

# طراحی و روان سنجی پرسشنامه بررسی موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی

سید مرتضی مجتبیان<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت و اقتصاد سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۳۰

## چکیده

**مقدمه:** بسیاری از سازمان‌ها عقیده دارند که مشارکت پزشک در کیفیت و ایمنی اهمیت ویژه‌ای دارد، اما چگونگی تعریف، اندازه‌گیری و بهبود آن را به‌درستی بیان نکرده‌اند. از آنجاکه بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و نوع مشارکت پزشکان در این کار بسیار ضروری است، این مطالعه با هدف ارزیابی روایی و پایایی پرسشنامه موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** ابزار مطالعه پرسشنامه محقق‌ساخته بررسی موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی بود که به‌منظور تعیین روایی صوری، پرسشنامه بین ۵ نفر از متخصصان رشته مدیریت و اقتصاد سلامت و ۸ نفر از دانشجویان پزشکی و پرستاری توزیع شد و نظرات آن‌ها اعمال شد. پرسشنامه به فاصله ۲ هفته بین ۱۴ نفر از پزشکان تقسیم و شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) نیز محاسبه شد. به‌منظور تعیین پایایی از روش ضریب همبستگی درون رده‌ای برای متغیرهای کمی و ضریب توافق کاپا برای سؤالات اسمی استفاده شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

**یافته‌ها:** مخزن اولیه شامل ۶۱ گویه بود که بعد از روان‌سنجی صوری و محتوا به ۳۸ گویه تقلیل یافت. پرسشنامه ۱۲ زیرمفهوم دارد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۶ و ضریب همبستگی درون گروهی در دو بار اندازه‌گیری به فاصله دو هفته ۰/۹۴ به‌دست آمد. **نتیجه‌گیری:** ابزار طراحی‌شده اولین و تنها ابزار اختصاصی معتبر و پایا در حیطه موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در ایران است که برای سنجش و اولویت‌بندی موانع در مراکز بهداشتی و درمانی استفاده و در راستای بهبود کیفیت خدمات سلامت ارائه‌شده از سوی پزشکان به‌کار گرفته می‌شود.

**کلمات کلیدی:** موانع، ارتقای کیفیت، اعتبارسنجی

## مقدمه

مدیریت خدمات بهداشتی یا بهبود کیفیت مؤثر وجود ندارد (۳). مشارکت پزشکان و رهبری بالینی در استراتژی‌های سازمانی برای بهبود کیفیت یک پیش‌شرط ضروری برای ارائه مراقبت‌های ایمن و با کیفیت بالاست. در نتیجه بسیاری از بیمارستان‌ها تعامل پزشک را به‌عنوان یک اولویت استراتژیک برتر پذیرفته‌اند.

پزشکان باید در فعالیت‌های بهبود کیفیت شرکت کنند تا سیستم‌ها ایمن‌تر و قابل اعتمادتر کار کنند. شواهد پیشین نشان می‌دهد ایمنی و بهبود کیفیت زمانی که پزشکان مشغول و متعهد به سیستم هستند، بیشتر است (۴). بسیاری از پزشکان تلاش می‌کنند به بهبود ایمنی و کیفیت بیمار کمک کنند. این تلاش موجب ارائه مراقبت‌های باکیفیت و ایمن‌تر برای بیماران می‌شود. یکی از موانع موفقیت در بهبود کیفیت ممکن است استفاده نکردن از مهارت‌های پزشک باشد. پزشکی که در زمینه کیفیت و ایمنی فعالیت می‌کنند، به‌عنوان یک رهبر قادر به تمرکز بر نتایج بیمار و الهام‌بخشیدن به همکاران برای بهبود مراقبت بیماران هستند. درحالی‌که بسیاری از سازمان‌هایی که معتقدند مشارکت پزشک در کیفیت و ایمنی مهم است، تعریف، اندازه‌گیری و بهبود آن را به‌درستی بیان نکرده‌اند؛ بنابراین، جای تعجب نیست که چندین سیستم بهداشتی یک طرح پایدار را برای جذب پزشکان در کیفیت و ایمنی ایجاد کنند. این مانع نشان‌دهنده یک مانع مهم برای رهبران نظام سلامت است که در تلاش برای دستیابی به بهبود مؤثر در مراقبت از بیماران هستند. درحالی‌که تعامل پزشکان در سراسر سیستم‌های مراقبت بهداشتی گسترده نیست و سازمان‌هایی با کارایی خوب وجود دارند که با کیفیت و ایمنی با پزشکان درگیر هستند (۷-۵).

در مطالعه فردوسی عنوان شد که بسیاری از مشکلات مشارکت نکردن پزشکان را می‌توان با آموزش مناسب آن‌ها،

همه سازمان‌ها به‌منظور رقابت در محیط و بقای خود به دنبال کیفیت ارائه خدمات هستند. سازمان‌های بهداشتی و درمانی نیز از این کار 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. ماهیت ویژه خدمات پزشکی و نداشتن تخصص ازباج‌رجوع در ارزیابی این خدمات باعث می‌شود حتی یک اشتباه در درمان بیماران، پیامدهای بسیار جدی و هزینه‌گزافی را به آن‌ها تحمیل کند (۱). با توجه به افزایش فشار در بیمارستان‌ها به‌منظور بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، نیاز به مشارکت پزشکان در طرح‌های بهبود کیفیت بیمارستان بسیار مهم است. پزشکان عنصر اصلی در تصمیمات کلیدی مربوط به مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان‌ها هستند و به‌طور جدی در پروژه‌های بهبود کیفیت بیمارستان‌ها قرار دارند؛ از جمله بهبود بهداشت شست‌وشوی دست‌ها تا کاهش پنومونی مرتبط با تهویه. با این حال، تلاش بیمارستان‌ها برای مشارکت پزشکان در بهبود مراقبت بیماران زمانی که پزشکان با افزایش هزینه‌های بازپرداخت و فشار زمان مواجه هستند، بسیار ضروری است (۲).

پزشکان نقش اصلی را در مدیریت بالینی بیماران در سیستم مراقبت بهداشتی ایفا می‌کنند. پزشکان به‌طور مرتب مشکلات بسیاری را در سیستم‌هایی که کار می‌کنند، به وجود می‌آورند و بر کارهای خود و نیز سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی تأثیر می‌گذارند؛ بنابراین، پزشکان یک منبع فوق‌العاده برای شناسایی راه‌حل‌های این مشکلات هستند و نقش رهبری را در اجرای آن‌ها ایفا می‌کنند. با این حال، برنامه‌های آموزش پزشکان تقریباً به‌طور کامل بر دانش و مهارت برای مدیریت مشکلات بالینی تمرکز می‌کنند و تقریباً هیچ آموزشی در زمینه مهارت‌های مرتبط با

ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش روان‌سنجی با پرسش‌نامه است که در سال ۱۳۹۹ در بین کارشناسان و متخصصان حوزه سلامت مشهد انجام شده است. سؤال هر پژوهش تعیین‌کننده روش و نوع آن است. این مطالعه درصدد پاسخگویی به دو سؤال یا دستیابی به دو هدف اساسی مرتب و مکمل است؛ تبیین موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و تعیین ابعاد و اجزای سازنده مفهوم موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی. در این راستا این مطالعه در پی تولید گویه‌های مرتب و روان‌سنجی ابزار بر اساس تعریف تبیین‌شده است؛ لذا ضروری است دو روش مطالعه، متناسب با هر سؤال طراحی شود. در راستای سؤال اول که درصدد کشف موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است، از مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا استفاده شد. سؤال دوم پژوهش در رابطه با تعیین ابعاد و اجزای سازنده موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و تولید گویه‌های مرتب بر اساس تعریف تبیین‌شده انجام شد. به‌منظور روان‌سنجی از رویکرد کمی استفاده شد. لذا مطالعه حاضر یک مطالعه ترکیبی اکتشافی متوالی بود که از یک مرحله کیفی شروع شد و در ادامه با یک مطالعه کمی همراه بود.

پس از انجام مصاحبه، گویه‌های مناسب و مرتبط با مفاهیم طراحی و به یک پرسش‌نامه تبدیل شد. پس از تدوین پرسش‌نامه، به‌منظور تکمیل و تدوین نهایی آن از نظرات علمی کارشناسان و متخصصان در قالب پانل

ایجاد انگیزه مناسب و تسهیل مشارکت آتی آن‌ها برطرف کرد. البته هر کدام از این راهکارها نیازمند در نظر گرفتن شرایط خاص منطقه و بیمارستان مورد نظر هستند (۸) در مطالعه Baltag و همکاران مسئولیت حرفه‌ای پزشکان برای انجام هر دو نقش مستقیم مراقبت بالینی و کمک به بهبود کیفیت خدمات به‌وضوح شرح داده شده است. چندین طرح وجود دارد که پزشکان جوان را در تعامل و آموزش در بهبود کیفیت هدف قرار داده و موفق بوده‌اند (۹). پژوهش Mainz و همکاران موانع، نقش و نگرانی‌های پزشکان را در زمینه چگونگی اجرای حاکمیت بالینی توضیح می‌دهد. مقاومت پزشکان به‌منظور تضمین کیفیت و چالش‌های بهبود کیفیت در همه کشورها و سیستم‌های بهداشت عمومی رایج است. ممکن است به نظر برسد اگر مدیران از پزشکان بخواهند که بهترین خدمات ممکن را برای بیماران خود ارائه دهند، همه آن‌ها می‌گویند که این کار را انجام می‌دهند؛ چراکه این اختلاف نظر شناختی ظاهری بین تمایل به ارائه خدمات با کیفیت بالا و مقاومت در برابر تلاش‌های سازمان‌یافته در زمینه تضمین و بهبود کیفیت است (۱۰).

در حالی که بسیاری از سازمان‌ها معتقدند مشارکت پزشک در کیفیت و ایمنی مهم است، تعریف، اندازه‌گیری و بهبود آن را به‌درستی بیان نکرده‌اند. این مانع نشان‌دهنده 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 سازمان‌هایی با کارایی خوبی وجود دارند که با کیفیت و ایمنی با پزشکان درگیر هستند (۱۱). از آنجاکه بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و افزایش مشارکت پزشکان در این کار بسیار ضروری است، این مطالعه با هدف طراحی و ارزیابی روایی و پایایی پرسش‌نامه موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های

کرونباخ  $0/80$  و بیشتر نشان‌دهنده پایایی خوب ابزار است (۱۳). برای ثبات یا تکرارپذیری ابزار از آزمون مجدد و ضریب همبستگی درون گروهی (ICC) استفاده شد. در پژوهش حاضر با توزیع پرسش‌نامه‌ها بین ۱۴ نفر از افراد دارای شرایط ورود به مطالعه، در دو نوبت و در فاصله زمانی دو هفته، ضریب همبستگی سنجیده شد. ضریب همبستگی (پیرسون) بیشتر از  $0/7$  و ضریب همبستگی درون گروهی بیشتر از  $0/75$  قابل قبول است (۱۴، ۱۵). به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

### نتایج

داده‌های حاصل از مطالعه کیفی برای تهیه پرسش‌نامه اولیه استفاده شد. پرسش‌نامه استخراج‌شده شامل ۳ مفهوم اصلی (فرهنگی، سازمانی، رفتاری)، ۱۲ زیرمفهوم (انگیزش، مطالبه‌گری بیمار، اطمینان متقابل، نظام ارزیابی، حجم زیاد کار، درک نقش واحد مدیریت کیفیت، غیرواقعی بودن اعتباربخشی، ماهیت اعتباربخشی، توانمندسازی پزشکان در حوزه کیفیت، ارتباط اثربخش، محدودیت منابع و ابهام در نقش عدم اطمینان به نحوه مشارکت) و ۶۳ آیتم شناسایی شدند. تعیین روایی صوری و روایی محتوا به مراحل بعد موکول شد. به‌منظور بررسی و سنجش مناسب بودن محتوای پرسش‌نامه‌ها، نظرات ۱۰ نفر از متخصصان پرسیده شد. پس از جمع‌آوری فرم‌های تکمیل‌شده، شاخص تحلیل محتوا (CVI) برای پرسش‌نامه محاسبه شد. بر این اساس، تمامی سؤالاتی که نمره  $0/8$  به بالا را کسب می‌کردند، پذیرفته شدند. به عبارتی دیگر، اگر بیش از دو نفر از متخصصان امتیاز یک یا دو را به یک سؤال یا متغیر اختصاص می‌دادند، آن سؤال یا متغیر حذف می‌شد.

در این پژوهش، تمامی سؤالات و ابعاد پرسش‌نامه

خبرگان استفاده شد. در مرحله دوم، روایی پرسش‌نامه استخراج‌شده از مرحله قبل (صوری و محتوا) ارزیابی شد. به‌منظور ارائه ابزار معتبری برای سنجش موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، پرسش‌نامه به ۵ نفر از افراد مورد نظر داده شد که از نظر تحصیلات و سواد سلامت مرتبط بودند و به‌منظور قابلیت درک، تفسیر و برداشت آن‌ها و بررسی کلمات جایگزین بررسی شد. به‌منظور اطمینان از مناسب و مرتبط بودن محتوای پرسش‌نامه با موضوع پژوهش، استخراج شاخص روایی محتوا با روش والتز و باسل سنجیده شد. بدین صورت که متخصصان «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» هر گویه را بر اساس، طیف لیکرت ۴ قسمتی مشخص کردند. متخصصان مربوط بودن هر گویه را از نظر خودشان از ۱ (مربوط نیست)، ۲ (نسبتاً مربوط است)، ۳ (مربوط است) تا ۴ (کاملاً مربوط است) مشخص کردند. ساده بودن گویه نیز به ترتیب از ۱ (ساده نیست)، ۲ (نسبتاً ساده است)، ۳ (ساده است) تا ۴ (کاملاً ساده است)، واضح بودن گویه به ترتیب از ۱ (واضح نیست)، ۲ (نسبتاً واضح است)، ۳ (واضح است) تا ۴ (کاملاً واضح است) مشخص شد. پس از آن، ایندکس روایی محتوا (CVI) برای ابعاد مختلف پرسش‌نامه محاسبه شد. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI برابر با  $0/79$  است و اگر شاخص CVI گویه‌ای کمتر از  $0/79$  باشد، آن گویه باید حذف شود.

برای سنجش پایایی ابزار در پژوهش حاضر از روش‌های همسانی درونی و ثبات (تکرارپذیری) استفاده شد. به‌منظور سنجش همسانی درونی ابزار، پس از توزیع پرسش‌نامه بین ۱۴ نفر از پزشکان، ضریب آلفای کرونباخ  $0/83$  تعیین شد. میزان آلفای کرونباخ  $0/70$  بود که برای ابزارهای تازه طراحی‌شده قابل قبول بود. آلفای

این مطالعه برای اولین بار در ایران انجام شده است. در مجموع، پژوهش حاضر برای تدوین ابزار و ارزیابی اعتبار ابزار طی سه مرحله تعیین روایی صوری، روایی محتوا و پایایی پرسشنامه انجام شد. بر اساس نتایج، ابزار نهایی معیارهای لازم را در زمینه روایی و پایایی دارد و با استفاده از آن می‌توان به نتایج قابل اطمینانی در زمینه موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی دست یافت. پرسشنامه حاضر از ۱۲ گویه و ۳۸ سؤال تشکیل شده که به روشنی بیانگر ابعاد ضروری مرتبط با موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است. این گویه‌ها موانع مداخله پزشکان را در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در ابعاد فرهنگی، سازمانی و رفتاری دربرمی‌گیرند.

این پرسشنامه با حذف ۲۳ سؤال از ۶۱ سؤال، مورد تأیید متخصصان و صاحب‌نظران قرار گرفت. استانداردسازی این پرسشنامه از این جهت که تأثیر عمده‌ای در سیاست‌گذاری و حمایت مردم دارد، بسیار مهم است. در ایران نیز با توجه به استانداردسازی این ابزار نیاز است برای برنامه‌ریزی‌های سیستم بهداشتی و درمانی میزان موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی به صورت ادواری سنجیده شود. در پژوهش حاضر از مجموع ۶۱ سؤال پرسشنامه اصلی، ۲۳ سؤال بر اساس نظر متخصصان به دلیل عدم ضرورت و عدم ارتباط حذف شد. همچنین آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و شاخص روایی محتوای پرسشنامه نیز ۰/۸۳ محاسبه شد. از جمله گویه‌های این پرسشنامه می‌توان به حوزه انگیزش، حجم زیاد کار و محدودیت منابع اشاره کرد که هر سه در مطالعه Hooper اشاره شده است و همانند مطالعه ما امتیاز روایی بالایی دارد (۲۲).

مطالعه تطبیقی کشور انگلستان نشان داد موانع مداخله

که نمره بیشتر از ۰/۸ را کسب کرده بودند، پذیرفته شدند. پس از تکمیل پرسشنامه توسط ۱۴ نفر از پزشکان، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و گویه‌های آن محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد پرسشنامه بیشتر از ۰/۸ و برای کل ابزار ۰/۸۳ برآورد شد که بیانگر پایایی یا همسانی درونی ابزار برای سنجش موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی بود. ثبات ابزار با روش ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۲ محاسبه شد. همچنین ضریب همبستگی درون‌گروهی ابزار طراحی شده ۰/۹۴ به دست آمد که نشان‌دهنده ثبات زیاد ابزار بود. پس از تأیید روایی و پایایی، پرسشنامه شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، میزان تحصیلات، درآمد خانوار، نوع بیمه و وجود بیمه تکمیلی) و گویه‌های موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی بود که از ۳۸ سؤال و ۱۲ بُعد انگیزش (۵ سؤال)، مطالبه‌گری بیمار (۲ سؤال)، اطمینان متقابل و نظام ارزیابی (۲ سؤال)، حجم زیاد کار (۲ سؤال)، درک نقش واحد مدیریت کیفیت (۴ سؤال)، ابهام در نقش (۲ سؤال)، عدم اطمینان به نحوه مشارکت (۴ سؤال)، غیر واقعی بودن فعالیت‌های ارتقای کیفیت (۴ سؤال)، ماهیت فعالیت‌های ارتقای کیفیت (۸ سؤال)، توانمندسازی پزشکان در حوزه کیفیت (۳ سؤال)، ارتباط اثربخش (۱ سؤال) و محدودیت منابع (۱ سؤال) تشکیل شده است تا پژوهشگران، مدیران و متخصصان فعال در بیمارستان‌ها و نظام سلامت از آن استفاده کنند. بر این اساس، سطح موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از ابزار معتبر ارزیابی و اطلاعات جامع و قابل اطمینانی در اختیار تصمیم‌گیران قرار داده شد.

## بحث

پزشکی و به صورت عملی در دوره‌های استاجری و اینترنتی و دستگیری تخصصی اقدام شود (۲۳، ۲۴).

در ارائه مراقبت‌های سلامت بعضی مواقع پزشکان اهمیت لازم را برای فعالیت‌های بیمارستان از جمله بهبود کیفیت قائل نیستند و دلیل آن درگیر بودن پزشک در خارج از بیمارستان است (۲۵). در نتیجه همان‌طور که در پرسش‌نامه روایی و پایایی آن در حوزه ابهام در نقش پزشکان تأیید شده است، برای رفع این مشکل باید نسبت به به‌روزرسانی سیستم نظارت بر پزشکان و یکپارچه‌سازی آن در سطح دانشگاه‌ها اقدام شود.

### نتیجه‌گیری

پرسش‌نامه بررسی موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، روایی و پایایی مناسبی برای ارزیابی موانع مداخله در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و بازتوانی باکیفیت دارد و پژوهشگران می‌توانند در بین گروه‌های مختلفی که به ارائه خدمات سلامت می‌پردازند، این چالش‌ها را بررسی کنند. عوامل زیادی بر میزان و نوع مشارکت پزشکان در فعالیت‌های بهبود کیفیت تأثیر می‌گذارد؛ مانند بودجه بیمارستان‌ها، دولتی و خصوصی بودن تولید بیمارستان‌ها، سهم پرداختی به پزشکان از فعالیت‌های درمانی، کیفیت خواسته‌شده از مراقبت‌ها، قیمت خدمات سلامت، تحصیلات افراد، شهرنشینی یا روستانشینی، تجربیات گذشته فرد از نوع ارائه خدمات سلامت، سن، درآمد پزشک، ارتباط با بیمار، اخلاق پزشکی و ...؛ لذا باید با انجام مطالعات بیشتر در داخل کشور و در سطح ملی در زمینه چالش‌های مشارکت یا عدم مشارکت پزشکان در فعالیت‌های ارتقای کیفیت و یافتن عوامل تعیین‌کننده آن برای شناسایی چالش‌ها و مشکلات و یافتن سیاست‌های مناسب و توسعه آن‌ها و نیز استفاده از تجربیات کشورهای موفق در این حوزه در

پزشکان در این کشور بسیار جدی است و تأثیر زیادی بر فرایندهای بهبود کیفیت خدمات بیمارستان دارد. در این مطالعه از طریق پرسش‌نامه‌ای این موانع بررسی و الویت‌بندی شد (۱۷). در یک مطالعه مروری با عنوان «چگونگی مشارکت و نگرش پزشکان انکولوژیست به فعالیت‌های بهبود کیفیت» که Jones انجام داد (۱۸)، پیشنهاد شده است در کشورهایی غیر از ایالات متحده، پرسش‌نامه مشارکت پزشکان در فعالیت‌های ارتقای کیفیت و ممیزی بالینی طراحی و روایی و پایایی آن اندازه‌گیری و سنجیده شود. یافته‌های این مطالعه نشان داده است بیشترین روایی در بعد ابهام در نقش پزشکان در نوع فعالیت بهبود کیفیت است. در مطالعه حاضر نیز سؤالات مربوط به حوزه ابهام در نقش، ارتباط و ضرورت زیاد داشت. در مطالعه Stephen و Bula که به منظور طراحی ابزار مشارکت پزشکان بالینی در فعالیت‌های بهبود کیفیت انجام شد (۲۱)، قابلیت اطمینان بیشتر مقیاس‌ها بیش از ۰/۸ به دست آمده است، در حالی که در پژوهش حاضر ۲۸ مقیاس از ۶۱ مقیاس قابلیت اطمینان کمتر از ۰/۸ داشته‌اند، اما با توجه به اینکه تعداد متخصصان ۱۴ نفر بود، قابلیت اطمینان بیش از ۰/۴۲ پذیرفته شد و ۲۳ سؤال تأیید نشد. با توجه به اهمیت مشارکت بیمار و همراه در درمان بیماران، گویه‌های گوش‌دادن به صحبت‌های بیمار و صرف وقت کافی برای بیمار بیشترین ضرورت را داشتند.

توانمندسازی پزشکان در حوزه کیفیت یکی دیگر از گویه‌های تأثیرگذار در پرسش‌نامه است که مطالعات نشان داده‌اند در بعضی مواقع، شکاف دانش در دوران تحصیل در زمینه آنچه فعالیت‌های بالینی مرتبط با فعالیت‌های ارتقای کیفیت از پزشکان می‌خواهد ممکن است باعث شود پزشکان کمتر از شایستگی دانشگاهی و توانایی خود در فعالیت‌های ارتقای کیفیت عمل کنند. برای رفع این مشکل باید نسبت به آگاه‌سازی و آموزش به صورت تئوری در دوران علوم پایه

نشده است.

### حمایت مالی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با عنوان «بررسی موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد» با کد ۹۸۰۴۹۸ بود که با پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از مسئولان محترم معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد که نهایت همکاری را با پژوهشگران انجام دادند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند. می‌کنند.

راستای افزایش کیفیت خدمات ارائه‌شده در نظام سلامت کشور گام برداریم؛ چراکه سلامت یکی از ارکان اساسی رفاه و کیفیت زندگی هر جامعه به شمار می‌رود و افزایش مشارکت پزشکان و رفع موانع مداخله پزشکان در برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در ارتقای کیفیت خدمات و در نتیجه سلامت افراد و جامعه تأثیرگذار است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، محافظه‌کاری برخی از افراد در پاسخگویی به سؤالات یا ابداع شدن از ابراز نظر واقعی خود بود که در این مورد سعی شد با توجیه افراد درباره هدف، مشکل برطرف شود.

### ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی در کمیته سازمانی اخلاق در دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد IR. MUMS. REC. 1398. 263 بررسی و تصویب شد.

### تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش

### References

1. Sugita JA, Garrett MD. Elder abuse and oral health care providers: an intervention to increase knowledge and self-perceived likelihood to report. *J Elder Abuse Neglect*. 2012; 24(1):50-64.
2. Meyers D, Miller T, Genevro J, Zhan C, De La Mare J, et al. EvidenceNOW: balancing primary care implementation and implementation research. *Ann Fam Med*. 2018; 16(Suppl 1):S5-11.
3. Gharibi F, Tabrizi JS. Development of an accreditation model for health education and promotion programs in the Iranian primary healthcare system: a Delphi study. *Health Promot Perspect*. 2018; 8(2):155-62.
4. Mathur B, Gupta S, Meena ML, Dangayach GS. Healthcare supply chain management: literature review and some issues. *J Adv Manag Res*. 2018; 15(3):265-87.
5. Singh K, Drouin K, Newmark LP, Rozenblum R, Lee J, Landman A, et al. Developing a framework for evaluating the patient engagement, quality, and safety of mobile health applications. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2016; 5:1-11.
6. Mathews SC, Demski R, Hooper JE, Biddison LD, Berry SA, Petty BG, et al. A model for the departmental quality management infrastructure within an academic health system. *Acad Med*. 2017; 92(5):608-13.
7. Willcocks SG, Wibberley G. Exploring a shared leadership perspective for NHS doctors. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)*. 2015; 28(4):345-55.
8. Ferdosi M, Ziyari FB, Ollahi MN, Salmani AR, Niknam N. Implementing clinical governance in Isfahan hospitals: Barriers and solutions, 2014. *J Educ Health Promot*. 2016; 5:20.
9. Nair M, Baltag V, Bose K, Boschi-Pinto C, Lambrechts T, Mathai M. Improving the quality of health care services for adolescents, globally: a standards-driven approach. *J Adolesc Health*. 2015; 57(3):288-98.
10. Mainz J, Kristensen S, Bartels P. Quality improvement and accountability in the Danish health care system. *Int J Qual Health Care*. 2015; 27(6):523-7.
11. Li J, Hinami K, Hansen LO, Maynard G, Budnitz T,

- Williams MV. The physician mentored implementation model: a promising quality improvement framework for health care change. *Acad Med.* 2015; 90(3):303-10.
12. Van Dooren W, Bouckaert G, Halligan J. *Performance management in the public sector*: London: Routledge; 2015.
13. Mosadeghrad AM, Akbari Sari A, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. *Tehran Univ Med J.* 2017; 75(4):288-98.
14. Lopez-Campos JL, Navarrete BA, Soriano JB, Soler-Cataluña JJ, González-Moro JMR, Ferrer MEF, et al. Determinants of medical prescriptions for COPD care: an analysis of the EPOCONSUL clinical audit. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2018; 13:2279-88.
15. Kitto S, Goldman J, Etchells E, Silver I, Peller J, Sargeant J, et al. Quality improvement, patient safety, and continuing education: a qualitative study of the current boundaries and opportunities for collaboration between these domains. *Acad Med.* 2015; 90(2):240-5.
16. Biancone P, Tradori V, Brescia V, Migliavacca A. Quality and control in the healthcare: a win-win mix? *Int J Busin Soc Sci.* 2017; 8(7):221-8.
17. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2018; 178(10):1317-31.
18. Jones B, Vaux E, Olsson-Brown A. How to get started in quality improvement. *BMJ.* 2019; 364:k5408.
19. Valentini RP. Patient safety and quality improvement: what the pediatric trainee needs to know. *Progr Pediatr Cardiol.* 2017; 44:47-53.
20. Desai AD, Starmer AJ. Process metrics and outcomes to inform quality improvement in pediatric hospital medicine. *Pediatr Clin North Am.* 2019; 66(4):725-37.
21. Stephen SO, Bula H. Human resource management practices and quality of health care service delivery at Jaramogi Oginga Odinga teaching and referral hospital, Kenya. *Hum Res Manag.* 2017; 10(10):126-40.
22. Hooper P, Kocman D, Carr S, Tarrant C. Junior doctors' views on reporting concerns about patient safety: a qualitative study. *Postgrad Med J.* 2015; 91(1075):251-6.
23. Kitto S, Bell M, Peller J, Sargeant J, Etchells E, Reeves S, et al. Positioning continuing education: boundaries and intersections between the domains continuing education, knowledge translation, patient safety and quality improvement. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013; 18(1):141-56.
24. Cristancho S, Field E, Lingard L. What is the state of complexity science in medical education research? *Med Educ.* 2019; 53(1):95-104.
25. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. Squire 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *Am J Crit Care.* 2015; 24(6):466-73.



Original Article

# Design and Validation of a Questionnaire Assessing the barriers to Physicians' Intervention in Healthcare Quality Improvement Programs

Seyyed Morteza Mojtabaeian<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Msc student of Health Management and Economics, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

**Received:** 18 February 2021

**Accepted:** 01 September 2021

---

---

## Abstract

**Introduction:** Although numerous organizations believe that physician's involvement in quality and safety is important, they have not properly determined how they should be defined, measured, and improved. Since it is essential to improve the quality of healthcare services and increase physician involvement, this study was conducted to evaluate the validity and reliability of a questionnaire on the barriers to physicians' intervention in healthcare quality improvement programs in hospitals affiliated to Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

**Materials and Methods:** The instrument of the study was a researcher-made questionnaire to examine the barriers to physicians' involvement in healthcare quality improvement programs. To determine the face validity of the questionnaire, it was distributed among five specialists in health management and economics and eight medical and nursing students and their opinions were applied. The questionnaire was handed out among 14 physicians with a two-week interval and the content validity ratio index and content validity index were also calculated. To determine the reliability, the interclass correlation coefficient method for quantitative variables and the kappa agreement coefficient method for nominal questions were used. The collected data were analyzed in SPSS 21 software.

**Results:** The initial item pool consisted of 61 items, which was reduced to 38 items following face and content validity measurement. The questionnaire was composed of 12 sub-scales. Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire and the interclass correlation coefficient in two measurements with a two-week interval were obtained at 0.86 and 0.94, respectively.

**Conclusion:** The designed questionnaire was the first and only valid and reliable specific tool in the field of barriers to physicians' involvement in healthcare quality improvement programs in Iran. This instrument has been used to measure and prioritize the barriers in healthcare centers and improve the quality of health services provided by physicians.

**Keywords:** Barriers, Quality improvement, Validation

---

---