

## عملکرد دفاتر بهبود کیفیت بیمارستان‌ها: چالش‌ها و راهکارها

ابراهیم جعفری پویان<sup>۱</sup>، حجت رحمانی<sup>۱</sup>، محمدمبین میرشکاری<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۷

### چکیده:

**زمینه و هدف:** شناسایی چالش‌های دفاتر بهبود کیفیت در برنامه‌ریزی کیفیت خدمات بیمارستان و تلاش برای ارائه راهکار مناسب حل مشکلات این دفاتر علاوه بر تقویت دفاتر به افزایش کیفیت خدمات بالینی و غیر بالینی بیمارستان نیز کمک می‌نماید. این پژوهش با هدف بررسی چالش‌های دفاتر بهبود کیفیت بیمارستان‌ها و ارائه راهکار مناسب آن‌ها انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش کیفی حاضر به روش پدیدارشناسی طراحی شده است. با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۴۰ نفر از مدیران و روسای بیمارستان‌ها، مترون‌ها، کارشناسان بهبود کیفیت بیمارستان‌ها و کارشناسان دفاتر نظارت و اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران داده‌ها جمع‌آوری شد. روش تحلیل موضوعی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. با کمک نرم‌افزار Maxqda10 تحلیل و طبقه‌بندی داده‌های جمع‌آوری شده صورت گرفت.

**نتایج:** با تحلیل مصاحبه‌ها در حوزه چالش‌ها و راهکارها کدهای استخراج شده در چهار حیطه مدیریت، استانداردها، ارزیابی و کارکنان طبقه‌بندی گردید که بیشترین کدها مربوط به مدیریت با ۵ عنوان اصلی و ۲۱ عنوان فرعی بود. بیشترین راهکارها مربوط به حیطه مدیریت بود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد غالب چالش‌ها و راهکارها در حیطه مدیریت هستند و برای بهبود وضعیت دفاتر بهبود کیفیت تمرکز بر اصلاح این حیطه کمک‌کننده خواهد بود.

**کلمات کلیدی:** چالش‌ها، راهکارها، دفاتر بهبود کیفیت، بیمارستان

<sup>۱</sup> دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت و سیاستگذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. (\*نویسنده مسئول) آدرس محل کار: بوشهر، خیابان جانبازان، بیمارستان قائم (عج). تلفن: ۰۹۱۲۸۹۲۳۴۰۶  
پست الکترونیک: ma.mirshkary@gmail.com

**مقدمه:**

کیفیت به عنوان یکی از حوزه‌های موردتوجه پژوهشگران و مدیران در چند دهه اخیر مطرح بوده است. این توجه بر خواسته از روندهای مختلفی از جمله افزایش هزینه‌های سلامت و بروز اشکال متنوعی از خطاهای پزشکی بوده است. همچنین کیفیت به عنوان یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت مطرح می‌باشد (۱-۴).

کیفیت به عنوان یک مزیت برای سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات می‌باشد. از مزایای توجه به کیفیت کاهش اتلاف، دوباره‌کاری‌ها، تأخیرها، هزینه‌ها و بهبود تصویر سازمان در نگاه مشتریان می‌باشد. یکی از پرکاربردترین تعاریف کیفیت در حوزه سلامت توسط انجمن پزشکی آمریکا (IOM)<sup>۱</sup> مشخص گردیده است. این موسسه کیفیت را درجه‌ای از خدمات سلامت شخصی و عمومی سازگار با دانش حرفه‌ای روز می‌داند که احتمال دستیابی به پیامدهای مطلوب و دلخواه را افزایش می‌دهد (۵-۶).

از مفاهیم جدید و پرکاربرد که ذیل مفهوم کیفیت شکل گرفته است؛ مدیریت کیفیت می‌باشد. هرچند مدیریت کیفیت قدمتی فراتر از قرن بیستم میلادی ندارد؛ با این حال دوره‌های مختلفی را همچون بازرسی<sup>۲</sup>، کنترل کیفیت<sup>۳</sup>، تضمین کیفیت<sup>۴</sup> و بهبود مستمر کیفیت<sup>۵</sup> را طی نموده است (۷).

تاکنون برنامه‌های مختلف مدیریت کیفیت در سطح نظام سلامت ایران پیاده شده است که دو برنامه عمده در این حوزه شامل برنامه حاکمیت بالینی و برنامه ملی اعتباربخشی بیمارستان‌ها از آن جمله‌اند. در خصوص هر دو برنامه در مطالعات مختلف چالش‌هایی ذکر شده است. مثلاً در مطالعه‌های مختلف چالش‌های برنامه حاکمیت بالینی را مواردی همچون چالش‌های مرتبط با نیروی انسانی، کمبود منابع مالی، کامل نبودن سیستم‌های ثبت و مستندسازی، فرهنگ سازمانی نامناسب، کمبود آگاهی مدیران و کارکنان، نقص در رویه‌ها و خط‌مشی‌های مدون، نظارت و ارزشیابی نامناسب، فقدان هماهنگی بین بخشی و رهبری سازمانی ضعیف عنوان شده‌اند (۸-۱۲).

در خصوص برنامه اعتباربخشی که تاکنون چهار نسل از استانداردهای آن به بیمارستان‌های کشور ابلاغ شده است؛ تعداد سنجه‌ها، روش ارزیابی و تیم‌های ارزیاب، در نظر نگرفتن بار مالی پیاده‌سازی استانداردها، ابهام در مفاهیم مورد تأکید

سنجه‌ها، دیدگاه‌ها نسبت به مدل اعتباربخشی، عدم سیاست‌گذاری صحیح در خصوص پیاده‌سازی مدل، مشکلات آموزشی مدل، مشکلات نیرو انسانی مدل و مشکلات مدل در خصوص ارزیابی به عنوان چالش‌ها مطرح شده‌اند (۱۳-۱۵).

از ابتدای ابلاغ برنامه حاکمیت بالینی در سال ۱۳۸۸ تشکیل دفاتری با عنوان حاکمیت بالینی در سطح دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها آغاز گردید. این دفاتر در ابتدای آغاز برنامه اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های کشور به دفاتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی تغییر نام دادند. هدف از تشکیل دفاتر بهبود کیفیت انجام وظایفی همچون تدوین برنامه‌های مختلف (استراتژیک، بهبود کیفیت و عملیاتی) با مشارکت سایر ذی‌نفعان، شناسایی و اصلاح فرایندها، تهیه و تعیین الگوهای تدوین و ثبت مستندات، مشارکت در استقرار استانداردهای اعتباربخشی، پایش پیشرفت اهداف عملکردی و استراتژیک، تدوین، جمع‌آوری اطلاعات و گزارش انواع شاخص‌های بیمارستانی، مشارکت و هماهنگی فعالیت‌های مرتبط با ایمنی بیمار و گزارش به بخش‌های مرتبط، همکاری و نظارت بر اجرا و تدوین انواع دستورالعمل‌ها، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی و اطلاع‌رسانی عمومی آن‌ها، تهیه تقویم شش‌ماهه یا سالانه کمیته‌ها و نظارت و هماهنگی برای برگزاری آن‌ها، ثبت مستندات و پایش مصوبات کمیته‌ها و تدوین آیین‌نامه کمیته‌ها و هماهنگی ابلاغ دبیران کمیته‌ها بوده است.

با وجود گذشت تقریباً یک دهه از آغاز فعالیت دفاتر بهبود کیفیت، اما تاکنون مطالعه‌ای با هدف بررسی این دفاتر صورت نگرفته است. به همین دلیل و با توجه به تعدد وظایف و حساسیت تکالیفی که بر عهده دفاتر بهبود کیفیت قرار داده شده است؛ این مطالعه که به روش پدیدارشناسی در سطح بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران طراحی و اجرا گردیده است؛ به چالش‌ها و راه‌کارهای موجود برای حل مشکلات دفاتر و کارشناسان بهبود کیفیت می‌پردازد.

**مواد و روش‌ها:**

این پژوهش کیفی بوده و به روش پدیدارشناسی انجام گرفته است. به لحاظ زمانی پژوهشی مقطعی بوده که در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ انجام شده است و به لحاظ نتایج کاربردی می‌باشد.

دفاتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های دولتی، خصوصی، تأمین اجتماعی و نظامی شهر تهران به عنوان محیط این پژوهش انتخاب شدند. جامعه پژوهش نیز ترکیبی از کارشناسان دفاتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها، مترون، مدیران و روسای بیمارستان‌های شهر تهران را در بر

<sup>1</sup> Institute of Medicine

<sup>2</sup> Inspection

<sup>3</sup> Quality Control

<sup>4</sup> Quality Assurance

<sup>5</sup> Quality Improvement

مصاحبه‌شونده به عنوان یک کد در نظر گرفته شد. با مرور مصاحبه‌ها کدهای مشابه در یک طبقه و نهایتاً در قالب یک چارچوب اولیه ایجاد شدند. برای هر طبقه نیز عنوانی مرتبط مشخص شد. با مرور مصاحبه‌ها و طی مصاحبه‌های بعدی سعی شد مفاهیم جدیدی در قالب طبقات جدید و عناوین بیشتر ایجاد شود. با تکرار مراحل قبل مضامین اصلی در ارتباط با چالش‌ها و راه‌کارهای مرتبط با دفاتر بهبود کیفیت بیمارستان‌های شهر تهران طبقه‌بندی گردید. برای کدگذاری، طبقه‌بندی و تعیین عناوین و مضامین اصلی و فرعی در طول مراحل تحلیل از نرم‌افزار MAXQDA10 استفاده شد.

به منظور اطمینان از صحت داده‌های استخراج‌شده و قابلیت اعتماد چارچوب و مفاهیم زیرمجموعه آن با کمک سه نفر از کارشناسان دفاتر بهبود کیفیت و دو نفر از کارشناسان دانشگاهی بهبود کیفیت و اعتباربخشی و یک نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌ها این مطالعه به تأیید رسید.

گزارش یافته‌ها به صورت محرمانه و رعایت حقوق و زمان مصاحبه‌شونده از ملاحظات اخلاقی این مطالعه بود که با همکاری مصاحبه‌شوندگان برای تعیین وقت و ارائه تضمین نسبت به محفوظ ماندن اطلاعات نزد پژوهشگر، برطرف گردید.

### یافته‌ها:

اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در این مطالعه نشان می‌دهد درصد مشارکت زنان (۵۲.۵٪) از مردان (۴۷.۵٪) بیشتر و اکثریت دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد بوده‌اند. مسئولین دفتر بهبود کیفیت بیشترین فراوانی را داشته‌اند و اکثر آن‌ها دارای سابقه ۵-۱۰ سال در سیستم درمانی بیمارستان‌ها بوده‌اند.

پس از تحلیل متن مصاحبه‌ها و ادغام کدهای مشابه ۱۴ چالش اصلی در ۴ طبقه مرتبط با مدیریت، مرتبط با استانداردها، مرتبط با ارزیابی‌ها و مرتبط با کارکنان تعیین گردید. برای هر یک از چالش‌های اصلی مضامین اصلی و فرعی مشخص گردید که در ادامه به همراه قسمتی از نظرات شرکت‌کنندگان در پژوهش به آن پرداخته می‌شود. مضامین اصلی و فرعی به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها در قالب جدول ۱ قابل مشاهده است. برای بخشی از چالش‌ها نیز راه‌کارهایی از سوی کارشناسان و دیگر اعضای پژوهش ارائه شد که در جدول ۲ ثبت شده است.

۱- **مرتبط با مدیریت:** نگاه غلط و غیر سیستمی مدیران به مفهوم کیفیت، عدم استقلال دفاتر، عدم ثبات در مدیران، مشکلات نیروی انسانی و عدم تخصیص بودجه و منابع مالی کافی چالش‌های این حوزه می‌باشد.

می‌گرفت. به عنوان نمونه ۴۰ نفر از افراد جامعه برای مصاحبه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری، هدفمند و به صورت سهمیه‌ای بود. در این روش که روشی قراردادی می‌باشد؛ هدف، ورود بخش خاصی از افراد جامعه به پژوهش است که با موضوع پژوهش در ارتباط می‌باشند. در همین راستا بیست‌وپنج نفر از کارشناسان دفاتر بهبود کیفیت بیمارستان‌ها، هشت نفر از مترونها، پنج نفر از مدیران و روسای بیمارستان‌ها و دو نفر از کارشناسان دفاتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انتخاب شدند. در سهمیه‌بندی نیز به صورت ۲۰ مصاحبه بیمارستان دولتی، ۱۰ مصاحبه بیمارستان خصوصی و هر یک از گروه‌های نظامی و تأمین اجتماعی ۵ مصاحبه برنامه‌ریزی شد. مجموعاً برای ۴۰ مصاحبه برنامه‌ریزی صورت گرفت.

برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته استفاده شد. برای این پژوهش از راهنمای مصاحبه برای انجام مصاحبه به روش نیمه ساختاریافته استفاده شده است. راهنمای مصاحبه که مطابق با اهداف تهیه شده بود، از جهت روایی صوری مورد تأیید تیم پژوهش قرار گرفت. نهایتاً سه مصاحبه پایلوت با کارشناسان مرتبط با موضوع مطالعه انجام گرفت.

ابزار مصاحبه که از بررسی مستندات و با توجه به اهداف مطالعه به دست آمده بود؛ سؤالاتی را در زمینه اهمیت و جایگاه، الزامات و پیش‌نیازها و چالش‌های دفاتر بهبود کیفیت در بر می‌گرفت. مصاحبه توسط یک نفر پژوهشگر انجام گرفت. با اجازه شرکت‌کنندگان مصاحبه‌ها ضبط شدند. برای عمق دهی به مصاحبه‌ها سؤالات جزئی تر از راهنمای مصاحبه طرح شد. مثلاً اگر مصاحبه‌شونده‌ای در مورد چالش‌های دفاتر بهبود کیفیت نظراتی داشت، به صورت اختصاصی در مورد چالش‌های مرتبط با نیروی انسانی نیز از او سؤال می‌شد. مدت مصاحبه‌ها از ۵۰ تا ۸۵ دقیقه متغیر بود. با ۴۰ مصاحبه داده‌ها به اشباع رسید.

برای تحلیل داده‌ها که در مطالعات کیفی در قالب لغات و مفاهیم هستند؛ پژوهشگران از روش تحلیل محتوا استفاده می‌کنند. در این پژوهش نیز برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل موضوعی استفاده شد. برای این کار ابتدا صوت مصاحبه‌ها در یک فاصله زمانی کوتاه نسبت به انجام مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر به صورت کلمه به کلمه پیاده گردید. همزمان با انجام فرایند مصاحبه‌ها، مصاحبه‌های قبلی مورد تجزیه و تحلیل پژوهشگر قرار می‌گرفت. برای اطمینان از یکسان بودن متن پیاده شده از مصاحبه‌ها با نظر مصاحبه‌شوندگان، متن مصاحبه‌ها توسط ایشان مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. عبارات به کار برده شده توسط هر

یکی از چالش‌هایی بود که از جنبه حفظ و ثبات اولویت‌های بیمارستان مورد توجه شرکت کنندگان در مصاحبه قرار گرفت. یکی از کارشناسان دانشگاهی (ک.ب.۱۵) نظرش در این خصوص را این گونه بیان کرد: "چالش مهمی که این روزها در همه سطوح مدیریتی نظام سلامت هست تغییرات مدیرانه. کارشناس بعد از مدت کوتاهی هنوز با روحیات و روش‌های مدیریت عادت نکرده دوباره مدیر بعدی میاد سرکار. حالا مدیر بعدی چقدر نسبت به کارهای دفتر توجیه باشه و موافق خودش باز به چالشه که باید از اول اون ارتباط شکل بگیره و اعتماد ایجاد بشه تا همکاری به روز اولش برگرده."

مشخص نبودن شرایط احراز، شرح وظایف نامشخص، عدم انگیزش شغلی، حجم کاری زیاد، تعداد کم نیروی انسانی، عدم به کارگیری افراد متخصص و عدم انطباق تفویض‌ها با مسئولیت‌ها مواردی بودند که به عنوان چالش‌های نیروی انسانی دفاتر مطرح گردید. در این رابطه یکی از مترونها (م.ب.۶) اظهار داشت: "الآن تو بیمارستان‌ها از اونجایی که سر کار دفتر در نمایان نیروهایی رو گذاشتن که اصلاً تخصص این کار رو ندارن و صرفاً از بقیه تقلید میکنن یه کپی پیست از برنامه استراتژیک فلان بیمارستان یه خط مشی از اون یکی بیمارستان همین جور همه چیو سر میکنن درحالی که حتی خودشون هم نسبت به اسناد و برنامه‌هایی که کپی کردن توجیه نیستن." همچنین یکی از کارشناسان دفاتر (ک.ب.۱۴) عنوان کرد: "کار فکری و خسته‌کننده‌ای هست. همش با مسائل غیر اجرایی سروکار داشتن ذهن آدمو خسته می‌کنه. کارها هم زیاد هست هم فکری به خاطر همین واقعاً مثلاً شش سال کار کردن تو دفتر بهبود رو سخت میکنه."

در نظر گرفتن هزینه‌های مرتبط با کیفیت به عنوان قسمتی از برنامه مالی بیمارستان از نظر مشارکت کنندگان در مصاحبه‌ها مهم تلقی شد. در همین راستا یکی از کارشناسان بهبود کیفیت (ک.ب.۱۵) گفت: "تو ردیف‌های بودجه‌ای اختصاصی به موضوع کیفیت پرداخته نشده مدیر یا رئیس بیمارستان از تأمین مالی اون شونه خالی می‌کنه."

**۲- مرتبط با استانداردها:** در حوزه استانداردها دو چالش عمده عدم ثبات استانداردهای اعتباربخشی و عدم انطباق ساختار با استانداردها مورد بحث قرار گرفت. تغییرات مکرر استاندارد‌های اعتباربخشی که در نتیجه تغییر اولویت‌های سیاستگذاران می‌باشد و نهایتاً برای بیمارستان‌ها بار مالی اضافه به وجود می‌آورد؛ از دید مصاحبه‌شوندگان به عنوان یک چالش محسوب می‌شود. در باره این موضوع یکی از مدیران بیمارستان (م.ب.۱) گفت: "استانداردها زیاد تغییر می‌کنن. البته ما نمی‌گیم تغییر نکنن ولی مثلاً تو بازه چهار سال چهار بار تغییر کلی و جزئی برای بیمارستان‌ها زیاده. سرعت

بعضی از شرکت‌کنندگان در این پژوهش بر این باور بودند که مدیران نسبت به مشارکت دادن کارشناسان دفاتر بهبود کیفیت در تصمیمات کلان بیمارستان توجهی ندارند. همچنین بخشی از کارشناسان معتقد بودند که داده‌های دفاتر برای اخذ تصمیمات آن‌چنان که باید مورد استفاده مدیران و روسای بیمارستان قرار نمی‌گیرد. در همین راستا یکی از کارشناسان دفاتر (ک.ب.۴) می‌گفت: "به عنوان یه غریبه نسبت به بیمارستان با دفتر بهبود کیفیت برخورد میشه. بدون هیچ مشورتی با کارشناس بیمارستان اقدامات و تغییرات رو تصویب و اجرا می‌کنن درحالی که هم با استانداردها مغایرت داره هم هزینه‌های اضافی تحمیل می‌کنه. وقتی استانداردها می‌گن مسئول بهبود باید عضو همه کمیته‌های بیمارستان باشه یعنی جزئی از تصمیم‌گیری دفتر بهبود کیفیت هست؛ اما متأسفانه این‌گونه عمل نمیشه. اقدام رو انجام میدن بعد که موقع ارزیابی همیشه از کارشناس می‌خوان که خیلی سریع مسئله رو حل کنه خوب این هم دوباره کاریه هم هزینه اضافی". هزینه بر دانستن کیفیت از دید مدیران و اکتفا به برگزاری جلسات برای بهبود کیفیت نیز از نظرات مصاحبه‌شوندگان قابل فهم بود. یکی از مترونها (م.ب.۳) در این باره گفت: "تو بیمارستان بعضی اوقات صرفاً نگاه‌ها درآمد محور هست و همه چیز رو هزینه تلقی میکنن. در حالیکه خیلی از کارهایی که دفتر بهبود انجام میده اولاً با مطالعه هست ثانیاً پیشنهادها اگر اجرایی بشن باعث جذب بیشتر بیمار و کمک به درآمد بیمارستان میشن. متأسفانه اون قسمتی که منجر به استفاده بیشتر خدمات و افزایش مراجعه به بیمارستان باشه رو مدیرا در نظر نمیگیرن و فقط به محض ارائه پیشنهاد یه حساب کتابی انجام میدن و به این نتیجه میرسن که این هزینه‌ها اضافیه و باید حذف بشه یا نباید انجام بشه."

حفظ استقلال دفاتر از این منظر که مداخلات، داده‌ها و گزارش‌های دفاتر بهبود کیفیت به صورت فراگیر همه واحدهای اصلی و پشتیبان بیمارستان را در بر می‌گیرد مورد توجه قرار گرفت. در توضیح عدم استقلال دفاتر یکی از کارشناسان دفاتر (ک.ب.۱۰) گفت: "بعضی لایه‌ها و قدرت‌ها نمیدارن ما واقعیت وضعیت بیمارستان رو به گوش مجموعه مدیریت برسونیم. از ما می‌خوان که گزارش ایراد هاشونو در اختیار مدیریت قرار ندیم تا از طرف اونا بازخواست نشن درحالی که نه اون‌ها باید بترسن از بازخواست مدیریت و نه مدیریت برای بازخواست اون‌ها اقدام کنه باید این استقلال در حدی به دفاتر داده بشه که هر جا نیاز به مداخله دیدن بتونن وارد عمل بشن"

مجموعه بهبود کیفیت نیازمند تعاملات قوی و همیشگی با مجموعه مدیریتی بیمارستان می‌باشد. تغییرات سریع مدیران

تغییر سنجه‌ها بالاست و بیمارستان‌ها نمی‌تونن با این سرعت خودشون رو وفق بدن."

امکانات و منابع بعضی از بیمارستان‌ها، علی‌الخصوص بیمارستان‌های دولتی با استانداردهای تدوین شده فاصله زیادی دارد. اظهارات یکی از مترونها (م.۷) در این باره از این قرار است: "فاصله بین استانداردها و واقعیت بیمارستان‌ها زیاده و به خاطر سطح بالای استانداردهاست. باید استانداردها جوری باشه که در حد توان بیمارستان‌ها باشه چه از لحاظ مالی چه منابع انسانی یا فیزیکی."

**۳- مرتبط با ارزیابی‌ها:** سه محور عمده در این حیطه از نظرات استخراج گردید. تبعیض و اعمال سلیقه در ارزیابی، ارائه بازخورد ارزیابی‌ها و عدم ثبات در دوره‌های ارزیابی.

داوری ناهمسان فعالیت‌های مشابه و ارجحیت برخی بیمارستان‌ها بر بیمارستان‌های دیگر در امتیازدهی مورد انتقاد برخی از مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت. در همین رابطه یکی از کارشناسان دفاتر (ک.ب.۱۱) گفت: "نظرات سلیقه‌ای در بازدیدها و دیدگاه معرضانه به بعضی بیمارستان‌ها، در موارد شبیه هم چندین مورد چک کردم که به به جا امتیاز دادن و به ما ندادن خوب این برای ما پیش مدیرامون قابل دفاع نیست."

به نظر می‌رسد شیوه ارائه بازخورد ارزیابی‌ها به گونه‌ای نیست که در حل مشکلات شناسایی شده در طی ارزیابی‌ها کمک نماید. در همین رابطه یکی از مسئولین بهبود کیفیت بیمارستان (ک.ب.۱۵) گفت: "تنها مشوقی که کارشناس‌های بهبود دارن همین اعلام نتایج و رتبه‌هاست بالاخره نتیجه به مدت طولانی از فعالیتشون هست. ولی متأسفانه خیلی دیر نتایج و گزارش‌ها میاد و تا اون زمان دیگه بیمارستان اولویتش از اعتباربخشی تغییر کرده و خیلی به دنبال اصلاح نیستن."

مداومت و فاصله بهینه میان هر دوره ارزیابی در حفظ آمادگی دائمی بیمارستان‌ها می‌تواند تأثیر گذار باشد. همچنین ثبات در روش ارزیابی هر گروه از استاندارد‌ها نیز بر برنامه ریزی و آمادگی بیمارستان‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. در باره این مسئله یکی از مترونها (م.۱) گفت: "ملاک‌های نمره دهی هم یه چالش هستن برای ما. مثلاً امسال خیلی از سنجه‌ها از حالت بررسی مستندات تبدیل شده بودن به بازرسی و ارزیابی میدانی. خوب بیمارستان‌ها تو طول سال برنامه ریزی کردن و وقت گذاشتن برای مستندات این جور سنجه‌ها ولی متأسفانه روش رو عوض می‌کنن و خیلی هم فرصت نمیدن که بیمارستان خودش رو وفق بده با شرایط جدیدی که اعلام می‌کنن."

**۴- مرتبط با کارکنان:** تعدادی از چالش‌ها در ارتباط با سایر کارکنان بیمارستان مطرح شدند. از این جمله می‌توان

به مشارکت ضعیف پزشکان، دخالت مدیریت پرستاری، اشکال در ارائه اطلاعات مورد نیاز دفاتر بهبود کیفیت، عدم حساسیت کارکنان بالینی و طرز تفکر غلط کارکنان اشاره کرد. در میان چالش‌های مرتبط با کارکنان مشارکت ضعیف پزشکان تعداد زیادی از نظرات را به خود اختصاص داد. یکی از مسئولین بهبود کیفیت (ک.ب.۱۷) در رابطه با عدم مشارکت پزشکان گفت: "پزشکان در برخی بیمارستان‌ها اصلاً اطلاع از وجود چنین دفتری ندارند و این هم به دلیل ضعیف بودن سنجه‌های مرتبط با پزشکان در سال‌های اخیر می‌باشد و اخیراً در نسل ۳ و ۴ اعتباربخشی سنجه‌های مرتبط و اختصاصی پزشکان پررنگ شده است."

محتوای بخشی از مصاحبه‌ها به شکایت کارشناسان دفاتر بهبود کیفیت از دخالت‌های دفتر پرستاری در گزینش کارشناسان و همچنین اعمال قدرت برای مداخله در برنامه‌های دفاتر اشاره داشت. در این خصوص کارشناس یکی از دفاتر بهبود کیفیت دانشگاهی (ک.د.۲) گفت: "تو بیمارستان‌هایی که دفتر پرستاری گزینه‌های دفتر بهبود رو معرفی می‌کنن اکثراً بچه‌های پرستار رو معرفی می‌کنن و بعد هم تلاششون این هست که جریان کار بهبود کیفیت رو خودشون مدیریت کنن."

یکی از ابزارهای واحد بهبود کیفیت داده‌ها هستند. متأسفانه آن‌چه از نظرات ارائه شده فهمیده می‌شود؛ بیان گر عدم همکاری و یا ضعف در ارائه اطلاعات درخواستی این دفاتر می‌باشد که در فرایند برنامه‌ریزی و مداخلات اصلاحی دفاتر اختلال ایجاد می‌نماید. یکی از کارشناسان واحد بهبود کیفیت (ک.ب.۴) این موضوع را اینگونه مطرح نمود که: "متأسفانه بخش‌های مختلف بیمارستان خیلی در خصوص پرورش اطلاعات و روش‌های علمی کار با داده‌ها ملتفت نیستن و خیلی اوقات زمان زیادی میبره تا اطلاعات دلخواه دفتر بهبود کیفیت به دستش برسه."

حساسیت کادر بالینی به عنوان بازوهای اجرایی در انجام فرایندهای اصلی بیمارستان بر موضوع کیفیت و مدیریت آن مهم و ضروری می‌باشد. با این حال برخی از مصاحبه‌شوندگان از جمله یکی از کارشناسان بهبود کیفیت (ک.ب.۹) نسبت به عدم حساسیت و دغدغه کادر بالینی نسبت به برنامه‌های مختلف دفاتر ابراز شکایت نموده‌اند: "اگر دفتر بهبود پیش‌قدم نشود خیلی برایشان فرقی نمی‌کند که اصلاحی در حوزه کارشان اتفاق بیفتد یا نه و کلاً خیلی تغییرات و اقدام اصلاحی و شاخص برایشان مهم نیست هرچند اگر دقیق و پیگیرانه خواسته شود همکاری هم می‌کنند."

با گذشت چندین سال از فعالیت دفاتر بهبود کیفیت همچنان در برخی بیمارستان‌ها مشاهده می‌شود که نسبت

کم کاری ها و اینجور چیزاس یا مثلاً میگویند آخرش که چی هر چقدر هم که این کارا انجام بشه وضعیت همینه و تغییری نمیکنه."

به وظایف و اهمیت واحد بهبود کیفیت، کارکنان توجیه نیستند. در همین رابطه یکی از کارشناسان دفاتر بهبود کیفیت (ک.ب.۱۴) گفت: "بقیه قسمت‌ها و کارکنان فکر می‌کنن که کار دفتر بهبود کیفیت گیر دادن و راپورت دادن

### جدول ۱- چالش‌های دفاتر بهبود کیفیت

چالش‌ها	مضامین اصلی	مضامین اختصاصی
	نگاه غلط و غیر سیستمی مدیران به مفهوم کیفیت	<ul style="list-style-type: none"> <li>• هزینه بر دانستن کیفیت</li> <li>• عدم محوریت کیفیت در تصمیم‌گیری مدیران بیمارستان</li> <li>• اکتفا به برگزاری جلسات برای بهبود کیفیت</li> <li>• عدم استفاده از داده‌های دفاتر در تصمیمات کلان بیمارستان</li> <li>• نگاه ابزاری به مسئله کیفیت</li> </ul>
	عدم استقلال دفاتر	<ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم استقلال در مداخلات موردنیاز</li> <li>• عدم استقلال در گزارش مشکلات سایر بخش‌ها</li> <li>• عدم استقلال در جمع‌آوری داده‌ها</li> </ul>
	عدم ثبات در مدیران	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تغییرات مداوم تیم مدیریتی بیمارستان</li> <li>• تغییر اولویت مدیران</li> </ul>
مرتبط با مدیریت	مشکلات نیروی انسانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مشخص نبودن شرایط احراز کارشناسان</li> <li>• مشخص نبودن شرح وظایف</li> <li>• عدم انگیزش شغلی کارشناسان</li> <li>• حجم کاری زیاد دفاتر بهبود کیفیت</li> <li>• تعداد کم نیروی دفاتر بهبود کیفیت</li> <li>• عدم بکارگیری افراد متخصص</li> <li>• عدم انطباق تفویض‌ها با مسئولیت‌های دفاتر</li> </ul>
	عدم تخصیص بودجه و منابع مالی کافی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم پیش‌بینی اعتبار برای برنامه‌های بهبود کیفیت</li> <li>• اولویت نبودن کیفیت در تخصیص اعتبارات</li> </ul>
مرتبط با استانداردها	عدم ثبات استانداردهای اعتباربخشی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تغییرات مکرر سنجه‌ها</li> <li>• تغییر اولویت‌های سیاست‌گذار در استانداردها</li> <li>• ایجاد بار مالی اضافه با تغییرات استانداردها</li> </ul>
	عدم انطباق ساختار با استاندارد	<ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم کفایت منابع بیمارستان برای استانداردسازی</li> <li>• محدودیت‌های فیزیکی برای استانداردسازی</li> </ul>
	تبعیض و اعمال سلیقه در ارزیابی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• امتیازدهی نابرابر به فعالیت‌های مشابه</li> <li>• سختگیرانه تر بودن ارزیابی مراکز غیردولتی</li> </ul>
مرتبط با ارزیابی	ارائه بازخورد ارزیابی‌ها	<ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم گزارش به موقع نتایج ارزیابی به بیمارستان‌ها</li> <li>• عدم همکاری و مشاوره برای اصلاح اشکالات ارزیابی شده</li> </ul>
	عدم ثبات در دوره‌های ارزیابی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• فاصله زیاد بین دوره‌های ارزیابی</li> <li>• تغییرات زیاد در روش‌های ارزیابی</li> </ul>



چالش‌ها	مضامین اصلی	مضامین اختصاصی
مرتبط با کارکنان	مشارکت ضعیف پزشکان	<ul style="list-style-type: none"> <li>• توجه نبودن در حوزه موضوعات مربوط به کیفیت</li> <li>• سهم اندک در استانداردها و برنامه‌های استانداردسازی</li> <li>• عدم مسئولیت‌پذیری در انجام وظایف مرتبط با بهبود کیفیت</li> <li>• تلقی کاغذبازی از برنامه‌های بهبود کیفیت</li> </ul>
	دخالت مدیریت پرستاری	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مداخله در تعیین کارشناسان بهبود</li> <li>• مداخله در برنامه‌های بهبود کیفیت</li> </ul>
	اشکال در ارائه اطلاعات موردنیاز دفتر بهبود کیفیت	<ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم آگاهی از روش‌های جمع‌آوری و طبقه‌بندی اطلاعات</li> <li>• مقاومت در ارائه اطلاعات</li> </ul>
	عدم حساسیت کارکنان بالینی به موضوعات مرتبط با کیفیت	<ul style="list-style-type: none"> <li>• اولویت نبودن مباحث مرتبط با کیفیت</li> <li>• بی‌انگیزه بودن نسبت به اصلاح و بهبود</li> </ul>
	طرز تفکر غلط کارکنان	<ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم آگاهی از حیطه کاری دفاتر بهبود کیفیت</li> <li>• بدبینی نسبت به پیامد فعالیت‌های دفاتر</li> </ul>

## جدول ۲- راه کار های پیشنهادی

حوزه	چالش	راه کار
مدیریت	نگاه غلط و غیر سیستمی مدیران به مفهوم کیفیت	<ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش مدیران در حوزه کیفیت</li> <li>• ایجاد انگیزه کافی در مدیران برای پیگیری موضوعات مرتبط با کیفیت</li> <li>• تدوین راهنمای عمل مدیران در حوزه کیفیت خدمات بیمارستان</li> <li>• مشورت با دفاتر برای اضافه یا حذف کردن خدمات</li> <li>• الزام مدیران به اجرای مصوبات کمیته‌ها</li> <li>• توجه بیشتر مدیران به کمیته تیم مدیریت اجرایی و جلوگیری از تشریفاتی شدن مصوبات آن</li> </ul>
	عدم استقلال دفاتر	<ul style="list-style-type: none"> <li>• موظف کردن سایر واحدها برای ارائه اطلاعات به دفاتر بهبود کیفیت</li> <li>• در نظر گرفتن فضای فیزیکی مشخص برای دفاتر با امکانات اختصاصی</li> <li>• انتخاب مستقیم کارشناسان دفاتر بدون دخالت سایر واحدها</li> </ul>
	عدم ثبات در مدیران	<ul style="list-style-type: none"> <li>• الزام مدیران به رعایت اولویت‌های شناسایی شده توسط دفاتر</li> <li>• تعیین اولویت‌ها برای مدیران جدید از سوی دانشگاه‌ها</li> <li>• معیار قرار دادن اولویت‌های بهبود کیفیت در عزل و نصب مدیران</li> </ul>
	مشکلات نیروی انسانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین شرایط احراز جامع برای دفاتر</li> <li>• مشخص نمودن وظایف دفتر بهبود کیفیت متناسب با وضعیت هر بیمارستان</li> <li>• نظارت بر عدم واگذاری وظایف خارج از محدوده به دفاتر</li> <li>• تسهیل آموزش کارکنان دفاتر</li> <li>• تخصیص نیروی انسانی کافی به دفاتر</li> <li>• ارتقا وضعیت مالی و حقوقی کارشناسان</li> </ul>
	عدم تخصیص بودجه و منابع مالی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ایجاد ردیف بودجه‌ای مختص برنامه‌های بهبود کیفیت</li> <li>• دادن اختیار نظارت بر مصرف بودجه‌های مرتبط با بهبود کیفیت</li> <li>• تخصیص اعتبار مناسب برای آموزش کارکنان و کارشناسان</li> <li>• اولویت قرار دادن تخصیص منابع به مشکلات شناسایی شده توسط دفتر بهبود کیفیت</li> </ul>

حوزه	چالش	راه کار
استانداردها	عدم ثبات استانداردهای اعتباربخشی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ارائه فرصت کافی برای بیمارستان ها در پیاده سازی استانداردها</li> <li>• توجیه مدیران بیمارستان ها نسبت به تغییرات استانداردها</li> <li>• آموزش کافی به مسئولین بهبود کیفیت و اعتباربخشی متناسب با تغییرات استانداردها</li> </ul>
	عدم انطباق ساختار با استانداردها	• دریافت نظرات بیمارستان ها در تدوین مجموعه های جدید استانداردها
ارزیابی ها	ارائه بازخورد ارزیابی ها	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تسریع در ارائه گزارش ارزیابی ها به بیمارستان ها</li> <li>• ارائه راه کار پیشنهادی برای اصلاح مشکلات شناسایی شده در گزارش ها</li> </ul>
کارکنان	مشارکت ضعیف پزشکان	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوین استانداردهای اختصاصی پزشکان</li> <li>• ایجاد پیوند میان عملکرد پزشکان در اعتباربخشی و فعالیت های بهبود کیفیت و تمدید پروانه های شغلی آن ها</li> <li>• آموزش پزشکان در حوزه بهبود کیفیت</li> <li>• ایجاد مکانیزم های تشویقی و تنبیهی و رقابتی برای مشارکت پزشکان</li> </ul>
	طرز تفکر غلط کارکنان	<ul style="list-style-type: none"> <li>• برنامه ریزی برای آموزش کارکنان در حوزه بهبود کیفیت</li> <li>• اصلاح ارتباطات دفاتر بهبود کیفیت با کارکنان</li> <li>• معرفی خدمات و کارکردهای دفاتر بهبود کیفیت به کارکنان</li> </ul>

### بحث و نتیجه گیری:

این پژوهش با هدف تبیین چالش ها و راه کارهای دفاتر بهبود کیفیت بیمارستان های شهر تهران انجام گرفت. یافته های این مطالعه در ۴ طبقه عمده مرتبط با مدیریت، مرتبط با استانداردها، مرتبط با ارزیابی ها و مرتبط با کارکنان قرار گرفتند. بیشترین سهم در میان چالش ها مربوط به مدیریت بود. در نگاه کلی به پاسخ ها و نظرات ارائه شده بیشترین چالش های ابراز شده در ارتباط با مدیریت سازمان بوده است. مسئولیت اصلی کیفیت خصوصاً در بیمارستان ها با تیم مدیریت می باشد و در واقع دفاتر بهبود کیفیت اختیارات تفویض شده مدیریت بیمارستان را پیگیری می کنند؛ بنابراین سهم مدیریت یا تیم مدیریت در شکست یا موفقیت دفاتر بهبود کیفیت بسیار چشمگیر است. یکی از مهم ترین چالش هایی که بر مسیر فعالیت دفاتر تأثیرگذار می باشد، نگاه مدیران به موضوع کیفیت است. نگاه غلط به موضوع کیفیت در میان مدیران معمولاً باعث خارج شدن موضوع کیفیت از اولویت ها می شود. یکی از جنبه های نگاه غلط مدیران، صرفاً هزینه بر دانستن کیفیت است. هر چند کیفیت هزینه هایی دارد، اما عدم توجه به فرصت های سرمایه ای افزایش کیفیت اشتباه رایجی است که در دیدگاه برخی مدیران مشاهده می شود.

متأثر از نوع نگاه اخیر، عدم محوریت کیفیت در تصمیمات مدیران و همچنین محدود کردن بهبود کیفیت به برگزاری جلسات نیز از مصاحبه شونده گان گزارش گردید. غالباً

در حوزه راه کار ها نیز نظرات در ۴ حیطه ای که چالش ها شناسایی شده بودند؛ دسته بندی گردید. همچون چالش های مرتبط با مدیریت، راه کار های مرتبط با مدیریت نیز بیشترین سهم را به خود اختصاص دادند. یکی از کارشناسان دفاتر دانشگاهی (ک.۱۵) راه کار مواجهه با چالش هایی که در اثر تغییرات مکرر مدیران ایجاد می شود را این گونه شرح داد: "یکی از کارهایی که همیشه کرد اینه که قبل از انتخاب مدیر بیمارستان اولویت های مربوط به کیفیت اون بیمارستان رو با حکم مدیر باهم ابلاغ کرد. اینجوری که بشه دیگه مدیرمیتونه باب میل خودش برنامه ها رو بچینه و اولویت ها رو در نظر بگیره."

همچنین یکی از کارشناسان بهبود کیفیت (ک.ب.۱۳) راه کار افزایش مشارکت پزشکان در برنامه های بهبود کیفیت را این چنین بیان کرد: "یه روش خیلی خوب برای پای کار آوردن پزشکان وصل کردن منافع مالیشون به کارهای بهبود کیفیته. مثلاً پروانه پزشکان رو به امتیازی که تو اعتبار بخشی میگیرن مربوط کنن."

استفاده از نظرات کارشناسان بیمارستان ها برای افزایش تطابق استاندارد ها و ساختار بیمارستان ها پیشنهاد یکی دیگر از کارشناسان بهبود کیفیت (ک.ب.۸) بود که گفت: "پیشنهاد من اینه برای تطابق بیشتر استانداردها با ساختار بیمارستان ها از نظرات کارشناسان خود بیمارستان ها هم برای تدوین سنجه ها استفاده کنن."



تخصصی و آموزش دیده و به تعداد مناسب امری بدیهی است. با این حال اکثر کارشناسان طی مصاحبه‌ها از عدم رعایت موارد یادشده ابراز نارضایتی نمودند. علاوه بر این تصدی مسئولیت‌های دیگری همچون رسیدگی به شکایات یا مسئولیت‌های پرستاری هم‌زمان با مسئولیت بهبود کیفیت نیز در برخی بیمارستان‌ها وجود دارد. به نظر می‌رسد تفکیک مسئولیت‌ها در دو حوزه اعتباربخشی و بهبود کیفیت برای بیمارستان‌ها و بکارگیری دو تیم مجزا یا همکار برای عنوانی بهبود کیفیت و اعتباربخشی راندمان کاری بهتری را برای دفاتر ایجاد نماید. دراپر و همکاران چالش تأمین نیروی انسانی در حالی که کمبود منابع نیز وجود دارد را یکی از چالش‌های اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت می‌دانند که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد (۲۱). مطالعات داخلی متعددی عامل نیروی انسانی را در ارتقا کیفیت خدمات مؤثر دانسته‌اند (۲۲-۲۴).

گروه بعدی چالش‌های مورد اشاره مصاحبه‌شوندگان در حیطه برنامه اعتباربخشی و ارزیابی‌ها می‌باشد. استانداردسازی و خصوصاً هدایت و برنامه‌ریزی برای پاسخگویی به ارزیابان اعتباربخشی به عهده دفاتر بهبود کیفیت می‌باشد. استانداردها به عنوان راهنمای عمل دفاتر بهبود کیفیت در ارتقا کیفی خدمات بیمارستانی مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ بنابراین اختلال در فرایندها و یا ابهام در روش‌ها و ارزیابی‌های این برنامه می‌تواند، موفقیت دفاتر را در دستیابی به نتایج مطلوب کیفی دچار چالش نماید. این چالش‌ها از دیدگاه ذی‌نفعان گوناگون در دیگر تحقیقات بررسی شده است اما آن‌چه از دید کارشناسان بهبود کیفیت باعث ایجاد مشکلات فراوان در انجام وظایف دفاتر می‌شود؛ موضوعاتی همچون تغییرات زیاد سنجه‌ها، عدم انطباق استانداردها با ساختار بیمارستان‌ها، تبعیض در ارزیابی‌ها و ضعف در ارائه به موقع بازخورد ارزیابی‌ها می‌باشد. از آن‌جا که یکی از اصلی‌ترین ابزارهای فعلی کار دفاتر بهبود کیفیت استانداردها هستند، نسبت به اصلاح استانداردها و چرخه‌های ارزیابی و بازخورد حساسیت وجود دارد و به همین سبب عدم ثبات در سنجه‌ها یا تبعیض در ارزیابی‌ها یا ارائه بازخوردهای دیر هنگام به بیمارستان‌ها عواقبی همچون سردرگمی، بی‌انگیزگی و ایجاد هزینه بابت حذف استانداردهای قبلی و اجرای استانداردهای متفاوت و جدید را برای بیمارستان‌ها و کارشناسان در پی خواهد داشت. عرب در مطالعه‌ای بر اصلاح و بازنگری سیستم ارزیابی بیمارستان‌ها تأکید نمود و درجه ارزیابی بیمارستان‌های خصوصی را واقعی‌تر از بیمارستان‌های دولتی دانست (۲۵). مصدق راد و همکاران نیز تعداد زیاد سنجه‌ها، ابهام و عدم توازن سنجه‌ها، وزن یکسان آن‌ها و تأکید بیشتر بر سنجه‌های ساختاری و فرایندی را عامل مشکلات اجرایی اعتباربخشی

فرایندهای تصمیم‌گیری در بین مدیران بیمارستان‌ها از روش‌های علمی تبعیت نمی‌کند. به همین دلیل بعضاً تصمیم‌گیری‌ها منطبق بر اصول و استانداردهای رایج نمی‌باشد که منجر به کاهش کیفیت و متقابلاً افزایش هزینه‌های بیمارستان می‌گردد. کوین و همکاران در مطالعه‌ای میزان اطلاع مدیران از موضوعات ارتقا کیفیت را کم ارزیابی کردند که با نتایج مطالعه ما هم‌راستا می‌باشد (۱۶)؛ اما کونته و همکاران میزان آگاهی مدیران از موضوعات ارتقا کیفیت را زیاد ارزیابی کرده‌اند که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد (۱۷). آکوییلانی و همکاران تأثیر تعهد مدیریت عالی و رهبری سازمان به کیفیت را به عنوان اولین عامل کلیدی موفقیت در پیاده‌سازی مدیریت کیفیت جامع معرفی نمودند که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۱۸). دراپر و همکاران در مطالعه خود نقش مدیران بیمارستان در برقراری فرهنگ پشتیبان بهبود کیفیت و جلب همکاری سایر کارکنان را مهم برشمردند که با یافته‌های این پژوهش هم‌معناست (۱۹).

عدم استقلال دفاتر بهبود کیفیت در سه جنبه مداخلات، گزارش مشکلات و جمع‌آوری داده‌ها مورد توجه صاحب‌نظران قرار گرفت. چرخه بهبود کیفیت به صورت مستمر بایستی دنبال شود تا نتایج مطلوب آن حاصل شود. هر یک از مراحل جمع‌آوری داده‌ها، گزارش مشکلات و اجرای مداخلات به‌عنوان نیازمندی‌های برنامه‌های بهبود بایستی به صورت دقیق و منظم انجام شود. با این حال معمولاً به دلایل مختلفی همچون عدم توجه و اهمیت به کیفیت و یا ترس از عواقب گزارش داده‌ها یا مشکلات، روند چرخه بهبود کیفیت دچار اختلال می‌گردد. بر همین اساس حفظ استقلال دفاتر بهبود کیفیت در جمع‌آوری داده‌ها و مشکلات، ارائه گزارش‌ها و طراحی مداخلات بسیار حائز اهمیت می‌باشد. البته در طرف مقابل برای جلب همکاری بیشتر، دفاتر نیز بایستی از سوگیری و یا ارزیابی با اهدافی غیر اصلاحی و به قصد مچ‌گیری از سایر بخش‌ها خودداری نموده و با ایفای نقش حمایتی و مشاوره‌ای صداقت و حسن نیت خود را در ارائه گزارش‌ها و یا پیاده‌سازی مداخلات اصلاحی ثابت کنند. مصدق راد عدم استقلال مدیران بیمارستان‌های دولتی در اخذ تصمیمات راهبردی و مهم را از چالش‌های پیاده‌سازی کیفیت در بیمارستان‌های دولتی دانسته بود که با نتایج مطالعه ما هم‌راستا می‌باشد (۲۰).

چالش عمده دیگری که در مصاحبه‌ها گزارش شد؛ موضوع نیروی انسانی دفاتر بهبود کیفیت بود. با توجه به تنوع فعالیت‌هایی که در حوزه برنامه‌های مختلف اعتباربخشی، ایمنی بیمار و بهبود کیفیت برای دفاتر در نظر گرفته شده است؛ لزوم تفویض مناسب اختیارات، تخصیص نیروی

برنامه‌های ایمنی بیمار و مدیریت کیفیت را چالشی برای ارتقا عملکرد بیمارستان دانستند (۳۰).

بسیاری از مطالعات داخلی عواملی همچون کمبود دانش و آگاهی، فقدان فرهنگ حمایتی و عوامل سازمانی، آموزش ناکافی، عدم تعهد مدیریت، کمبود نیروی انسانی و نظارت و نیز منابع ناکافی را از موانع اجرای برنامه‌های ارتقا کیفیت همچون حاکمیت بالینی دانسته‌اند که با محورهای به دست آمده در این مطالعه همپوشانی دارد (۳۱-۳۲).

در خصوص چالش‌ها اتفاق نظر مترون‌ها، کارشناسان دفاتر و کارشناسان دانشگاه بر عدم مشارکت پزشکان و همکاری ضعیف این گروه در پیاده‌سازی برنامه‌های کیفیت به نظر می‌رسد. با این حال مدیران و ریاست بیمارستان‌ها چالش‌های مرتبط با ارزیابی و ارزیابان و چالش‌های مرتبط با کارکنان را مورد بحث قرار دادند. کارشناسان دفاتر بهبود کیفیت بیشترین نکات را در زمینه چالش‌های مرتبط با مدیریت مطرح نمودند. پرستاران نیز به غیر از پزشکان به ایرادات و چالش‌های مرتبط با ارزیابی بیش از کارشناسان دفاتر دانشگاهی و کارشناسان بهبود کیفیت پرداختند. بررسی نقش دفاتر بهبود کیفیت در ارتقا شاخص‌های بیمارستان به منظور شناخت بیشتر تأثیرات تشکیل دفاتر در پژوهش‌های آتی توصیه می‌گردد.

**محدودیت‌ها:** تداخل زمانی انجام پژوهش با اپیدمی کرونا و برنامه ملی اعتباربخشی بیمارستان‌ها در سال ۹۸ و ۹۹ یکی از محدودیت‌های عمده در دسترسی به نمونه‌های بیشتر بود. کیفی بودن روش پژوهش نیز، تعمیم نتایج این مطالعه را با محدودیت مواجه می‌کند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با موضوع تحلیل تجارب و چالش‌های بیمارستان‌های شهر تهران بود که در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران تصویب و دفاع گردید. تیم پژوهش بدین‌وسیله از همراهی و همکاری تمامی افرادی که در تکمیل نتایج این مطالعه شرکت داشتند؛ صمیمانه قدردانی می‌کند.

### References

1. McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78: 803-10.
2. Mosadeghrad AM, Afshari M. The impact of quality management on income of operating theatre in a hospital: brief report. *Tehran University Medical Journal*. 2018; 75(10):768-72.
3. Seth N, Deshmukh S, Vrat P. Service quality models: a review. *International journal of quality & reliability management*. 2005.
4. Isfahani P, Shamsaie M. Quality of Services in the Hospitals of Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health Develop J*. 2019; 8 (4):357-370.

دانستند که با قسمتی از یافته‌های این پژوهش همپوشانی دارد (۲۶). ضعف در انتخاب، آموزش و ارزیابی عملکرد ارزیابان اعتباربخشی، تجربه ناکافی، ذهنیت بازرسی ارزیابان اعتباربخشی و فقدان وحدت رویه در ارزیابی‌ها از مواردی بود که در پژوهش‌های مختلف به عنوان چالش‌های اعتباربخشی مطرح شده است که به صورت کلی با یافته‌های پژوهش حاضر مرتبط است (۲۷-۲۸).

نتایج مصاحبه‌ها در بخش چالش‌ها عناوینی را در خصوص کارکنان نیز در برداشت. عدم مشارکت یا مشارکت ضعیف پزشکان در فعالیتهای بهبود کیفیت مورد توافق اکثریت مصاحبه‌شوندگان بود. با وجود این که رسالت اصلی بیمارستان‌ها حول خدمات بالینی و درمانی ایمن و با کیفیت تعریف می‌شود؛ اما متأسفانه عنصر اصلی آن یعنی پزشک نقش تعریف شده و حدود فعالیت مشخصی در خصوص ارتقا کیفیت خدمات بیمارستان ندارد. عدم تعهد پزشکان به مسائل غیر بالینی، کاغذبازی دانستن فعالیت‌ها و عدم آگاهی و نگاه درست به موضوع کیفیت را می‌توان دلایل نظری و زمینه‌ای فقدان یا ضعف مشارکت پزشکان در این نوع فعالیت‌ها دانست. با این که در سال‌های اخیر با تشکیل دفاتر بهبود کیفیت و ابلاغ نسل‌های متفاوتی از استانداردهای اعتباربخشی موضوع کیفیت و موضوعات پیرامون آن در بیمارستان‌ها گسترش یافته است؛ اما همچنان مشارکت تیم پزشکی حتی در استانداردهایی که مستقیماً در ارتباط با کارهای بالینی هستند شکل نگرفته و بار مسئولیت این استانداردها نیز بر دوش کادر پرستاری بیمارستان‌ها باقی مانده است. اطمینان پزشکان از مصون ماندن در ارزیابی‌ها و فقدان یا کمبود برنامه‌های ممیزی در حوزه کاری پزشکان به فاصله گرفتن بیشتر پزشکان از برنامه‌های بهبود کیفیت منجر شده است. در مطالعه عبدالله عدم آموزش و همکاری پزشکان و همچنین دیدگاه‌های متفاوت پزشکان در موضوع کیفیت نسبت به سایر کارکنان از چالش‌های پیاده‌سازی برنامه‌های بهبود کیفیت در بیمارستان‌ها عنوان شده است که با نتایج پژوهش ما تفاوت ندارد (۲۹). تایمز و همکاران عدم مشارکت پزشکان در

5. Zineldin M. The quality of health care and patient satisfaction. *International journal of health care quality assurance*. 2006.
6. Gronroos C. A service quality model and its marketing implications. 1984.
7. Dale BG, Van Der Wiele T, Van Iwaarden J. *Managing quality*: John Wiley & Sons; 2007.
8. Radpeiman P, editor *designing of quality improvement virtual education package with clinical governance approach*. Proceedings of the national Conference of quality improvement with clinical governance approach Khorasan Shomali University of medical sciences; 2011.
9. Vaezi Z, editor *An Experience of clinical governance implementing*. Proceedings of the national Conference of quality improvement with clinical governance approach Khorasan Shomali University of medical sciences; 2011.
10. Ghanati E, editor *Challenges of clinical governance implementation in hospitals*. Proceedings of the national Conference of quality improvement with clinical governance approach Khorasan Shomali University of medical sciences; 2011.
11. Nabilou E, Kazemi E. *Assessment Approaches in Health Sector*. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2005; 3(2):77-86.
12. Salehi Z, Payravi H. *Challenges in the implementation accreditation process in the hospitals: a narrative review*. *Iran Journal of Nursing*. 2017; 30(106):23-34.
13. Mosadeghrad AM. *Comments on "Iran hospital accreditation system"*. *Iranian journal of public health*. 2016; 45(6):837.
14. Chehrzad M, Mahmoodi A, Fathivajargah K, Khorshidi A, Samimi-Ardestani S. *Pathology the Process of Accreditation of Educational Institutions and Therapeutic Centers and Presentation an Appropriate Model*. *Research in Medical Education*. 2019; 11(1):37-49.
15. Sadeq Tabrizi J, Gharibi F. *Developing a national accreditation model via Delphi Technique*. *Jhosp*. 2012; 11 (2): 9-18.
16. Currie L, Loftus-Hills A. *The nursing view of clinical governance*. *Nursing Standard (through 2013)*. 2002; 16(27):40.
17. Konteh FH, Mannion R, Davies HT. *Clinical governance views on culture and quality improvement*. *Clinical Governance: An International Journal*. 2008.
18. Aquilani B, Silvestri C, Ruggieri A, Gatti C. *A systematic literature review on total quality management critical success factors and the identification of new avenues of research*. *The TQM Journal*. 2017.
19. Draper DA, Felland LE, Liebhaber A, Melichar L. *The role of nurses in hospital quality improvement*. *Research brief*. 2008(3):1-8.
20. Mosadeghrad AM. *Factors influencing healthcare service quality*. *International journal of health policy and management*. 2014; 3(2):77.
21. Mosadeghrad A M, sari A A, Yousefinezhadi T. *Evaluation of hospital accreditation implementation in Iran*. *Payesh*. 2019; 18 (1): 23-35.
22. Jaafaripouyan e, mosadeghrad a, salarvand a. *Performance of accreditation surveyors in Tehran hospitals: Strengths and weaknesses*. *Journal of Hospital*. 2018; 17(3):31-43.
23. Yousefinezhadi T, Mosadeghrad AM, Mohammad A, Ramezani M, SARI AA. *An analysis of hospital accreditation policy in Iran*. *Iranian journal of public health*. 2017; 46(10):1347.
24. Abdallah A. *Implementing quality initiatives in healthcare organizations: drivers and challenges*. *International journal of health care quality assurance*. 2014.
25. Van Kemenade E. *Soft skills for TQM in higher education standards*. *ASQ Higher Education Brief*. 2012; 5(2):1-12.
26. Ravaghi H, Zarnaq RK, Adel A, Badpa M, Adel M, Abolhassani N. *A Survey on Clinical Governance Awareness among Clinical Staff: A Cross-Sectional Study*. *Global Journal of Health Science*. 2014; 6(6):37.
27. Dehnavieh R, Ebrahimipour H, Jafari Zadeh M, Dianat M, Noori Hekmat S, Mehrolhassani MH. *Clinical governance: The challenges of implementation in Iran*. *International Journal of Hospital Research*. 2013; 2(1):1-10.
28. Ravaghi H, Rafiei S, Heidarpour P, Mohseni M. *Facilitators and barriers to implementing clinical governance: a qualitative study among senior managers in Iran*. *Iranian journal of public health*. 2014; 43(9):1266.
29. Campbell SM, Sheaff R, Sibbald B, Marshall MN, Pickard S, Gask L, Halliwell S, Rogers A, Roland MO. *Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance*. *BMJ Quality & Safety*. 2002 Mar 1; 11(1):9-14.
30. Delgosaie B, Tabibi J, Pahlavan P. *The model of improving human resource in Iran's health system*. *Research in medicine journal*. 2010; 31(4):317-25.
31. Delgosaie B, Tabibi J, Pahlavan P. *The model of improving human resource in Iran's health system*. *Research in medicine journal*. 2010; 31(4):317-25.
32. Arab M, Poorreza A, Zeraati H, Ravangard R. *Is there any relation between evaluation grade and the operation of Tehran University of medical sciences hospitals?* *Journal of management & information in health and care*. 2005; 2(1): 1-7. (Full Text in Persian)

# Performance of quality improvement offices in hospitals: Challenges and Approaches

Jaafari-pooyan E<sup>1</sup>, Rahmani H<sup>1</sup>, Mirshekari MA<sup>2\*</sup>

Submitted: 2021.1.2

Accepted: 2021.8.29

## Abstract:

**Introduction:** Identifying the challenges of Quality Improvement Offices (QIOs) not only helps in planning the quality of hospital services and in trying to provide a suitable solution to solve the problems of these offices but also plays an important role in strengthening the offices and increasing the quality of clinical and non-clinical services of hospitals. This study aimed to investigate the challenges of quality improvement offices in hospitals and provide appropriate solutions.

**Methods:** The present qualitative research was conducted using semi-structured interviews with 40 managers and hospital boards, matrons, quality improvement experts of hospitals and accreditation offices experts of medical universities in Tehran. Content analysis method was used to analyze the data obtained from the interviews. Then, the collected data were analyzed and classified by MAXQDA10 software.

**Results:** By analyzing the interviews in the field of challenges and solutions, the extracted codes were classified into four areas of management, standards, evaluation and staff. The most codes were related to management with 5 themes and 21 sub-themes. In addition, most of the solutions were related to the field of management.

**Conclusion:** The findings of the study showed that most of the challenges and solutions were in the field of management. Focusing on this field could be helpful in improving the quality of offices performance.

**Keywords:** Quality improvement, Challenges, Hospitals

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> MSc in health management, Department of Health management and policy, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, IRAN, (\*Corresponding author)  
Email: ma.mirshekary@gmail.com, Tel: +989128923406

