه اعتباربخشی به شکل فعلی ادامه پیدا نخواهد کرد
3.2±1.03	۴.۲	۱۱	۲۶.۲	۱۱۷	۲۲.۷	۱۰۱	۳۹.۱	۱۷۴	۹۴	۴۲	۱۷. اعتقاد بر این است که اعتباربخشی جزئی از فعالیت بالینی نیست و از آن جداست
3.7±0.77	۱.۳	۶	۴	۱۸	۲۸.۳	۱۲۶	۵۴.۳	۲۴۲	۱۱.۹	۵۳	۱۸. نهادینه نشدن اعتباربخشی در فرهنگ سازمانی
3.5±0.87	۱.۱	۵	۱۳.۹	۶۲	۲۶.۲	۱۱۷	۵۰.۱	۲۲۳	۸.۵	۳۸	۱۹. خو گرفتن با روندهای گذشته (فرایند اعتباربخشی یک فرایند جدید است و افراد با روندهای جدید خو نگرفته اند)
۳.۴۴ ± ۰.۵۶											میانگین کل
میانگین ± انحراف معیار	بسیار مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		بسیار موافقم		سؤالات حوزه غیر واقعی بودن اعتباربخشی
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
3.8±0.87	۰.۴	۲	۸	۳۶	۲۱.۳	۹۵	۴۸.۹	۲۱۸	۲۱.۱	۹۴	۲۰. سنجهای اعتباربخشی با عملکرد واقعی بیمارستان مطابقت ندارد
3.9±0.73	۰.۰	۰	۵.۱	۲۳	۱۱.۴	۵۱	۶۲.۶	۲۷۷	۲۱.۱	۹۴	۲۱. عدم شفافیت و ملموس نبودن سنجهای اعتباربخشی برای پزشک
3.6±0.89	۰.۹	۴	۸.۹	۴۰	۲۷.۸	۱۲۴	۴۴.۹	۲۰۰	۱۷.۳	۷۷	۲۲. 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 می دهد)

۲۳. یکی بودن نهاد ارزیابی کننده (معاونت درمان دانشگاه) و ارزیابی شونده (بیمارستان های دولتی) باعث دلسردی پزشک برای مشارکت در فعالیت های اعتباربخشی می شود چون احساس می کند که در نهایت بیمارستان نمره لازم را کسب می کند یا توسط معاونت درمان داده می شود	۶۸	۱۵.۲	۱۹۶	۴۴	۱۳۱	۲۹.۴	۴۶	۱۰.۳	۴	۰.۹	3.6±0.89
میانگین کل	۳.۷۸ ± ۰.۵۸										
سؤالات حوزه ماهیت اعتباربخشی	بسیار موافقم		موافقم		نظری ندارم		موافقم		بسیار موافقم		میانگین ± انحراف معیار
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۲۴. اعتقاد بر این که فرایند اعتباربخشی فقط دوره ای است و در طول فرایند اعتباربخشی بیمارستان، پزشکان حضور مداوم ندارد.	۶۳	۱۴.۱	۲۱۸	۴۸.۹	۱۱۰	۲۴.۷	۵۱	۱۱.۴	۳	۰.۶	3.6±0.88
۲۵. عدم توجه به ماهیت تیمی فرایند اعتباربخشی در بیمارستان (پزشک اعتباربخشی را وظیفه پرستار و کارکنان غیر پزشک می داند)	۴۸	۱۰.۷	۱۸۶	۴۱.۸	۱۱۲	۲۵.۱	۸۹	۲۰	۱۰	۲.۲	3.3±0.99
۲۶. ماهیت آزمون گونه فرایند اعتباربخشی باعث عدم تعلق پزشک به آن شده است	۳۸	۸.۵	۲۰۴	۴۵.۸	۱۵۶	۳۵	۴۳	۹.۶	۴	۰.۹	3.5±0.81
۲۷. ماهیت اجباری اعتباربخشی برای بیمارستان باعث عدم تعلق پزشک به آن شده است	۴۱	۹.۲	۲۰۶	۴۶.۲	۱۳۷	۳۰.۷	۵۷	۱۲.۸	۴	۰.۹	3.5±0.86
۲۸. ماهیت غیر رقابتی اعتباربخشی در بین پزشکان در بیمارستان	۴۸	۱۰.۷	۱۹۹	۴۴.۷	۱۴۷	۳۳	۴۸	۱۰.۷	۳	۰.۶	3.5±0.84

3.5±0.85	۱.۱	۵	۸.۵	۳۸	۳۴.۳	۱۵۳	۴۳.۸	۱۹۵	۱۲.۱	۵۴	۲۹. جدا بودن اعتباربخشی بیمارستان از اعتباربخشی آموزشی
3.9±0.87	۰.۶	۳	۴.۹	۲۲	۱۷.۹	۸۰	۴۸.۵	۲۱۶	۲۷.۸	۱۲۴	۳۰. حجم بالای مستندات مورد نیاز برای اعتباربخشی
4.2±0.73	۰.۲	۱	۲.۲	۱۰	۹.۸	۴۴	۴۹.۸	۲۲۲	۳۷.۷	۱۶۸	۳۱. خیلی از کارکنان بیمارستان، اعتباربخشی را کاغذبازی می دانند
۳.۶۷ ± ۰.۵۱										میانگین کل	
میانگین ± انحراف معیار	بسیار مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		بسیار موافقم		سوالات حوزه اطمینان متقابل و نظام ارزیابی
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
3.8±0.77	۰.۲	۱	۴	۱۸	۲۶.۵	۱۱۸	۵۱.۲	۲۲۸	۱۷.۹	۸۰	۳۲. سیستم های نظارتی مناسب جهت بررسی مشارکت پزشکان در فعالیت های اعتباربخشی وجود ندارد
3.4±0.87	۰.۹	۴	۱۵.۲	۶۸	۲۹.۶	۱۳۲	۴۶.۲	۲۰۶	۷.۸	۳۵	۳۳. عدم الزام پزشکان به مشارکت در فرایند اعتباربخشی از جانب مدیران
۳.۶۳ ± ۰.۷۰										میانگین کل	
میانگین ± انحراف معیار	بسیار مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		بسیار موافقم		سوالات حوزه توانمند سازی پزشکان در حوزه کیفیت
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
3.8±0.76	۰.۶	۳	۶.۲	۲۸	۱۵.۲	۶۸	۶۳.۱	۲۸۱	۱۴.۶	۶۵	۳۴. عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در دوره های باز آموزی پزشکان
3.8±0.74	۰.۲	۱	۴.۲	۱۹	۲۰.۶	۹۲	۵۷.۳	۲۵۵	۱۷.۵	۷۸	۳۵. موثر نبودن آموزش های مرتبط با فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی با نیاز های پزشکان (عدم بهره وری کلاس ها و آموزش های اعتباربخشی)

۳۶. 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	3.9±0.74
میانگین کل	۳۸۹ ± ۰.۵۹										
سوالات حوزه ارتباط اثربخش	بسیار موافقم		موافقم		نظری ندارم		مخالقم		بسیار مخالفم		میانگین ± انحراف معیار
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۳۷. نبود یک کانال ارتباطی موثر بین پزشکان و مدیران ارشد بیمارستان ها	۱۱۳	۲۵.۳	۲۶۴	۵۹.۳	۴۹	۱۱	۱۷	۳.۸	۲	۰.۴	4±0.74
میانگین کل	۴۰۵ ± ۰.۷۴										
سوالات حوزه محدودیت منابع	بسیار موافقم		موافقم		نظری ندارم		مخالقم		بسیار مخالفم		میانگین ± انحراف معیار
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۳۸. برای انجام فعالیت های خواسته شده اعتباربخشی محدودیت منابع مالی وجود دارد	۹۸	۲۲	۱۹۸	۴۴.۴	۱۲۳	۲۷.۶	۲۴	۵.۳	۲	۰.۴	3.8±0.85
میانگین کل	۳۸۲ ± ۰.۸۵										

بحث

این تحقیق یک بررسی کمی-کیفی است که باهدف تبیین چالش‌های مشارکت پزشکان در برنامه‌های اعتباربخشی از دیدگاه پزشکان دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است. یافته‌های مطالعه حاضر در بخش کیفی ۱۲ درون مایه اصلی را نشان می‌دهد که به شرح زیر در فاز کمی مطالعه قابل بررسی است:

حوزه انگیزش

بزرگ‌ترین چالش این حوزه محسوس نبودن پاداش مشارکت در اعتباربخشی برای پزشکان (۴/۰±۲/۸۷) است که با مطالعه و فلسفون همخوانی دارد (۱۵)؛ 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 (۳۸ ± ۰.۹۳) که با مطالعه کویلی و همکاران همخوانی دارد (۱۶). 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 کار سوری و فرمالیته است و آن‌ها نیز تمایلی برای اجرای برنامه اعتباربخشی نداشته باشند. پیشنهاد می‌شود با الگوگیری مناسب از کشورهای موفق در حوزه اعتباربخشی بیمارستانی سراسر دنیا که اعتباربخشی را به بخش خصوصی واگذار کرده اند، این امر میسر شده تا به نوعی تضاد منافع هم به حداقل برسد. وجود چالش محسوس نبودن درجه بندی بیمارستان‌ها بر اساس نمره اعتباربخشی (3.8±1.00) که با مطالعات هادلسون (۱۷) همخوانی دارد، منجر به کاهش انگیزه و بی تفاوتی در بین پزشکان و کادر درمان شده است به گونه‌ای که تفاوتی بین بیمارستان‌های دارای

ذکر کرده و اهمیت حوزه مطالبه گری بیمار را در راستای مشارکت پزشکان، دارای اثر کمی (۵٪) بیان کردند (۱۹).

حوزه اطمینان متقابل و نظام ارزیابی:

یکی از چالش های جدی این حوزه، چالش سیستم های نظارتی نامناسب جهت بررسی مشارکت پزشکان است که بیشترین امتیاز را در این حوزه به خود اختصاص داده است که با مطالعه میلنیک هم خوانی دارد (۲۰). به گونه ای 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 شاخص های اعتباربخشی می تواند منجر به کاهش سطح علاقه به استانداردهای کیفیت و اعتباربخشی از سوی پزشکان شود. پیشنهاد می شود 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 چالش های این حوزه، چالش عدم الزام پزشکان به مشارکت در فرایند اعتباربخشی از جانب مدیران است که با مطالعه دیویس هم خوانی دارد (۲۱). به گونه ای که در این مطالعه بیان شده تنش ها بین انتظارات تیم مدیریتی با پزشکان در مواقعی باعث شده که مدیران از مشارکت خواستن و درگیر کردن پزشکان در فرایندهای اعتباربخشی امتناع کنند یا به عبارت اصلا بیمارستان خودش نمی خواد که پزشک واقعا کیفیت رو در اولویت قرار بدهد، چون اگر بخواد این کار را بکند، باید یک جایی کمیت رو فدا کرده که قاعدتا مدیران هیچ گاه وارد همچین فضایی نخواهند شد، پیشنهاد می شود با اولویت بندی و تعیین الزامات از سوی مدیران برای پزشکان با استفاده از نظر خود پزشکان اقدام شود.

حوزه حجم بالای کار:

بزرگ ترین چالش این حوزه، حجم بالای کار در بیمارستان های دولتی است که منجر به کم کاری و عدم انجام فعالیت های و استانداردهای خواسته شده از پزشک در اعتباربخشی می گردد. لوشین و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که نگرانی در مورد کمبود وقت و افزوده شده به حجم کار پزشکان برای

درجه بالا تر و پایین تر و حتی هم درجه در بیمارستان های خصوصی و دولتی دیده نمی شوند. به نظر می رسد 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 ارزیابی ها از طرف وزارت خانه بتوان کمک کرد. در نتیجه در حوزه انگیزش در کل می توان با برنامه ریزی و فراهم کردن مقدمات برای اجرای درست اعتباربخشی برای پزشکان با الگوگیری مناسب از کشورهای موفق در حوزه اعتباربخشی و واگذاری قسمتی از اعتباربخشی به بخش خصوصی، تضاد منافع را کاهش داد و مرتبط کردن پروانه پزشکان شاغل در بیمارستان به درجه آن بیمارستان و درگیر کردن منافع پزشکان در درجه بیمارستان همچنین در حیطه هایی که مرتبط به پزشکان است، جنبه قانونی و اجباری تری داده شود و ضریب عملکرد بخش های بیمارستان با فعالیت های بهبود کیفیت و اعتباربخشی ارتباط پیدا کرده و یک امتیاز ویژه به آن داده شود. در همین راستا نیز در مطالعه خود نتایج متفاوت با این حوزه ذکر کرده و اهمیت حوزه انگیزش را در راستای مشارکت کمتر از ۲ درصد در بین پزشکان بیان کرده است (۱۵).

حوزه مطالبه گری بیمار:

بزرگ ترین و جدی ترین چالش ها در این حوزه تصور نادرست از قضاوت بیمار در مورد خدمات (3.3 ± 0.89) بود. مارشال نیز در مطالعه خود این تصور بیمار را تأیید و بیان می کند که پزشکان گاهی این شکایت منفی را دارند که متأسفانه بیماران یک پزشک خوب را از یک پزشک بد نمی شناسند و قادر به تشخیص آن نیستند یا معیارهای و قالب ذهنی بیماران در مورد کیفیت کار پزشک متفاوت هست (۱۸)، به نظر می رسد بتوان با آموزش درست بیماران و همراهان آن از یک طریق یک سری کانال های ارتباطی بتوان در حل این زمینه کمک کرد. در نتیجه در حوزه مطالبه گری بیمار در کل می توان با آموزش و آگاه سازی درست بیماران و همراهان آن ها از طریق کانال های ارتباطی و رابط عمومی بیمارستان، تفاوت در درجه اعتباربخشی بیمارستان ها و همچنین از مطالبات و حقوق خود آشنا کرد. در همین راستا داهیات در مطالعه خود نتایجی مشابه با این قسمت کمی مطالعه ما

گیری سیستم مراقبت‌های بهداشتی را که در آن کار می‌کنند، درک کنند (۲۳).

یکی دیگر از چالش‌های جدی این حوزه نبود زبان مشترک بین 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 (۲۴) به این موضوع اشاره کرد که عدم وجود وظایف گروهی به روشنی تعریف شده و پیش زمینه‌های حرفه‌ای مختلف که باعث بی‌اعتمادی، موانع زبانی و عدم آگاهی در مورد نقش یکدیگر می‌شود

حوزه غیر واقعی بودن اعتباربخشی:

بزرگ‌ترین چالش‌ها در این حوزه، عدم شفافیت و ملموس نبودن سنجه‌ها است. در مطالعه پاتو و کاپوویچ 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 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 بزرگ دیگر این حوزه، عدم تطبیق سنجه‌های اعتباربخشی با عملکرد واقعی بیمارستان است بن‌یاسی و همکاران اظهار داشتند 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. در واقع دیدگاه‌هایی که باید سنجیده شود و چگونه می‌توان اینها را اندازه‌گیری کرد و ترس از اینکه به راحتی اندازه‌گیری شود بر اهمیت مقدم است (۲۶)

انجام هرگونه فعالیت جدید (از جمله اعتباربخشی)، اغلب به عنوان موانع اصلی در تلاش برای معرفی یک رویکرد منظم بهبود کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه وجود دارد. کمبود زمان برای انجام وظایف غیربالینی، عدم درک زمان برای برنامه ریزی و فعالیت‌های رفتاری بهبود کیفیت و یا این فرض که زمان صرف شده در اعتباربخشی، زمان صرف شده برای بیماران نیست، به همین دلیل در این زمینه محدودیت‌های زمانی می‌تواند ابعاد مختلفی، از قبیل کاهش در بهره‌وری داشته باشد. به‌منظور رفع این مشکل بازنگری در دسته‌بندی فعالیت‌های انجام شده در بیمارستان از سوی پزشک و گنجانده شدن زمانی برای انجام فعالیت‌ها بهبود کیفیت و اعتباربخشی پیشنهاد می‌شود.

یکی دیگر از چالش‌های جدی این حوزه چالش تقابل میان کیفیت و کمیت در بیمارستان‌های دولتی است که این چالش منجر به کاهش بهره‌وری پزشکان می‌گردد در مطالعه دوباس هم به این مورد اشاره شده که بزرگترین چالشی که فرایندهای بهبود کیفیت در رویه عمومی وجود دارد پیدا کردن نقطه تعادل بین کمیت و کیفیت است (۲۲). در کل می‌توان با بازنگری در دسته‌بندی فعالیت‌های انجام شده در بیمارستان از سوی پزشکان و گنجانده شدن زمانی مشخص برای انجام فعالیت‌ها بهبود کیفیت و اعتباربخشی و همچنین سعی شود بین کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان تعادل برقرار شود و همچنین ساز و کارهای مالی و پاداش و تنبیه و سایر تفاوت‌های بیماران بیمارستان‌ها خصوصی و دولتی با استفاده از سیستم ارجاع جامع به حداقل رساند شود.

حوزه درک نقش واحد مدیریت کیفیت:

چالش بزرگ این حوزه، عدم درک اهمیت اعتباربخشی از جانب پزشکان است پانیک و همکاران اظهار داشتند، سوء تفاهم در مورد ارزش ارتقاء کیفیت و عدم آگاهی از مزایای عملی آن توسط پزشکان عمومی می‌تواند به همه این موانع کمک کند. در واقع برای اطمینان از اجرای پروژه‌های مرتبط با تأثیر زیاد، پزشکان جوان باید درک کنند که چرا ابتکار عمل برای ارتقاء کیفیت رخ می‌دهد و اهداف استراتژیک و جهت

حوزه ماهیت اعتباربخشی:

بزرگ ترین چالش در این حوزه، کاغذبازی دانستن اعتباربخشی از سوی پزشکان است. بویلی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بعضی از پزشک ها این عقیده رو دارند که اعتباربخشی، کاغذ اضافی ایجاد کرده، به عبارتی خیلی از پزشک ها میگویند که این از کاغذبازیشونه، کاغذ اضافه برای ما درست می کنند، وقت ما رو می گیرند، که ما بشینیم بنویسیم (۲۷) برای رفع این مشکل باید نسبت به آگاهی سازی به پزشکان اقدام شود و کاغذ و مستند سازی اضافی از سوی پزشکان جلوگیری به عمل آید. یکی دیگر از چالش های جدی این حوزه حجم بالای مستند سازی در اعتباربخشی است که این چالش منجر به وقت گیری و حوصله سر بری پزشکان می گردد در مطالعه نیر و پوجا هم به این مورد اشاره شده که در بعضی مواقع جلسات مملو از دستوالعمل و مستندات فراوان، زمان بسیار کمی را برای انجام پروژه های اعتباربخشی را می گذارد که منجر به موانعی بر سر راه مشارکت فعال پزشکان می شود (۲۸). به منظور رفع این مشکل یک زمان مشخص را برای پزشکان در جهت جمع آوری مستندات یا جلساتی که مربوط به اعتباربخشی هست و جنبه مالی و غیر مالی آن هم در نظر گرفته شده است قرار دهیم. حوزه توانمندسازی پزشکان در حوزه کیفیت:

بزرگ ترین چالش در این حوزه، عدم آموزش فرایند بهبود کیفیت و اعتباربخشی در طی تحصیل پزشکان است. هوپر و بتون و باگنال در مطالعه های خود نشان دادند (۲۹-۳۱)، در بعضی مواقع، شکاف دانش در دوران تحصیل در مورد آنچه که فعالیتهای بالینی مرتبط با اعتباربخشی از پزشکان می خواهد ممکن است باعث شود که پزشکان کمتر از شایستگی دانشگاهی و پتانسیل خود در اعتباربخشی عمل کنند، در نتیجه در حوزه توانمندسازی پزشکان در حوزه کیفیت باید نسبت به آگاهی سازی و آموزش به صورت تئوری در دوران علوم پایه پزشکی و به صورت عملی در دوره های استاجری و اینترنی و دستیاری تخصصی اقدام کرد و همچنین باید نیاز سنجی های لازم توسط کارشناسان مجرب از پزشکان صورت گیرد که در کدام حوزه ها نیاز به آموزش حس می شود و در صورت

آموزش پزشکان به خوبی در آن دوره شرکت می کنند و همچنین در بعضی مواقع می توان آموزش ها را به بخش خصوصی واگذار کرد.

حوزه ارتباط اثربخش:

تنها چالش این حوزه نبود یک کانال ارتباطی موثر بین پزشکان و مدیران ارشد بیمارستان ها که بیشترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده است. در مطالعه فوی و همکاران به این موضوع اشاره شد که فقدان یک رابطه کاری حمایتی بین پزشکان و مدیران نیز از موانع سازمانی برای نوع مشارکت پزشکان در اجرای اعتباربخشی باشد (۳۲) گاهی دیده شده که ارتباط وجود ندارد در خیلی از موقع هم ارتباط مدیریت با پزشکان ارتباط ریاستی و دستورالعملی هستش، یک ارتباط صمیمانه و کاری که دو نفر درگیر بشند در تصمیمات هم دیگه خیلی این دیده نمیشه، اگر که این سیستم ها به هم دیگه نزدیک بشود حتما در اعتباربخشی موثر خواهد بود. همچنین در مطالعه بولا فقدان مهارت ارتباط را با ۴۵٪ جزو مهمترین چالش های مشارکت دانست که با مطالعه کمی ما هم خوانی بالایی دارد (۳۳).

در نتیجه در حوزه ارتباط اثربخش با پزشکان باید نسبت به تقویت روابط ما بین تیم مدیریت و پزشکان عمل نمود، همچنین در مقایسه نظرات پزشکان در حوزه ارتباط اثربخش در هیچ کدام از رده ها و متغیرهای تفاوت معنی داری دیده نشد. حوزه محدودیت منابع:

تنها چالش این حوزه محدودیت منابع مالی است. در مطالعه ودال و همکاران به این موضوع اشاره شد که منابع مالی کافی به عنوان اصلی ترین مانع در تلاش برای معرفی یک رویکرد سیستماتیک برای بهبود کیفیت تلقی می شود. بودجه برخی از شیوه ها به حدی تنگ است که زمان درک شده بین اجرای یک برنامه با کیفیت و تحقق مزایا ممکن است آنها را در مسیر کیفیت متوقف کند. کارکنان پزشکی و پرستاری تصور می کردند که این سرویس از نظر کارمندان و تجهیزات "تحت تأمین منابع" بوده و مشکلات خاص کیفیت را ناشی از فقدان منابع مالی می داند (۳۴).

حوزه ابهام در نقش:

شرح وظایف پزشکان مشارکت در بهبود کیفیت و فعالیت‌های اعتباربخشی را قید کرد و برای آن ضریبی را در نظر گرفت.

محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه صرفاً به بیان دیدگاه‌های پزشکان پرداخته است که این امر منجر میشود بسیاری از چالش‌هایی که بقیه افراد گروه سلامت نادیده گرفته شود. پیشنهاد میشود مطالعات بعدی به چالش‌هایی که تمام افراد گروه پزشکی خانواده با آن روبرو هستند، بپردازند.

نتیجه‌گیری

باید توجه داشت که فعالیت‌های اعتباربخشی و بهبود کیفیت حتی در کشورهای توسعه‌یافته نیز دارای مشکلات و چالش‌هایی نسبتاً مشابه با چالش‌های شناسایی‌شده در این مطالعه هستند که این امر نشان‌دهنده عمومیت نسبی بعضی چالش‌ها در بین کشورهای مختلف است. نتایج این مطالعه نشان داد که بزرگ‌ترین چالش‌ها در حوزه ارتباط اثربخش و حوزه توانمندسازی پزشکان در حوزه کیفیت و انگیزش است که رفع این چالش‌ها، کمک شایانی به بهبود عملکرد پزشکان در فعالیت‌های اعتباربخشی خواهد کرد. بیشترین چالش در حوزه ارتباط اثربخش و کمترین آن در حوزه ابهام در نقش، شناسایی شدند.

با توجه به اینکه تمام چالش‌های شناسایی‌شده در این مطالعه بزرگ و با اهمیت هستند و مردم، پزشکان از این طرح و نوع مشارکتشان ناراضی هستند. پیشنهاد می‌شود به‌منظور اجرای صحیح فعالیت‌های اعتباربخشی ملی آن‌گونه که اهداف این طرح و تعریف بین‌المللی و شناخته‌شده آن در سطح جهان و کشورهای که طرح را اجرا کرده‌اند مطابقت داشته باشد، سیاست‌گذاران عزم جدی در رفع چالش‌ها داشته باشند.

تعارض منافع: نویسندگان هیچگونه تعارض منافی را اعلام نکرده‌اند.

بزرگ‌ترین چالش در این حوزه، فعالیت همزمان پزشک در چند بیمارستان است. بیانکون و همکاران (۳۵) در مطالعه خود 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 و احساساتی که هنگام تغییر مذاکرات در بیمارستان وسیع تر می‌شود افزایش می‌یابد برای رفع این مشکل باید نسبت به روزرسانی سیستم نظارت بر پزشکان و یک پارچه سازی آن در سطح دانشگاه اقدام کرد. در نتایج مطالعه شاه ذکر شد که ۷۲ درصد از افراد شرکت‌کننده در مطالعه با چالش ابهام در نقش پزشک اعتقاد دارند و این امر با مطالعه ما هم سو است (۳۶).

حوزه عدم اطمینان به نحوه مشارکت:

چالش بزرگ این حوزه، خو گرفتن با روندهای گذشته است چونز و همکاران اظهار داشتند یکی از روسای بخشهای بیمارستان همچنین خاطرنشان کرد که تغییر از روش سنتی به بهبود کیفیت برای بخش من چالش برانگیز است (۳۷).

یکی دیگر از چالش‌های جدی این حوزه عدم اطمینان به استمرار برنامه اعتباربخشی به شکل فعلی است که در هر بیمارستانی این امر دیده می‌شود و این موجب می‌شود تلاش پزشکان در اجرای فعالیت‌های اعتباربخشی کم شد و انگیزه وی تحلیل برود، در مطالعه اوینز (۳۸) به این موضوع اشاره کرد که در بعضی موارد پزشکان عمومی بر این باورند که سطح کار مورد نیاز ارزش انجام ندارد چون به زودی تغییر خواهد کرد و در مورد تأثیرات مثبت برنامه‌های بهبود کیفیت شک و تردید شدید دارند. در نتیجه در حوزه عدم اطمینان به نحوه مشارکت پزشکان می‌توان برای افزایش فرهنگ مشارکت در بین پزشکان آموزش‌های لازم را از همان دوران دانشجویی پزشکی در مورد اهمیت بهبود کیفیت برای بیمار و خود پزشک گزارش شود و در بیمارستان هم سعی شود از بزرگان پزشکی بیمارستان برای فرهنگ سازی و الگوگیری استفاده شود، همچنین می‌توان در

References

1. Bhupathiraju SN, Hu FB. Epidemiology of obesity and diabetes and their cardiovascular complications. *Circulation research*. 2016; 118(11): 1723-1735.

2. Roth GA, Huffman MD, Moran AE, Feigin V, Mensah GA, Naghavi M, Murray CJ. Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013. *Circulation* 2015; 132(17): 1667-1678.
3. Haydarisafa M, Treatment of diabetes 2. *Medicine Novin Magazine* 2011; 512: 270-283.
4. Mather KJ, Steinberg HO, Baron AD. Insulin resistance in the vasculature. *The Journal of clinical investigation* 2013; 123(3): 1003-1004.
5. Sarookhani M, Arefian E. Molecular mechanism of insulin resistance. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2014; 18(5): 57-64. [Persian]
6. Alizadeh A. Effect of Eight-week aerobic exercise on C-re active protein, and Hemoglobin A1c and lipid profile in Female Diabetic Type 2 Patients (Doctoral dissertation, Master Thesis]. Mashhad, Iran: Ferdowsi University of Mashhad) 2013. [Persian]
7. Nassis GP, Papantakou K, Skenderi K, Triandafilopoulou M, Kavouras SA, Yannakoulia M, Chrousos GP, Sidossis LS. Aerobic exercise training improves insulin sensitivity without changes in body weight, body fat, adiponectin, and inflammatory markers in overweight and obese girls. *Metabolism* 2005; 54(11): 1472-149.
8. Segal KR, Edano AL, Abalos A, Albu JE, Blando LO, Tomas MB, Pi-Sunyer FX. Effect of exercise training on insulin sensitivity and glucose metabolism in lean, obese, and diabetic men. *Journal of Applied Physiology* 1991; 71(6): 2402-2411.
9. Boulé NG, Kenny GP, Haddad E, Wells GA, Sigal RJ. Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in Type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia* 2003; 46(8): 1071-1081.
10. Giannopoulou I, Fernhall B, Carhart R, Weinstock RS, Baynard T, Figueroa A, Kanaley JA. Effects of diet and/or exercise on the adipocytokine and inflammatory cytokine levels of postmenopausal women with type 2 diabetes. *Metabolism* 2005; 54(7): 866-875.
11. Jones TE, Basilio JL, Brophy PM, McCammon MR, Hickner RC. Long-term exercise training in overweight adolescents improves plasma peptide YY and resistin. *Obesity* 2009; 17(6): 1189-1195.
12. Akbarpour M, Samari Z. The effect of aerobic training and Spirulina supplementation on Resistin and C-reactive protein in women with type 2 diabetes with overweight. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2020;24(5):576-84
13. Hatami E, Ghalishourani S-S, Najafgholizadeh A, Pourmasoumi M, Hadi A, Clark CC, et al. The effect of spirulina on type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2021;20(1):883-92
14. Mazloomi SM, Samadi M, Davarpanah H, Babajafari S, Clark CC, Ghaemfar Z, et al. The effect of Spirulina sauce, as a functional food, on cardiometabolic risk factors, oxidative stress biomarkers, glycemic profile, and liver enzymes in nonalcoholic fatty liver disease patients: A randomized double-blinded clinical trial. *Food Science & Nutrition*. 2022;10(2):317-28.
15. Huang H, Liao D, Pu R, Cui Y. Quantifying the effects of spirulina supplementation on plasma lipid and glucose concentrations, body weight, and blood pressure. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity :targets and therapy*. 2018;11:729.
16. Akbarpour M, Ebrahimzadeh ZS. Effect of Spirulina supplementation and aerobic exercise on the level of cortisol and body composition in women with type 2 diabetes. *Advancements in Life Sciences*. 2019;6(3):116-24.
17. Anitha L, Chandralekha K. Effect of supplementation of Spirulina on blood glucose, glycosylated hemoglobin and lipid profile of male non-insulin dependent diabetics. *Asian Journal of Experimental Biological Sciences* 2010; 1(1): 36-46.
18. Tanaka H, Monahan KD, Seals DR. Age-predicted maximal heart rate revisited. *Journal of the american college of cardiology* 2001; 37(1): 153-156.
19. Lakka TA, Laaksonen DE. Physical activity in prevention and treatment of the metabolic syndrome. *Applied physiology, nutrition, and metabolism* 2007; 32(1): 76-88.
21. Chakaroun R, Raschpichler M, Klötting N, Oberbach A, Flehmig G, Kern M, Schön MR, Shang E, Lohmann T, Dreßler M, Fasshauer M. Effects of weight loss and exercise on chemerin serum concentrations and adipose tissue expression in human obesity. *Metabolism* 2012; 61(5): 706-714.
22. Habibi AH, Rezaei H. Comparison of Acute Aerobic Exercise in Low and Moderate Intensity on Lipid Profiles in Overweight Elderly Men, *Jundishapur Scientific Medical Journal* 2015; 14(6): 691-701. [Persian]

23. Bijeh N, Hejazi K. The effect of aerobic exercise on levels of HS-CRP, insulin resistance index and lipid profile in untrained middle-aged women. *Razi Journal of Medical Sciences* 2018; 24(10): 1-11.
24. Ivy JL. Role of exercise training in the prevention and treatment of insulin resistance and non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Sports medicine* 1997; 24(5): 321-336.
25. Esposito K, Nappo F, Giugliano F, Di Palo C, Ciotola M, Barbieri M, Paolisso G, Giugliano D. Meal modulation of circulating interleukin 18 and adiponectin concentrations in healthy subjects and in patients with type 2 diabetes mellitus. *The American journal of clinical nutrition* 2003; 78(6): 1135-1140.
26. Kaur K, Sachdeva R, Grover K. Effect of supplementation of Spirulina on blood glucose and lipid profile of the non-insulin dependent diabetic male subjects. *Journal of Dairying, Foods and Home Sciences* 2008; 27(3,4): 202-208.
27. Mani UV, Desai S, Iyer U. Studies on the long-term effect of spirulina supplementation on serum lipid profile and glycated proteins in Niddm patients. *Journal of nutraceuticals, functional & medical foods* 2000; 2(3): 25-32.
28. Deng R, Chow TJ. Hypolipidemic, antioxidant, and antiinflammatory activities of microalgae Spirulina. *Cardiovascular therapeutics* 2010; 28(4): 33-45.
29. Maiorana A, O'Driscoll G, Goodman C, Taylor R, Green D. Combined aerobic and resistance exercise improves glycemic control and fitness in type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice* 2002; 56(2): 115-123.
30. Sourì RH, Vahabi K, Shabkhiz F. Effects of interval aerobic training on serum RBP4 and insulin resistance in type 2 diabetic patients. *Iran J Diabetes Metabol* 2011; 10(4): 388-397. [Persian]
31. Yousefipoor P, Tadibi V, Behpoor N, Parnow A, Delbari E, Rashidi S. The effect of 8-week aerobic and concurrent (aerobic-resistance) exercise training on serum il-6 levels and insulin resistance in type 2 diabetic patients. *SSU_Journals* 2013; 21(5): 619-631. [Persian]
32. Gray SR, Baker G, Wright A, Fitzsimons CF, Mutrie N, Nimmo MA, Scottish Physical Activity Research Collaboration. The effect of a 12 week walking intervention on markers of insulin resistance and systemic inflammation. *Preventive Medicine* 2009; 48(1): 39-44.
33. Kim ES, Im JA, Kim KC, Park JH, Suh SH, Kang ES, Kim SH, Jekal Y, Lee CW, Yoon YJ, Lee HC. Improved insulin sensitivity and adiponectin level after exercise training in obese Korean youth. *Obesity* 2007; 15(12): 3023-3030.
34. Henriksen EJ. Invited review: Effects of acute exercise and exercise training on insulin resistance. *Journal of applied physiology* 2002; 93(2): 788-796.
35. Wagenmakers AJ, Bonen A, Dohm GL, van Loon LJ. Lipid metabolism, exercise and insulin action. *Essays in biochemistry* 2006; 42: 47-59.
36. Fujimoto M, Tsuneyama K, Fujimoto T, Selmi C, Gershwin ME, Shimada Y. Spirulina improves non-alcoholic steatohepatitis, visceral fat macrophage aggregation, and serum leptin in a mouse model of metabolic syndrome. *Digestive and Liver Disease* 2012; 44(9): 767-774.

Original Article

Sequential exploratory combined study of doctors' participation in accreditation programs from the perspective of doctors of Mashhad University of Medical Sciences

Received: 24/02/2021 - Accepted: 28/09/2022

Seyyed Morteza Mojtabaeian^{1*}

1 Department of Economics and Management, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Email:

mojtabaeianm971@mums.ac.ir

Abstract

Introduction: In Iran, accreditation programs began in 2012. The aim of this study was to determine the challenges of physicians' participation in accreditation programs from the perspective of physicians of Mashhad University of Medical Sciences.

Methods: The present study is a combined (quantitative-qualitative) study. In this study, using purposive sampling method, interviews were conducted with 11 managers, 9 physicians, 8 managers and experts in the field of quality management. Then, based on the results of the interviews, a questionnaire was designed and after confirming its validity and reliability in a descriptive-analytical study in 1399. Quantitative study findings were analyzed using descriptive statistics and Whitney-Mann test, T test and ANOVA at a significance level of 0.05.

Results: In qualitative content analysis, 12 concepts (motivation, patient demand, mutual trust and evaluation system, high workload, understanding the role of quality management unit, unrealistic accreditation, nature of accreditation, empowerment of physicians in the field of quality, effective communication, resource constraints, Ambiguity in the role, uncertainty about participation) were identified. In general, the strongest challenge from the physicians' point of view was related to the field of effective communication ($4/05 \pm 0/74$) and the field of empowerment of physicians in the field of quality ($3/89 \pm 0/59$) and the weakest was the field of ambiguity ($2/86 \pm 0/96$).

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: participation, accreditation, quality improvement