

بررسی وضعیت موجود استانداردهای الزامی ایمنی بیمار در بیمارستان‌های ایران

محمدرضا توکلی^۱، رضا کاظمی^۲، محمود نکویی مقدم^۳، مهدی خانزاده سراجی^۴، مینو موحدی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مرحله اول برنامه ایمنی بیمار در ایران دستیابی به اجرای استانداردهای الزامی برای ورود به برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه بررسی چالش‌های اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار در بیمارستان‌های ایران بود.

روش‌ها: این مطالعه کیفی با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا انجام شد. طول زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود. روش نمونه‌گیری از طریق نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. ۲۰ مصاحبه به صورت مجازی از طریق کلاس‌های مجازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مرحله بر مبنای روش تحلیل محتوای قراردادی بود و با کمک نرم‌افزارهای تحلیل کیفی مانند MaxQDA نسخه ۲۲ داده‌های موجود دسته‌بندی شده و ابعاد، اصول و مؤلفه‌های مرتبط با موضوع پژوهش استخراج شدند. تحلیل داده‌ها به صورت تحلیل محتوای قراردادی بود.

یافته‌ها: بر اساس تحلیل موضوعی انجام شده ۱۴ موضوع اصلی و ۳ زیرموضوع در این قسمت به دست آمد. مشارکت‌کنندگان نقاط قوت و ضعف و تهدیدها و فرصت‌های اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار را بیان کردند.

نتیجه‌گیری: بهتر است با به کارگیری نقاط قوت و فرصت در این مطالعه و شناخت تهدیدها و ضعف‌ها ارائه شده در این مطالعه و رسیدن به هدف ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده و اجرای بهتر استانداردهای ایمنی بیمار در مراکز جهت هرچه مؤثرتر کردن اجرای استانداردها اقدام شود.

واژگان کلیدی: ایمنی بیمار؛ استانداردها؛ بیمارستان

ارجاع: موحدی مینو، کاظمی رضا، نکویی مقدم محمود، خانزاده سراجی مهدی، توکلی محمدرضا. بررسی وضعیت موجود استانداردهای الزامی ایمنی بیمار در بیمارستان‌های ایران. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۶۰): ۶۳۲-۶۴۵.

مقدمه

مراکز بیمارستانی از ارکان حیاتی نظام سلامت در هر کشوری هستند که مردم از تمامی قشرها می‌توانند برای تشخیص، مراقبت و درمان به آنجا مراجعه کنند (۱). علاوه بر نقش‌هایی که برای بیمارستان‌ها بیان شده است، بیمارستان‌ها نقش بسیار مهم نمادین برای عموم ایفا می‌کنند که نشان‌دهنده وضعیت رفاهی جوامع می‌باشد (۲). در سال‌های گذشته، سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی با چالشی تحت عنوان ارتقای ایمنی و افزایش کیفیت روبه‌رو گردیده‌اند (۳). تاکید کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی درمانی، اخیراً از

توجه ساده به محتوای مراقبت‌ها به توجه به ارائه و مدیریت ارائه خدمات تغییر یافته است. امروزه، بیش‌تر کشورهای جهان سعی می‌کنند تا ظرفیت‌های موجود در سازمان‌هایشان را به طور اثربخش مدیریت کرده و از هزینه‌های کلی سازمان خود بکاهند (۴).

مطالعات پژوهشی نشان داده‌اند که به طور متوسط در حدود ۱۰ درصد از تمام موارد بستری، بیماران به درجات مختلف دچار آسیب می‌شوند (۵) و برآورد می‌گردد تا ۷۵ درصد از این خطاها قابل پیشگیری باشند. مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان‌ها، هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می‌آورند. در واقع

۱- دکتر تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، بیمارستان الزهرا(س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- بخش اورولوژی، بیمارستان الزهرا(س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، مرکز تحقیقات سلامت در بلایا و فوریت‌ها، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، موسسه آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۵- بخش زنان و زایمان، بیمارستان الزهرا(س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: محمدرضا توکلی: دکتر تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، بیمارستان الزهرا(س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: tvk.mohammadrezaa@gmail.com

(اجراکنندگان، برنامه‌ریزان، کارشناسان، پژوهشگران و اساتید خبره) در زمینه‌ی ایمنی بیمار به ارتقا راهکارهای اجرای استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار در ایران پرداخته و راهکارهای مناسب جهت بهتر اجرا شدن این استانداردها شناسایی نماید.

روش‌ها

در این مطالعه، روش تحقیق به شیوه‌ی کیفی با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا انجام شد. به دلیل ماهیت کیفی بودن این مرحله، از مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته برای گردآوری داده‌های لازم استفاده شد. در این مطالعه پس از تهیه‌ی یک راهنمای مصاحبه، تمامی مصاحبه‌ها انجام شد که در آن مصاحبه‌ها به وسیله دستگاه ضبط صوت ضبط گردید. این کار به منظور بالا بردن ضریب دقت کار در گردآوری یافته‌ها انجام شد. طول زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود. برای تعیین روایی و اعتبار تحقیق در مطالعات کیفی همانند مطالعات کمی به ارزیابی و اندازه‌گیری داده‌ها پرداخته نمی‌شود و از معیار Guba & Lincoln استفاده شد (۴۶). پژوهشگر با شرکت طولانی مدت و مشارکت و تعامل کافی با شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تأیید اطلاعات توسط مشارکت‌کنندگان، برای افزودن اعتبار تحقیق تلاش کرد. افزون براین، برای افزایش اعتماد داده‌ها، تکرار گام به گام و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، بهره‌گیری از بازبینی توسط اساتید راهنما، مشاور و افراد صاحب‌نظر نیز صورت گرفت. به منظور افزایش معیار تأییدپذیری داده‌ها، از تأیید استادان هیأت علمی دانشگاه و نظرات تکمیلی آنان استفاده شد. جهت قابلیت انتقال داده‌های مطالعه، نقل قولهای مشارکت‌کنندگان به همان صورتی که گفته شد، بیان گردید. جامعه مورد مطالعه شرکت‌کننده در این مرحله شامل رئیس و مدیر بیمارستان، کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار، مسئول و کارشناس بهبود کیفیت، اساتید دانشگاه دارای سابقه‌ی کار اجرایی درگیر با برنامه‌ی ایمنی بیمار، افراد دارای سابقه‌ی طولانی مدیریت در بخش‌های مختلف بیمارستان، افراد دارای سابقه‌ی طولانی مدت در دانشگاه و در نظام سلامت و کارشناسان و مسئولان معاونت درمان و نظام سلامت که درگیر برنامه‌ی ایمنی بیمار هستند انتخاب شدند.

روش نمونه‌گیری جهت شناسایی و دسترسی به مشارکت‌کنندگان از طریق نمونه‌گیری هدفمند انجام شد، به عبارت دیگر، افرادی مورد مصاحبه قرار گرفتند که در زمینه استانداردهای الزامی ایمنی بیمار مطلع بوده و دارای تجارب ارزشمندی در این زمینه بودند. با توجه به ویژگی‌های تحقیق تعداد مشارکت‌کنندگان به اشباع اطلاعات بستگی دارد. سپس از سؤالات تکمیلی برای جمع‌آوری اطلاعات دقیق‌تر و روشن کردن اظهارات شرکت‌کنندگان پرسیده شد. سؤالات تکمیلی با پاسخ‌های شرکت‌کنندگان هدایت و تعیین شدند. مصاحبه‌ها با رضایت

چنین تخمین زده می‌شود که بین ۵ تا ۱۰ درصد هزینه‌های مربوط به سلامت، ناشی از خدمات بالینی غیر ایمنی می‌باشد که منجر به آسیب بیماران می‌گردند و در این میان سهم نارسایی سیستم‌ها و روال‌ها بیش از نقش افراد است (۶).

در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی، مشکل ارائه‌ی مراقبت‌های پزشکی غیرایمن موضوعی گسترده در سراسر جهان است. این می‌تواند بسیاری از عوارض جانبی مانند میزان بالای عوارض و مرگ و میر را ایجاد کند و بر کارایی بیمارستان‌ها تأثیر منفی بگذارد (۷، ۸). در همین راستا، در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، دولت‌ها سعی در دستیابی به سطح ایمنی قابل قبول در بیمارستان‌ها هستند (۵، ۹).

سازمان جهانی بهداشت، اهمیت ایمنی بیمار را درک نموده و آن را به عنوان یک دغدغه‌ی سلامت عمومی در اولویت قرار داده است (۱۰). برنامه‌ی بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار اجرای مجموعه‌ای از استانداردهای ایمنی بیمار را در بیمارستان‌ها در بر می‌گیرد. تحقق این استانداردها این اطمینان را ایجاد می‌کند که ایمنی بیمار یک اولویت ضروری در بیمارستان‌ها پذیرفته شده و کارکنان همه‌ی واحدها در این راستا تلاش می‌کنند. هدف نهایی برنامه‌ی ارتقای سطح ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها، ایجاد شرایط محیط امن برای بیماران، و در نتیجه محافظت جامعه از آسیب‌های قابل اجتناب خواهد بود (۱۱).

در سال‌های گذشته در کشور ما جهت افزایش ایمنی بیمار و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی، تلاش‌های مهمی صورت گرفته که از آن جمله می‌توان به استقرار حاکمیت بالینی، بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار و اعتباربخشی بیمارستان‌ها بر اساس استانداردهای مدون اشاره کرد. طرح بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار در گام اول با استانداردهای الزامی ایمنی بیمار، که این استانداردها در سه سطح یک، دو و سه در قالب اعتباربخشی در همه بیمارستان‌های کشور در حال پیاده‌سازی می‌باشند (۱۲).

استانداردهای ایمنی بیمار برای اجرای برنامه ایمنی بیمار در سطح بیمارستان‌ها حیاتی‌اند. (۱۳). در ایران آمار مدونی درباره‌ی خطاهای پزشکی مرتبط با ایمنی بیمار در دسترس نیست، اما با توجه به افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایات مردم از پزشکان به سازمان نظام پزشکی (۱۴) و با بروز ۱۹/۵ درصدی خطاهای دارویی توسط پرستاران در یک دوره‌ی زمانی سه ماه (۱۵) می‌توان بروز این گونه از حوادث در سیستم مراقبتی درمانی کشور را جدی تلقی کرد. ایمنی بیمار به معنی مصون ماندن بیمار از هرگونه رویداد نامطلوب و آسیب رسان به بیمار در حین دریافت خدمات درمانی می‌باشد (۱۶) که با دوری از بروز این خطاها تاحد زیادی ایمنی بیمار تأمین می‌شود. (۱۷).

این مطالعه قصد دارد تا با برقراری ارتباط بین افراد صاحب‌نظر

می‌گیرد که آن‌ها را ثبت می‌نماید. ۵. ثبت علائم حاشیه‌ای: در ثبت علائم حاشیه‌ای زمانی که یادداشت‌های محقق مورد بررسی قرار می‌گیرند مشاهدات پیرامون آن باید فوراً ثبت شوند. این علائم یادداشت‌ها را به دیگر قسمت‌های داده مرتبط می‌سازد. ۶. اختصارسازی: در این مرحله نیز کدها بر اساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه‌بندی و تاحد امکان کوچک و فشرده شدند. روند تنزل در داده‌ها در تمام واحدهای تحلیل و طبقات اصلی و فرعی باید جریان داشته باشد. ۷. توسعه‌ی پیشنهادات: در نهایت داده‌ها در طبقه‌بندی‌های اصلی که کلی‌تر و مفهومی‌تر هستند، قرار گرفتند و سپس تم‌ها انتزاع و پیشنهادات ارائه شدند. ملاحظات اخلاقی در این مطالعه شامل حفظ محرمانگی اطلاعات، اخذ رضایت آگاهانه برای مصاحبه‌ها و ضبط مکالمات، و تضمین حق شرکت‌کنندگان برای انصراف از مطالعه در هر زمان بود.

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه‌ی دکتری می‌باشد که با کد اخلاق IR.KMU.REC.1400.330 در دانشگاه علوم پزشکی کرمان تصویب شده است.

یافته‌ها

نقاط قوت و ضعف اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار

بر اساس تحلیل موضوعی انجام شده ۱۴ موضوع اصلی و ۳ زیرموضوع است که در این قسمت به دست آمد.

مشارکت کنندگان دید بهتری نسبت به اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار داشتند و نقاط قوت آن را در زمینه‌های مختلف از جمله حضور نیروهای خلاق، جوان و توانمند در دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و بیمارستان، پررنگ شدن ایمنی بیمار در ده سال گذشته در بیمارستان‌های ایران، الزام بیمارستان‌ها در حرکت به سوی ایمنی بیمار و گزارش دهی خط را مطرح نمودند.

نقاط قوت:

۱- حضور نیروهای خلاق، جوان و توانمند در دفتر بهبود

کیفیت و ایمنی بیمار بیمارستان

یکی از مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشت که نیروهای خبره داخل بیمارستان‌ها جهت انجام اعتباربخشی شناسایی شده‌اند.

«در کنار این اتفاقی که افتاد این هست که نیروهای خبره‌ای که می‌توانستند و هوش انجام اعتباربخشی را داشتند داخل بیمارستان‌ها شناسایی شدند. نه بیمارستان ما در همه بیمارستان‌ها این کار را کردند، من می‌دانم در همه بیمارستان‌ها یک سری نیروهای خوب را شناسایی کردند و اینکه بیایند و اعتباربخشی را اجرا کنند. حالا ما یک سری‌هاش را توانستیم اجرا کنیم این‌ها به عنوان فرصت هست، شناسایی نیروی خبره مون به عنوان فرصت هست اینکه

شرکت‌کنندگان ضبط شدند و ضبط‌ها به همراه یادداشت‌های میدانی، ابتدا با دست نوشته و سپس تایپ شده، فوراً رونویسی شدند. متن رونویسی شده چندین بار مرور و به واحدهای معنایی تشکیل‌دهنده و متعاقباً به کوچکترین واحدهای معنادار تقسیم شد. سپس کدها چندین بار خوانده شدند تا بر اساس شباهت معنایی به زیرمقوله‌ها و دسته‌های اصلی سازماندهی شوند. هم متون اولیه و هم دسته‌های نهایی چندین بار دوباره خوانده شدند تا محققان و شرکت‌کنندگان به درک مشترکی از دسته‌ها برسند. علاوه بر این، تلاش‌هایی برای به حداقل رساندن تأثیر سوگیری‌ها و فرضیات محققان بر فرایند تحلیل داده‌ها صورت گرفت. بر این اساس ۲۰ مصاحبه انجام شد. مصاحبه‌ها به صورت مجازی از طریق کلاس‌های مجازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. گردآوری داده‌ها تا جایی ادامه داشت که محقق مطمئن شد احتمال پدیدار شدن مفهوم نو در بین نیست. پس از انجام ۲۰ مصاحبه با توجه به تکراری بودن و مطالب از طرف شرکت‌کنندگان و نبودن یافته‌ها و مطالب جدید مصاحبه‌ها به اشیاع اطلاعات رسید. تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مرحله بر مبنای روش تحلیل محتوای قراردادی بود و با کمک نرم‌افزارهای تحلیل کیفی مانند MaxQDA نسخه‌ی ۲۲ داده‌های موجود دسته‌بندی شده و ابعاد، اصول و مؤلفه‌های مرتبط با موضوع پژوهش استخراج شدند. تحلیل موضوعی نوعی تحلیل محتوای داده‌هاست که طبقه‌بندی بر اساس موضوعات انجام می‌شود (۱۸).

۱. استخراج و پیاده شدن داده‌ها بر روی کاغذ و ذخیره کردن آن‌ها در کامپیوتر: در این پژوهش مصاحبه‌ها با دستگاه ضبط صوت ضبط شدند. بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، مصاحبه‌ها در کامپیوتر تایپ و ذخیره شدند. ۸۰ صفحه A4 تعداد صفحات پیاده شده مصاحبه‌ها بودند. ۲. غوطه‌ور شدن در داده‌ها: در این مرحله متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور شدند به طوری که پژوهشگر بر روی داده‌ها تسلط کافی پیدا کرد. ۳. کدگذاری: در مرحله‌ی سوم داده‌ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شد. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شدند. به این صورت که در هر کدام از مصاحبه‌ها، موضوعات از یکدیگر مجزا شدند و سپس هر موضوعی به زیرمجموعه‌های دیگری تقسیم شده و به این ترتیب موضوعات و زیر موضوعات همه‌ی مصاحبه‌ها مشخص شدند. این مرحله منجر به شکل‌گیری حدود ۸۰۰ کد اولیه و بیش از ۱۴ موضوع اصلی گردید. ۴. ثبت علائم بازتابی: ثبت علائم بازتابی، واقع ثبت یادداشت‌ها از اندیشه‌ها و دیدگاه‌هایی است که در ذهن محقق به وجود می‌آید. به عبارت دیگر محقق در عین حین غوطه‌وری در اطلاعات، موضوعات، اندیشه‌ها و دیدگاه‌هایی در ذهن او شکل

۳- الزام بیمارستان ها در حرکت به سوی ایمنی بیمار

«در مورد الزامی ها لاقابل الزام وزارتخانه وجود دارد ولی در مورد اساسی و پیشرفته غیر از اعتباربخشی هیچ الزامی وجود ندارد و این کاری را در بیمارستان ایجاد نمی کند که بخواهد به آن سمت حرکت کند» (مصاحبه‌ی شماره ۱۸).

«نقطه قوت اینکه سنج‌های ایمنی، سنج‌های خیلی زیادی شدند و پخش شدند در کل سنج‌های اعتباربخشی و در بین کل سنج‌های اعتباربخشی و زنشون بالاست و آمدند سطر تعریف کردند و شما اگر بخواهید عالی بشید باید امتیازی را بگیرید و این ملزم می کند بیمارستان‌ها را که در راستای ایمنی قدم بردارند، یعنی حتی داخل قسمت تجهیزات پزشکی و بهداشت محیط سنج‌های ایمنی ستاره دار می بینید، یعنی اینکه بیمارستان‌ها ملزم شدند که در راستای ایمنی بیمار حرکت کنند و این یک نقطه قوت هست» (مصاحبه‌ی شماره ۸).

مشارکت‌کننده‌ی دیگری از اطلاع داشتن پزشک و پرستار از استانداردهای ایمنی بیمار و آموزش به آن‌ها سخن گفت.

«ما اطلاعات اولیه رو بچه‌ها دارند پرسنل به یک نحوی با این قضایا آشنا هستند ولی نمی‌دونستند این چقدر می‌تونه اهمیت داشته باشد، مثلاً اگر چه فرضاً پزشکی هستش که بهش در مورد استاندارد صحبت می کنیم طبیعتاً اون پزشک این قضیه رو اطلاع دارد موقعی که بالای سر مریض می‌رود باید هم بیمار رو بشناسه و هم خودش رو به اون معرفی کند بله: یا مثلاً اون پرستاری که اینکارو انجام میده پرستار تو پراتیک بهش یاد داده میشه که اگر میخواهید دارو بدید باید این هفت مورد رو مثلاً چک کنید و برید بالای سر بیمار و دستتو بشورید، خودتو به مریض معرفی بکنید و بگید دارو رو اومدم بهت بدم» (مصاحبه‌ی شماره ۱۷).

۴- گزارش‌دهی خطا

یکی از مشارکت‌کنندگان شناسایی خطا و تشکیل کمیته مرگ و میر در بیمارستان‌ها را از جمله نقاط قوت اجرای استانداردهای ایمنی بیمار بیان کرد.

«به نظرم نقطه قوتی که داشته این بوده که ما داخل این چند سال توانستیم خطاها را شناسایی کنیم. این فرهنگ ایجاد شده که پرسنل بیاید خطایش را بنویسد به نظرم بزرگترین دستاورد شناسایی این خطاها و کمیته‌ی مرگ و میر بوده که دارد الان RCA آنجا انجام می‌شود حالا هر چند خروجی‌هاش خیلی پیگیری نشود ولی دستاورد بزرگی بوده است» (مصاحبه‌ی شماره ۱۴).

مشارکت‌کنندگان در ادامه به نقاط ضعف اجرای استانداردهای

ایمنی بیمار پرداختند.

۱- دخیل نداشتن در تصمیم‌گیری‌های کلان کشور

یکی از مشارکت‌کنندگان از نداشتن قدرت تصمیم‌گیری در

بتوانیم نیروهایی که واقعا به درد این کار نمی‌خورند از سیستم کنار بزنیم یا حداقل کمرنگ کنیم خدمات این‌ها را» (مصاحبه‌ی شماره ۴).

مشارکت‌کننده در ادامه وجود نیروهای خوب و خلاق در دفاتر بهبود کیفیت بیمارستان‌ها را از جمله نقاط قوت پیاده‌سازی اجرای استانداردها می‌دانست.

«نقاط قوتی که داریم اینکه یک سری نیروی‌های خوب و خلاق داریم که به مرور زمان این‌ها را شناسایی کردیم این‌ها می‌آیند داخل دفتر بهبود کیفیت از شون استفاده می‌کنیم» (مصاحبه‌ی شماره ۴).

مشارکت‌کننده‌ی دیگری به علاقه‌ی بعضی از همکاران به این موضوعات به عنوان نقطه قوت اشاره کرد.

«اینکه بعضی همکاران ما به این موضوع علاقه‌مند هستند باز این یک نقطه قوت هست» (مصاحبه‌ی شماره ۱۳). یکی از مشارکت‌کنندگان وجود نیروهای جوان در مراکز را نقطه قوت برای انجام کار و پیاده‌سازی استانداردها مطرح نمود.

«الان کل رنج نیرویی ما افراد جوان هستند و این افراد جوانی که برای ما هستند در عین حالی یک نقطه قوت برای ما ایجاد می‌کند که بتوانیم نیروهای جوانی داشته باشیم و دیگه الان اون همراهی رو دارند و خیلی راحت شیف می‌آید و الان خیلی دوست دارد شاغل باشه الان شرایط اقتصادی ایجاب می‌کند خوب کار کند و خوب پول بگیره» (مصاحبه‌ی شماره ۱۷).

۲- پررنگ شدن ایمنی بیمار در ده سال گذشته در

بیمارستان‌های ایران

یکی از مشارکت‌کنندگان از بیمارمحور شدن بیمارستان‌ها به راه‌اندازی سامانه‌هایی که وزارتخانه بهداشت به عنوان نظرسنجی از بیمارار می‌گیرد سخن گفت.

«من آن موقع یادمه می‌خواستیم دوتا خط‌مشی بنویسیم نمی‌توانستیم سرپرستار را راضی کنیم بیایند خط‌مشی بنویسیم، روش اجرا بنویسیم، این قضیه اینقدر پاش ایستاد و پررنگ کرد که سامانه ۱۹۰ وزارتخانه خودش یک ترس و واهمه ایجاد کرده من به راحتی می‌توانم تلفن بگیرم دستم گزارش بدهم از فلان بیمارستان که این خطا را کرده یا حتی تشویق بخواهم بکنم این‌ها خودش گام‌های مهمی بوده که در عرض ۱۰ سال ما بیمارستان‌ها مون رفته به سمت اینکه که بیمار محورتر شده که این خودش قابل ستایش هست و اینکه شاید خودتان در جریان باشید که یک سامانه‌ای را خود وزارتخانه دارد راه‌اندازی می‌کند به عنوان نظرسنجی از بیمارار و خیلی نمی‌خواهد بیمارستان‌ها را درگیر کند، به محض اینکه مریض از بیمارستان ترخیص شد یک پیامک برایش می‌رود و دیگر وزارتخانه آنجا کاملاً متوجه می‌شود که کدام بیمارستان دارد خدمات بهینه می‌دهد و کدام بیمارستان خدمات درست می‌دهد» (مصاحبه‌ی شماره ۳).

۶- پررنگ بودن مستندسازی

یکی از مشارکت‌کنندگان موضوع پررنگ شدن کاغذ بازی در اجرای این استانداردها را مطرح نمود.

«نگاه من به این یک نگاه و کاری هست که یکسری کاغذ بازی روتین هست که باید انجام شود و این یک آفت جدی هست که وجود دارد و اگر این تلقی در بیمارستان وجود دارد که همه فرم‌های دیگه بیمارستان را نگاه کنیم و این هم چیزی در همان چارچوب ببینیم» (مصاحبه‌ی شماره ۲).

مشارکت‌کننده دیگری هم از پررنگ بودن مستندسازی در اجرای این استانداردها سخن گفت.

«مستندسازی هنوز پررنگ هست و ما خیلی نباید روی مستندسازی تمرکز کنیم چون جاذبه و کیفیت که ایجاد نمی‌کند و ایمنی بیمار را که ارتقا نمی‌دهد هیچی، تازه دافعه هم ایجاد می‌کند» (مصاحبه‌ی شماره ۹).

مشارکت‌کننده در ادامه مستندسازی را یک بار اضافه و زمان‌گیر برای اجرای استانداردهای ایمنی بیمار می‌داند که باعث عدم همکاری پرسنل می‌شود.

«دیگه مستندات می‌تواند به اندازه کافی خودش گویای این باشه که ما چقدر داریم ایمنی بیمار را در بیمارستان‌ها اجرا می‌کنیم. وقتی که گزارش پرستار اینقدر کامل هست که میشه اول گزارشش توصیه‌های پرستاری را از شیفت قبل می‌نویسه و تغییرات را نسبت به شیفت قبل می‌نویسه، نمیشه‌ها سخته ولی ما باید به این سمت و سو بریم که گزارش پرستاری غنی شود و بچه‌ها اون کاری را که دارند انجام می‌دهند عیناً بنویسند و هی فرم و اینجور چیزها اضافه نکنند و هی دنبال مستندات نباشیم و از اصل دور نشیم و همین ابزار مصاحبه کفایت می‌کند یا مشاهده کفایت می‌کند که بفهمیم داخل این بیمارستان مثلاً ترانیزشن‌ها ایم هست یا نه؟ داخل بیمارستان هد آپ‌ها ایمن هست یا نه؟» (مصاحبه‌ی شماره ۹).

۷- ضعف در کار تیمی

یکی از مشارکت‌کنندگان هم نبود کار تیمی در بیمارستان جهت اجرا و پاسخگو بودن را اظهار داشت.

«برخوردی که با ایمنی بیمار و پرستار ایمنی میشه که همه‌ی کارها بر دوش پرستار ایمنی هست و برنامه‌ریزی‌ها را باید انجام بده و روز ارزیابی هم خودش باید جواب‌گو باشه و اون کاری تیمی که باید وجود داشته باشد وجود ندارد» (مصاحبه‌ی شماره ۱۸).

مشارکت‌کننده دیگری از نبود نظارت و گزارش خواستن و همکاری سایر بخش‌ها در اجرای ضعیف استانداردها سخن گفت.

«الان مثلاً ما می‌گیم در مورد دارو دادن ما آمدم اینو ترجمه کردیم برای خودمون که مثلاً داروی پرخطر تو کم‌دی باشه که کلید داشته باشد

تصمیم‌های کلان کشور به عنوان نقطه ضعف در اجرای این استانداردها دانست.

«یک قسمتی مربوط به تصمیم‌گیری‌های کلان کشور هست که آن تصمیم‌ها خیلی دست ما نیست و نه من می‌توانم درستش کنم و نه شما. فعلاً ما اراده‌ای برای اصلاح این شرایط نمی‌بینیم هممون این را می‌دانیم» (مصاحبه‌ی شماره ۴).

۲- نبود الزامات حقوقی و قانونی در گزارش خطا

یکی از مشارکت‌کنندگان از بی‌توجهی به قانونی کردن گزارش خطا در مراکز سخن گفت.

«اصلی‌ترین چالش ما همان مباحث مربوط به بحث‌های حقوقی و قانونی هست که برای گزارش خطا باید در قوانین مان لحاظ شود و آن الزامات قانونی را به نظر می‌رسد که بهش بی‌توجه هستیم و خیلی بهش ورود نکردیم» (مصاحبه‌ی شماره ۲).

۳- عدم آگاهی مردم از حق و حقوقشان

مشارکت‌کننده دیگری عدم آگاهی مردم از حقوق شان را از جمله نقطه ضعف اجرای این استانداردها بیان نمود.

«بحث آگاهی مردم هست یعنی مردم خیلی از حقوق سلامت خودشون آگاهی ندارند و این هم یک معضل هست و من چیزی را می‌توانم مطالبه کنم که بدانم حقم هست و وقتی حقوقم را نمی‌شناسم طبیعتاً مطالبه‌ای هم در خصوص آنها نخواهم داشت» (مصاحبه‌ی شماره ۲).

۴- آزاد نبودن بیمارستان‌ها در اجرای استانداردهای ایمنی بیمار

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان بحث دست و پا بسته بودن بیمارستان‌ها برای اجرای زودتر استانداردها را مطرح نمود.

«من یادمه زمانی که استانداردهای الزامی بازنگری شده بود ما زودتر می‌دانستیم که این‌ها ۲۴ استاندارد هستند و میخواستیم کلاس آموزشی‌اش را برگزار کنیم بالاخره باید به این سمت بریم ولی وقتی با وزارت خننه تماس گرفتیم گفتن حالا دست ننگه دارید و ناهه‌اش براتون بیاید. یعنی می‌گویم گاهی ما می‌خواهیم خلاقیت داشته باشیم و دانشش رو هم داریم و می‌خواهیم جلوتر از وزارت خننه حرکت بکنیم ولی دست و پای ما بسته است» (مصاحبه‌ی شماره ۱۸).

۵- هماهنگی و ارتباطات ضعیف درون و برون‌سازمانی

همسو نبودن ادارات و حوزه‌های مرتبط با اجرای استانداردهای ایمنی بیمار هم مواردی بود که یکی از مشارکت‌کنندگان مطرح نمود.

«ادارات و حوزه‌های دیگه همسو با من در حوزه ایمنی بیمار نیستند و این فقط به خاطر این هست که ترجمان یکسانی چه در وزارت و چه در سطح دانشگاه و چه در سطح معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی وجود ندارد» (مصاحبه‌ی شماره ۱۸).

بله: در صورتی که اصلش این نیست اصلش اینه که بیمارستان بخشش در ارتباط با داروخانه باشد داروخانه برای اون دارو رو بیاره و دارو بصورت ایمن به بیمار منتقل شود، وقتی من می بینم موقعی که دارو دارد می آید با یک نسخه پیچی که تو داروخونه هست و فقط با یک مدرک نسخه پیچی که دارو رو می چینه و هیچ دکتر داروسازی تو شیفت نیست و من میام این رو می نویسم و تو چک لیستم میزنم اینجا شرایط مثلا رعایت کردن اصول دارودهی ۵۰ درصد از این ۵۰ درصد من باید جایی استفاده شود باید از من گزارش بخواهند و گزارش ها بی غرض دیده بشند ولی همچین چیزی نیست» (مصاحبه‌ی شماره ۱۷).

یکی از مشارکت کنندگان هم به نبود کارگروهی در زمینه‌ی اجرای استانداردها و نداشتن فرهنگ کار تیمی اشاره داشت.

«بحث دیگمون بحث کارگروهی چقدر صورت بگیره چقدر اعتقاد داریم کنار همدیگه باشیم، نه اینکه یکی بالاتر و نه یکی پائین تر، یکی بیشتر برجسته شود نه یکی بیشتر بمونه عقب تر چقدر به این اعتقاد داریم؟ چقدر تو فرهنگ ایران نهادینه شده حالا چه برسه به بیمارستون هامون اگر به اینجا این چالش خیلی چالش بزرگی وقتی تو عملکرد می رسیم واقعا مو سفید می کنیم سر این چیزها اگر به این اعتقادات برسیم اجرایی میشه» (مصاحبه‌ی شماره ۱۸).

مشارکت کننده در ادامه داشتن صداقت کامل کاری را باعث تمایل سایر همکاران به ایجاد کار تیمی می داند.

«اگر ثابت بکنیم که ما با صداقت کامل آمدیم به عنوان یک Patient safety officer یک کوردینیتور صادق می خواهیم واقعی اجراش کنیم کم کم اونهایی که منفی و بدبین هستند می آیند در بازی ما شرکت می کنند. خیلی مشتاق می شوند و باها تون همراه می شنند. مثلا من خودم یک بعنوان یک مترون بودم بیمارستان خصوصی البته و خیریه، یعنی می خواهم بگویم از لحاظ بودجه و امکانات در سطح خیلی پائینی بود ولی آنقدر اون بچه ها خوب کار کردن و این اشل ها رو خوب کار کردن که امتیاز ۸۵-۹۰ ایمنی رو آوردن خیلی خوب اومدن بالا و درجه یک شدن خوب این ها نشون میده کار تیمی خوب جواب داده فرهنگ سازی خوب انجام شده کار تیمی خوب انجام شده» (مصاحبه‌ی شماره ۱۸).

مشارکت کننده در ادامه به وفق پیدا کردن با تغییرات و به روز بودن را از جمله دلایل انجام کار تیمی دانست.

«خوب اون قسمت کار اگر بتوانیم خودمون رو آدم به روزی بکنیم با تغییر جلو بیائیم پیشرفت می کنیم استانداردها هم خوب پیاده میشه، خیلی راحت با هم کار گروهی می کنیم مثل ژاپنی ها اگر موفقن، مثل چینی ها اگر موفقن بخاطر کارگروهی که دارند با هم کار می کنند می توانیم این کارها رو بکنیم» (مصاحبه‌ی شماره ۱۸).

مشارکت کننده دیگری ایمنی بیمار در مرکز را یک کار تیمی

می دانست که همه‌ی پرسنل باید برای اجرای آن دخیل باشند. «دوم بحث پیگیری هست و کسی که متولی ایمنی بیمار هست باید پیگیری موضوع باشه و باید حواسش باشه چی بهش می دهند و واقعی استاندارد در مرکزش پیاده بشه و اگر کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار پیگیر باشه اجرا میشه اگر نباشه نه و بعد نتیجه‌ای که در میاره بگوید مشاوری تلفنی اینطوری هست آقای دکتر، رضایت شخصی دارند زیاد می دهند و این پشتش اقدامات مدیریتی لازم هست چون متاسفانه این ها فکر می کنند که ایمنی بیمار کار یک نفر هست. خیر کار یک مجموعه هست همه دخیل هستند از لندری تا بهداشت محیط و حرفه ای و پرستاری» (مصاحبه‌ی شماره ۱۵).

۸- عدم ویژگی های لازم ارزیابان ایمنی بیمار و سازمان های

ارزیاب کننده

یکی از مشارکت کنندگان با انتقاد نسبت به ارزیابی فرایندهای ممیزیهای ایمنی بیمار توسط وزارت بهداشت و نه ارگانهای مستقل از ذینفع بودن وزارت بهداشت در این باره سخن گفت.

«فرایندهای ارزیابی اعتباربخشی، ممیزیهای ایمنی بیمار، باید توسط سازمانهای داوطلبانه که ذی نفع نیستن اتفاق بیفته، ما آمدیم وزارت بهداشت را متولی این کار کردیم از طرفی خب اوکی وزارتخانه یک قدرتی هست که می تواند این کار را انجام بده، شاید اگر یک کسی غیر از وزارت بهداشت بود نمی توانست حریف این همه بیمارستان بشود اما از طرف دیگه آیا ما جرات می کنیم بیمارستانهایی که مستقیما تحت نظر دانشگاههای علوم پزشکی هستند بخواهیم درجه دو بدهیم؟ اینجا باز بحث همان تعارض منافع دارد پیش می آید و هیچ وقت یک بیمارستانهای دانشگاهی که یک خطای برجسته را که فلان هئیت علمی هست و همه دانشگاههای علوم پزشکی کلی روی آن حساب باز کردن که اگر بخواهید فلان پزشک را برید زیر سوال کل وزارت خانه رفته زیر سوال» (مصاحبه‌ی شماره ۳).

۸-۱- عدم همدلی ارزیابان در زمان ارزیابی

یکی از مشارکت کنندگان به لزوم همدل بودن ارزیاب در هنگام ارزیابی از طریق دادن آموزش و راهکار سخن گفت.

«باید زمان ارزیابی همدلی باشد و همزمان آموزش بدهد و همزمان راهکار بدهد و این اتفاق ها نمی افتد و این خطا هست مثلا می رود بیمارستان وابسته به دانشگاه و نگاه دیگه ای دارد» (مصاحبه‌ی شماره ۹).

۸-۲- رویکرد معیارانه بعضی از ارزیابان

مشارکت کننده از رویکرد معیارانه ارزیابان در هنگام بازدید سخن گفت.

«وقتی می آید داخل بیمارستان وابسته به یک نهاد بیشتر با رویکرد معیارانه برخورد می کند و این ها روی افرادی که دارند ارزیابی می شوند تاثیر می گذارد و برخوردها را می بیند که با رویکرد

مچ گیرانه آمده دیدگاه خوش بینانه‌ای به استاندارد پیدا نمی‌کنند و زیاد تمایلی نشان نمی‌دهند» (مصاحبه‌ی شماره ۹).

۳-۸- عدم دانش و مهارت کافی ارزیابان و تبعیض و اعمال

سلیقه در هنگام ارزیابی

مشارکت‌کننده در ادامه نداشتن دانش و مهارت بالای بعضی از ارزیاب‌ها سخن گفت.

«گاهی ارزیاب دانش و مهارت لازم را ندارد من نمی‌دانم انتخاب‌ها بر چه اساس هست باید بهره هوشی بالا داشته باشد» (مصاحبه‌ی شماره ۹).

۹- الویت نبودن ایمنی بیمار در تخصیص اعتبارات

یکی از مشارکت‌کنندگان مطرح نمود که در تخصیص اعتبارات باید ایمنی بیمار در اولویت قرار بگیرد.

«منابعی که مدنظر هست در اختیارشون قرار بگیره ایمنی در الویت باشه اگر از نظر منابع انسانی و مالی و اداری همه چی لازم هست باید یک کار سیستماتیک باید باشه و آنجوری نباشه که ایمنی الویتش نباشه و اینکه حمایت سازمان‌های بالادستی را می‌خواهد، حتماً یک مدیر تنها داخل مجموعه نمی‌توانه یک کار درست و کامل را انجام بدهد» (مصاحبه‌ی شماره ۶).

۱۰- نبود جایگاه کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار در

کمیته‌های مرکز

یکی از مشارکت‌کنندگان نداشتن جایگاه هماهنگ‌کننده کارشناس ایمنی بیمار در کمیته‌های مرکز را مطرح نمود.

«بنبید ما کارشناس ایمنی بیمارمون، کارشناس کنترل کیفیت مون به این نتیجه می‌رسند که باید این تجهیزات با این مشخصات خریداری شود ولی ایشون هیچ جایگاهی در کمیته خرید ندارد و هیچ جایگاهی در کمیته‌های ساخت و ساز ندارد و مدیر بیمارستان ساخت و ساز را بدون حضور این‌ها انجام می‌دهد، یعنی اینکه این‌ها نظر کارشناسی نمی‌دهند شما فکر می‌کنید درست هست و بعد که هتلینگ انجام می‌شه کارشناس ایمنی می‌گه که باید اینجا اینجوری ساخته می‌شده و این فرایند اینجوری هست. بین اورژانس و هتلینگ ارتباط برقرار می‌کنیم بعد متوجه میشم که هتلینگ ما استاندارد نیست» (مصاحبه‌ی شماره ۹).

۱۱- مقاومت کارکنان در برابر تغییر

یکی از مشارکت‌کنندگان مقاومت کارکنان نسبت به تغییر را مطرح نمود.

«چالش بعدی مقاومت کارکنان نسبت به تغییر هست، ببینید حالا بین همه این حلت وجود دارد که به یک رویکرد کار عادت می‌کنند و به هیچ عنوان حاضر نیستند تغییرش بدهند و پرسنل در یک چارچوب از پیش تعیین شده که داخل محیط کار مرسوم بوده عمل

می‌کنند و حاضر به تغییر نیستند بدون اینکه بفهمند این روی کارشون ممکن است مریض را در معرض خطر قرار بدهد. به عنوان مثل در بهداشت دست پرسنل کاملاً آشنایی دارند با اینکه این قضیه که چه خطرهایی برای بیمار دارد» (مصاحبه‌ی شماره ۱۰).

۱۲- اختلاف نظر در زمینه اجرای استانداردهای ایمنی بیمار

«الان که داریم کار می‌کنیم تو گروه ایمنی بچه‌های ایمنی اختلاف نظر خیلی زیاد است و یک چیزی باشه جامع است و یکسان و پیاده سازیش راحت تر باشه و مشکلاتی سر راهش نباشه نه به خاطر یک سری مشکلاتی که الزام بیمارستان‌ها هست هنوز داخلش اختلاف نظر هست و بچه‌ها برای خیلی مواردش مشکل دارند و سوال دارند که بچه‌ها این رو چکار کنیم» (مصاحبه‌ی شماره ۱۱).

۱۳- بالا بودن هزینه اجرای استانداردها

مشارکت‌کننده‌ی دیگری چشم‌پوشی از خرید تجهیزات را به علت کمبود منابع مالی مطرح کرد.

«کمبودهای مالی شدید است و پای ما می‌بندد و در آرسی‌ای وقتی به جایی می‌رسیم که بایلد یک بودجه‌ای برای خرید تجهیزات اختصاص بدیم به خاطر مشکلات مالی باید نادیده بگیریم و بگذاریم کنار.» (مصاحبه‌ی شماره ۱۰).

فرصت‌ها و تهدیدهای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار

بر اساس تحلیل موضوعی انجام شده ۱۰ موضوع اصلی و ۱ زیرموضوع در این قسمت به دست آمد.

مشارکت‌کنندگان تهدیدهای اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار را در زمینه‌های مختلف از جمله فساد در بازار ارز، وجود تحریم، تغییر الویت سیاست‌گذاران در خصوص ایمنی بیمار را مطرح نمودند.

تهدیدها:

۱- وجود تحریم

یکی از مشارکت‌کنندگان از تأثیر تحریم بر تهیه وسایل و تجهیزات سخن گفت.

«یادم هست یک زمانی کارتریج خریدیم که به خاطر تحریم‌ها دیگه در اختیار ما نبود چون آمریکایی بود، بنابراین تحریم‌ها هم اثرگذار بود و ما پولش را داشتیم پرداخت کنیم ولی الان نه پولش رو داریم و نه منابع در اختیار ما هست که خریداری بکنیم، حتی اگر پولش را در اختیار داشته باشیم» (مصاحبه‌ی شماره ۱۸).

مشارکت‌کننده‌ی دیگری تحریم‌ها را اثرگذار بر تهیه ابزار و تجهیزات می‌داند.

«یک قسمت بر می‌گردد به ابزار و تجهیزات و وسایل و داروهایی که نیاز داریم که داخل تحریم‌ها و کمبودها و بی‌کیفیت بودن بعضی از اقلام و تجهیزات هست» (مصاحبه‌ی شماره ۲).

یکی از مشارکت‌کنندگان از تأثیر تحریم‌ها در تهیه دارو تجهیزات

فرصت‌ها:

۱- حساس شدن رسانه‌ها و مردم نسبت به ایمنی و خطا

یکی از مشارکت‌کنندگان آگاه شدن مردم و رسانه‌ها نسبت به خطا را مطرح نمود.

«اگر فرصت‌هایی که در این حوزه وجود دارد این هست که مردم هم به نسبت قبل آگاه‌تر شدند و رسانه‌ها حساسیت بیشتری را روی مباحث درمانی پیدا کردند و خطاها به صورت جدی‌تری مورد بررسی قرار می‌گیرد» (مصاحبه‌ی شماره ۲).

مشارکت‌کننده در ادامه به پیگیری خواسته و مطالبات مردم اشاره نمود.

«فرصتش برای بیماران این هست که آنها می‌توانند از این فضا استفاده بکنند و خواسته‌ها و مطالبات‌شان را پیگیری بکنند» (مصاحبه‌ی شماره ۲).

۲- حضور کارشناس ایمنی بیمار در بیمارستان و انجام

اعتباربخشی‌های کشوری

مشارکت‌کننده وجود اعتباربخشی در مراکز را یک فرصت خوب برای اجرای استانداردها مطرح کردند.

«بینید همین که آمدند اعتباربخشی را گذاشتند از ادارات مافوق از ما خواستن که الزاما این استانداردها باید اجرایی شود چون قبلا هر بیمارستانی دوست داشت به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی کار کند بایستی خودش اعلام آمادگی کند، بعد بیان ارزایی کند و بهش امتیاز بدهند و هم اینکه مثلا اهمیتش اینقدر زیاد بود که از طریق اعتباربخشی و حاکمیت بالینی یک جاهایی ملزم کردند که مراکز درمانی این کار را انجام بدهند و براشون ناظر فرستند و خودشون کمک کردند و این خودشون در اجرایی کردن استنداردها خیلی توانست نقش داشته باشه و مفید بود» (مصاحبه‌ی شماره ۶).

۳- ایجاد امنیت خاطر در دریافت خلعت و استفاده از عدم

انطباق‌ها جهت ارتقاء استانداردها

مشارکت‌کننده‌ی دیگری استفاده از عدم انطباق‌ها را جهت ارتقای استانداردهای با استفاده از کلاس‌های آموزشی مطرح کرد.

«فرصتی که دارد اینه که از اون عدم انطباق‌هایی که در میاریم می‌توانیم برای ارتقا سیستم استفاده کنیم و کلاس‌های آموزشی که می‌گذاریم را می‌توانیم به یک فرصت تبدیل کنیم مثلاً فیلترهایی که دارند اگر درست گزارش شوند می‌توانند به یک فرصت تبدیل شوند و من بر اساس آن کلاس بگذارم و ارتقا بدهم» (مصاحبه‌ی شماره ۱۵).

۴- ایجاد سیستم نظارت و بازخورد

یکی از مشارکت‌کنندگان به سیستم نظارت و پایش اشاره داشت.

«به بیمار بها داده شده در بالین و سیستم نظارت بهتر شده

و اثرگذاری آن بر ایمنی بیمار سخن گفت.

«تهدیدها را ببینید در حال حاضر مملکت شرایط تحریم هست ما داخل تجهیزات مشکل داریم خیلی از چیزهایی که در راستای ایمنی می‌خواهیم مثل تکنولوژی نمیدونم ادوات و تجهیزات را خیلی نمی‌توانیم ازش استفاده کنیم خب این یک تهدید هست که وجود دارد» (مصاحبه‌ی شماره ۸).

مشارکت‌کننده در ادامه به محروم بودن نیازهای ضروری به واسطه‌ی تحریم‌ها سخن گفت.

«این اتفاق‌هایی که خارج از ایران می‌افته نه دست من هست و نه شما و به تبع آن خیلی از چیزهایی که ما باید برای بیماران داشته باشیم داخل ایران متأسفانه محروم می‌شیم و هزینه‌هاش خیلی می‌رود بالا» (مصاحبه‌ی شماره ۴).

مشارکت‌کننده‌ی دیگری وجود تحریم را بر وضعیت بد اقتصادی و به تبع اون وضعیت اقتصادی بیمارستان تأثیرگذار می‌داند.

«وضعیت اقتصادی مملکت قطعاً روی همه چی تأثیر گذاشته و تهیه منابع و دارو و تجهیزات CSR و همه چی از وضعیت اقتصادی تأثیر پذیر بوده و تحریم این تهدید هست» (مصاحبه‌ی شماره ۶).

۲- تغییر الویت سیاست‌گذاران در خصوص ایمنی بیمار

یکی از مشارکت‌مطرح از لزوم اولویت سیاست‌گذاران وزات‌خانه به ایمنی بیمار سخن گفت.

«من فکر می‌کنم گام اول، گام وزارت خانه هست و کسانی که جلودار هستند و سیاست‌گذار اصلی هستند که باید الویت بدهند به ایمنی بیمار. چون وقتی من در معاونت درمان هستم می‌بینم سیاست‌های پرستاری و معاونت در متن به طور کلی حول محور دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌ها هست که با درصدی خلایق ممکن است من در دانشگاه خودم کاری انجام بدهم ولی معمولاً تا می‌خواهید استارت کار رو بزنید بر می‌گردید ببیند آقای دکتر گل پیرا در این زمینه چی گفته یا خانم دکتر مصطفویان. آخرین دستورالعملشون چی هست آخرین نامه‌شون چی هست» (مصاحبه‌ی شماره ۱۸).

مشارکت‌کننده‌ی دیگری نبود اولویت بیمار در سطوح سازمانی در بیمارستان را مطرح کرد.

«ببینید نقاط ضعفی که وجود دارد از دورن سازمان‌ها است که هیچ وقت نمی‌گویم گاهی اوقات ایمنی اولویت سازمان نیست» (مصاحبه‌ی شماره ۸).

«داخل زمینه شکایت هم من وقت به بچه‌ها درس میدهم می‌گویم الویت بر شکایت ایمنی هست یعنی آنجایی که مریض ناراحت میشه ولی ایمنیش به خطر می‌افته ایمنی الویت هست. ضعف ما در حوزه ایمنی الویت هست اینکه ما هنوز هم خیلی وقت‌ها ایمنی را در الویت نمی‌گذاریم» (مصاحبه‌ی شماره ۸).

۷- ایجاد پیش زمینه در خصوص توجه به استانداردهای

ایمنی بیمار

مشارکت کننده ایجاد پیش زمینه و آمادگی در پرسنل را مطرح نمود. «واقعاً یک کم پیش زمینه در پرسنل ایجاد کرده و ایمنی بیمار چقدر مهم است و عدم توجه به آن می تواند چه مشکلاتی را به دنبال داشته باشد» (مصاحبه‌ی شماره ۱۱).

مشارکت کننده‌ی دیگر انجام پایان نامه‌های مختلف در دانشکده‌های مختلف در موضوعات ایمنی بیمار را یک فرصت تلقی نمود. «ما دانشکده‌هایی داریم که آموزش را انجام می دهند دانشکده‌های پزشکی، پرستاری و مدیریت و کارهایی که انجام می شود مثلاً یک پایان نامه‌ای تهیه می شود و طرح‌هایی که انجام میشه این ها فرصت‌هایی هست که می تواند در آینده مفید باشد» (مصاحبه‌ی شماره ۱۳).

بحث

نقاط نقاط قوت و ضعف اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار

نقاط قوت اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار در ابعاد مختلف از جمله حضور نیروهای خلاق، جوان و توانمند در دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و بیمارستان، پررنگ شدن ایمنی بیمار در ۱۰ سال گذشته در بیمارستان‌های ایران، الزام بیمارستان‌ها در حرکت به سوی ایمنی بیمار و گزارش دهی خطا بود که مشارکت کنندگان به آنها اشاره داشتند. یافته‌های پژوهش در مورد نقاط ضعف اجرای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار نشان داد که اجرای استانداردها در ابعاد مختلفی ضعف دارد. نقاط ضعف مطرح شده در زمینه‌هایی چون دخیل نداشتن در تصمیم‌گیری‌های کلان کشور، نبود الزامات حقوقی و قانونی در گزارش دهی خطا، عدم آگاهی مردم از حق و حقوقشان، آزاد نبودن بیمارستان‌ها در اجرای استانداردهای ایمنی بیمار، نبود متولی مشخص برای ایمنی بیمار در وزارت خانه و دانشگاه و بیمارستان، هماهنگی و ارتباطات ضعیف درون و برون سازمانی، پررنگ بودن مستندسازی، ضعف در کار تیمی، الویت نبودن ایمنی بیمار در تخصیص اعتبارات، نبود جایگاه مشخص کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در کمیته‌های مرکز، مقاومت کارکنان در برابر تغییر، اختلاف نظر در زمینه اجرای استانداردهای ایمنی بیمار، بالا بودن هزینه‌ی اجرای استانداردها مطرح بود.

نداشتن قدرت تصمیم‌گیری در تصمیم‌های کلان کشور به عنوان نقطه ضعف در اجرای این استانداردها شناخته شد. یکی از مشارکت کنندگان بی‌توجهی به قانونی کردن گزارش خطا در مراکز را یکی از نقاط ضعف اجرای این استانداردها بیان کرد. عدم آگاهی مردم از حقوق سلامتی‌شان یکی دیگر از نقاط ضعفی بود که مشارکت کنندگان به آن اشاره داشتند. یکی دیگر از مشارکت کنندگان

برای ایمنی و در مکانی که نقطه قوت هست و می تواند فرصت ایجاد کند برای اقدامات درمانی بهتر و اینکه بدانند که یک پایشی هست و یک جایی که مریض آسیب می بیند حتماً یک نفر پیگیر دنبالش هست باز برای پیشگیری بهتر انجام میشه» (مصاحبه‌ی شماره ۶).

۵- شروع به فرهنگ سازی ایمنی بیمار

یکی از مشارکت کنندگان بهتر شدن فرهنگ گزارش دهی خطا نسبت به سالهای قبل را مطرح نمود. «اولین نکته فرهنگ سازی هست و از اولین سال‌هایی که شروع شده بود خوب خیلی سخت پیش می رفت ولی الان که فرهنگ سازی یک کم بهتر شده پرسنل از گزارش خطا نمی ترسند از برگزاری دوره RCA نمی ترسن و این خودش نقطه ضعفی هست و فرهنگ سازی باید به شکل بهتری انجام بگیرد و هنوز جای بهتر شدن دارد» (مصاحبه‌ی شماره ۶).

یکی از مشارکت کنندگان از آشنایی نسبی پرسنل با بحث ایمنی بیمار و مهجور نبودن آن را مطرح نمود. «اینکه مبحث به نسبت قبل خیلی بیشتر مورد توجه هست و به هر حال ایمنی بیمار الان شاید سابقه نزدیک به دو دهه دارد در بیمارستان‌ها و به اون محجوریت قبل نیست که باهاش آشنا نباشد و از این جهت که پرسنل اطلاعات نسبی در این خصوص دارند» (مصاحبه‌ی شماره ۲).

۶- همراهی مسئول فنی بیمارستان در ایمنی بیمار

یکی از مشارکت کنندگان همراهی مسئول فنی بیمارستان در ایمنی بیمار را یک فرصت مطرح نمود. «مورد دیگه‌ای که هست اینکه که مسئول فنی بیمارستان را درگیر کردن در ایمنی و اینکه مسئول مستقیم ما شده بالاترین مقام در بیمارستان این یک فرصت هست که ما بتوانیم ارتقا بدهیم ایمنی را، چون که اون دستش باز هست هم از نظر مالی و هم از نظر اینکه بخواهیم مشکلات را بگوئیم و تجهیزات جدید و به روزی که می آید ازشون استفاده کنم» (مصاحبه‌ی شماره ۱۱).

۶-۱- درگیر شدن سوپروایزر آموزشی

مشارکت کننده‌ی دیگری همراهی سوپروایزر آموزشی را در اجرا و پیاده سازی استانداردها حائز اهمیت دانست. «سوپر آموزشی مون دارند با بقیه واحدها میچ میشن و میسنجن نیازهامون را و نیازهایی که در پیاده سازی استانداردهای ایمنی دارد انجام میشه توسط سوپروایزر آموزشی مون واقعا حائز اهمیت هست و این یک فرصت هست برای بیمارستان‌ها اگه از نظر آموزشی بچه‌های کادر آموزی هم ورود کردن و دارند بچه‌ها را آموزش می دهند» (مصاحبه‌ی شماره ۱۱).

بیمارستان داشتند. پرستارانی که کار گروهی بیشتری را در درون واحدها درک کرده‌اند و بازخورد و ارتباطات بیشتری راجع به خطاها انجام داده‌اند، تعداد دفعات بیشتری از وقایع گزارش شده دارند که با مطالعه‌ی حاضر همسو بود (۲۰).

Gomides و همکاران نشان دادند، درصد کلی ICU برای فرهنگ ایمنی بیمار کمتر از ۷۵ درصد بود، که نگرش تیمی ضعیف ایمنی بیمار را نشان می‌دهد و علاوه بر آن، بر اساس نتایج حوزه‌های مدیریت، شرایط کاری و عدم موفقیت در ارتباطات درک کم از نگرش به ایمنی بیمار را نشان داد که بخشی از این یافته‌ها با مطالعه‌ی حاضر همسو می‌باشد (۲۱).

Vaismoradi و همکاران وی در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که بهبود مشارکت بیمار در ایمنی بیمار مستلزم در نظر گرفتن بیمار به عنوان یک فرد، پرستار به عنوان ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی، وظیفه مشارکت و محیط بالینی است. دانش، شرایط سلامت، باورها و تجربیات بیماران بر تصمیمات آنها برای مشارکت در ابتکارات ایمنی بیمار تأثیر می‌گذارد. یکی از مؤلفه‌های مهم مدیریت شرایط طولانی‌مدت این است که اطمینان حاصل شود که بیماران دانش کافی برای مشارکت دارند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ممکن است به توسعه‌ی حرفه‌ای بیشتر در آموزش به بیمار و مدیریت مراقبت از بیمار نیاز داشته باشند تا مشارکت بیمار در ایمنی بیمار را ارتقا دهند، و اطمینان حاصل کنند که بیماران می‌دانند که «مجاز» هستند که پرستاران را از حوادث یا خطاها آگاه کنند. یک سیستم مراقبت بهداشتی که با بیمار محوری و قدردانی متقابل مشخص می‌شود، از مشارکت بیمار در اقدامات ایمنی حمایت می‌کند. تحقیقات بیشتر برای بهبود دانش بین‌المللی از مشارکت بیمار در ایمنی بیمار در رشته‌ها، زمینه‌ها و فرهنگ‌های مختلف مورد نیاز است که بخشی از یافته‌های این مطالعه با مطالعه‌ی حاضر همسو می‌باشد (۲۲).

همچنین رحیمی و همکاران (۲۳) و قرایی و همکاران (۲۴) به این نتیجه رسیدند که متولیان سلامت و مدیران بیمارستان‌ها باید از طریق روش‌هایی مانند آموزش کارکنان بیمارستان و همچنین، تشویق گزارش حوادث ناخواسته، زمینه را برای ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار و کاهش حوادث ناخواسته فراهم کنند که با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر همسو بود. همچنین تقوی لاریجانی و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که سطح کلی فرهنگ ایمنی بیمار جایگاه مشخص و مطلوبی در نظام سلامت ندارد؛ بنابراین توجه بیشتر و برنامه‌ریزی دقیق‌تر سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت جهت رفع موانع توسعه‌ی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها ضروری به نظر می‌رسد که با یافته‌های این بخش از مطالعه همسو می‌باشد (۲۵).

نیک‌نژاد و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که میانگین

بحث دست و پا بسته بودن بیمارستان‌ها برای اجرای زودتر استانداردها را مطرح نمود. مشارکت‌کننده‌ی دیگری نبود یک متولی مشخص در وزارتخانه برای اجرای این استانداردها و نبود یک متولی پر قدرت برای اجرای این استانداردها در بیمارستان را مطرح کرد. همسو نبودن ادارات و حوزه‌های مرتبط با اجرای استانداردهای ایمنی و عدم هماهنگی بین دانشگاه و وزارتخانه در اجرای این استانداردها از نقاط ضعف دیگر اجرای این استانداردها بود. موضوع پررنگ شدن کاغذ بازی در اجرای این استانداردها و مستندسازی را یک بار اضافه و زمان‌گیر برای اجرای استانداردهای ایمنی بیمار می‌باشد که باعث عدم همکاری پرسنل می‌شود. نبود کار تیمی در بیمارستان جهت اجرا و پاسخگو بودن و نبود نظارت و گزارش خواستن و همکاری سایر بخش‌ها در اجرای ضعیف استانداردها از جمله موارد مطرح شده دیگر بود. نبود کارگروهی در زمینه‌ی اجرای استانداردها و نداشتن فرهنگ کار تیمی از جمله موضوعات مطرح شده دیگر و همچنین وفق پیدا کردن با تغییرات و به روز بودن را از جمله دلایل انجام کار تیمی عنوان شد.

مشارکت‌کننده دیگری ایمنی بیمار در مرکز را یک کار تیمی می‌داند که همه‌ی پرسنل باید برای اجرای آن دخیل باشند. یکی از مشارکت‌کنندگان با انتقاد نسبت به ارزیابی فرایندهای ممیزیهای ایمنی بیمار توسط وزارت بهداشت و نه ارگان‌های مستقل از ذینفع بودن وزارت بهداشت در این باره سخن گفت. مشارکت‌کننده بر لزوم ارزیابی استانداردها به سازمان‌های مستقل را مطرح کرد. رویکرد مچ‌گیرانه بعضی از ارزیابان و نداشتن مهارت و دانش بالای بعضی از ارزیابان از نقاط ضعف دیگر مطرح شده بود. اولویت نبودن استانداردهای ایمنی بیمار در تخصیص اعتبارات از نقاط ضعف دیگر برنامه بود. نداشتن جایگاه هماهنگ‌کننده کارشناس ایمنی بیمار در کمیته‌های مرکز و مقاومت کارکنان در برابر تغییر را از نقاط ضعف اجرای استانداردها عنوان شد. سخت بودن تامین اعتبار برای اجرای استانداردهای هزینه بر و اختلاف نظر در پیاده‌سازی بعضی از استانداردها از دیگر نقاط ضعف موجود بود.

Wundavalli و همکاران به این نتیجه رسیدند که نیاز به ایجاد کار تیمی، بهبود اعتماد و برقراری ارتباط بین بخشهای مختلف، سرمایه‌گذاری بیشتر در آموزش و ارائه‌ی پشتیبانی نظارتی به همراه پیشرفت ساختاری و فرایندی در موضوعاتی از جمله تهیه‌ی دارو برای افزایش سطح ایمنی بیماران نیاز می‌باشد (۱۹) که نتایج این مطالعه با مطالعه‌ی حاضر همسو می‌باشد.

Ammouri و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که پرستارانی که انتظارات سرپرست یا مدیر را بیشتر درک می‌کردند، بازخورد و ارتباطات بیشتری در مورد خطاها و کار تیمی در واحدهای

نگرش ایمنی بیمار در میان همه کارکنان اتاق عمل ایده آل به نظر نمی‌رسد. اهتمام مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها در انجام برنامه‌های مداخلاتی مؤثر در جهت ارتقای فرهنگ و نگرش ایمنی بیمار در میان کارکنان اتاق عمل ضروری می‌باشد که یافته‌های این مطالعه با مطالعه حاضر همسو بود (۱۸).

نجف‌پور و همکاران هم در مطالعه‌ای بیان کردند که آموزش و مشارکت بیمار نیاز به توجه ویژه ای داشتند. ارتقاء آموزش، ایجاد فرصت مشارکت در درمان برای بیماران و تعهد مدیران ارشد، تغییر نگرش کارکنان و بهبود ایمنی را در بردارد. پیشنهاد می‌شود در راستای پیاده‌سازی استانداردهای ایمنی بیمار، شاخص‌های معتبر برای ارزیابی وضعیت و شناسایی نواقص ایمنی بیمار در بیمارستان تدوین گردد تا در نهایت بتوان با هدف‌گذاری جامع به رفع موانع ایمنی بیمار پرداخت. همچنین حمایت مدیران ارشد و مشارکت پرسنل در ارتقا استانداردهای ایمنی می‌تولند مؤثر باشد. توجه به ایمنی بیمار در برنامه‌های مدیریتی سازمان و نگاه متوازن به ابعاد مختلف رویکرد ایمنی بیمار حیاتی می‌باشد که بخشی از یافته‌های با یافته‌های این بخش از مطالعه همسو می‌باشد (۲۶، ۲۷).

در اولویت نبودن کشور ما در تسهیلات و حمایت‌های بین‌المللی، در اختیار قرار دادن ابزارهای استاندارد ایمنی بیمار، تبادل اطلاعات و انجام کارهای مشترک با کشورهای پیشرو، اخذ کمک‌های مالی از سازمان‌های بین‌الملل، کمک در رفع تحریم‌های بین‌المللی از جمله موارد مطرح شده در این زمینه بود. در اولویت نبودن کشور ایران در تسهیلات و حمایت‌های بین‌المللی به دلیل عقب بودن کشورهای دیگر در حوزه ایمنی بیمار که کشور ما در اولویت سازمان‌های بین‌المللی برای کمک نیست. کمک‌هایی در دوران کووید-۱۹ از طرف سازمان‌های بین‌المللی به ایران شد ولی در حوزه استانداردهای ایمنی بیمار همچنان ایران اولویت نیست.

اگر سازمان جهانی بهداشت بتواند ابزارهای استاندارد در اختیار بیمارستان‌ها قرار دهد، اجرای استانداردهای ایمنی بیمار بهتر صورت می‌پذیرد. تبادل اطلاعات با سازمان‌های پیشرو در حوزه ایمنی بیمار و انجام بازدیدهای مشترک و داشتن پروژه‌های مشترک با کشورهای موفق و نمونه و انجام کارهای مشترک با کشورهای پیشرفته باعث ارتقا استانداردهای ایمنی بیمار می‌شود. همچنین دیپلماسی فعال منطقه‌ای و بین‌المللی مؤثر بر جذب کمک‌های مالی از سازمان‌های بین‌المللی می‌شود. همچنین کمک‌های سازمان‌های بین‌المللی مثل سازمان جهانی بهداشت در واکسیناسیون کرونا و دادن تجهیزات به بیمارستان‌ها در شرایط تحریم ایران مؤثر بود.

فرازی در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسید که وزارت امور خارجه ایران با بهره‌گیری از ظرفیت دیپلماسی دوجانبه و

چندجانبه در بستر همکاری با سازمان‌های بین‌المللی تأمین امنیت انسانی کشور را از طریق مدیریت روابط دوجانبه در مرحله‌ی شیوع ویروس کرونا در چین و تسهیل روابط اقتصادی با هدف تأمین نیازمندی‌های اساسی پزشکی - کالایی کشور، نقش مؤثری در مدیریت و مقابله با شیوع کرونا در ایران ایفا کرده است که با این بخش از مطالعه‌ی حاضر همسو می‌باشد (۲۸).

فرصت‌ها و تهدیدهای استانداردهای الزامی ایمنی بیمار

مشارکت‌کنندگان اظهارات خود را در خصوص تهدیداتی که در زمینه اجرای استانداردهای ایمنی بیمار وجود داشته است مطرح نمودند که در زمینه‌های مختلفی از جمله فساد در بازار ارز، وجود تحریم‌ها و تغییر الویت سیاست‌گذاران در خصوص ایمنی بیمار از جمله موارد تهدیدآمیز در خصوص اجرای این استانداردها سیستم سلامت بود.

فرصت‌های پیش آمده برای سیستم سلامت در زمینه اجرای استانداردهای ایمنی بیمار توسط مشارکت‌کنندگان مطرح گشت که شامل حساس شدن رسانه‌ها و مردم نسبت به ایمنی و خطا، حضور کارشناس ایمنی بیمار در بیمارستان و انجام اعتباربخشی‌های کشوری، ایجاد امنیت خاطر در دریافت خدمت و استفاده از عدم انطباق‌ها جهت ارتقا استانداردها، ایجاد سیستم نظارت و بازخورد، شروع به فرهنگ‌سازی ایمنی بیمار، همراهی مسئول فنی بیمارستان در ایمنی بیمار و ایجاد پیش‌زمینه در خصوص توجه به استانداردهای ایمنی بیمار بود.

Ammouri و همکاران وی در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که یادگیری و بهبود مستمر، حمایت از مدیریت بیمارستان، انتظارات سرپرست/مدیر، بازخورد و ارتباطات در مورد خطا، کار تیمی، مهمترین عوامل فرهنگ ایمنی بیمار بودند. سرمایه‌گذاری در رویه‌ها و سیستم‌هایی که بر بهبود این جنبه‌ها متمرکز هستند، احتمالاً باعث تقویت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های عمان می‌شود که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو می‌باشد (۲۰).

در مطالعه‌ی Babamohamadi و همکاران به این نتیجه رسیدند که برای دستیابی به سطح مطلوبی از کلیه ابعاد پروتکل، باید اهداف در سطح برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان‌ها در نظر گرفته شود. اجرای مؤثر ایمنی بیمار با خلاقیت ممکن است به زیرساخت‌های قانونی و اجرای استانداردها توسط مدیریت بیمارستان، مسئولیت سازمانی در انتظار بیماران و فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌ها بستگی داشته باشد (۲۹).

صابر و همکاران بیان کردند که توجه به فرهنگ ایمنی بیمار از سوی ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، به ویژه مدیران الزامی است اما در حد کافی نمی‌باشد، لذا پیشنهاد می‌گردد با استقرار سیستم

ارائه‌ی خدمات، آموزش کارکنان و بیماران و رفع موانع قانونی و مالی شاهد افزایش میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار باشیم.

پیشنهاد می‌شود مسئول هماهنگی ایمنی بیمار بیمارستان‌ها با استفاده نتایج این ارزیابی، در جهت اجرایی نمودن فرصت‌های بهبود و رفع نقاط ضعف مطرح شده پیگیری لازم را بعمل آورد تا امکان ممیزی رسمی این بیمارستان‌ها جهت دستیابی به سطح اول استانداردهای ایمنی بیمار، هرچه زودتر فراهم گردد. نظارت بر اجرای صحیح استانداردها و همچنین ارزیابی بیمارستان‌ها توسط وزارت بهداشت یا نمایندگانی متشکل از چندین سازمان و وزارت زیر نظر دولت انجام شود.

پیشنهادات کاربردی برای مدیران و سیاستگذاران به شرح ذیل می‌باشد: به نقش فعال مدیران ارشد در اجرای استانداردها اهمیت داده شود و برای همکاری بیشتر کارکنان کمبود نیرو در سازمان برطرف شود و با استفاده از سیاست‌های مشوقی مثل افزایش کارانه باعث ترغیب بیشتر آن‌ها برای همکاری در اجرای استانداردها شد، همچنین از فناوری‌ها و زیرساخت‌های نرم‌افزاری و ارتباطی به روز و نوین در جهت ارتقای کیفیت خدمات و اجرای استانداردها ارائه شده استفاده شود. برای برقراری استانداردهای بین‌المللی ایمنی بیمار، مراکز با انگیزاننده‌های قوی‌تری برای همکاری‌های بین‌المللی هدایت و ترغیب شوند و در ارزیابی حرفه‌ها و فرایندهای تخصصی، خصوصاً موارد مرتبط با بالین، از اعضای بُردهای تخصصی بالینی، اساتید نامدار با درجه‌ها و رتبه‌های علمی بالا استفاده شود. در نهایت به منظور ایجاد زبان مشترک در بین ارزیابان، دوره‌های آموزشی کاربردی برای حذف اعمال سلیقه‌ی ارزیابان برگزار گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از حمایت‌های مالی دانشگاه علوم پزشکی کرمان تشکر و قدردانی می‌گردد.

تشویقی و برگزاری برنامه‌های آموزشی جامع در مورد فرهنگ ایمنی بیمار برای کارکنان، کیفیت ارائه خدمات افزایش یابد (۳۰) که بخشی از این یافته‌ها با مطالعه‌ی حاضر همسو می‌باشد.

همچنین عبدالهی و عبدالحسن شیرازی هم در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که تحریم‌های اقتصادی همیشه با آثار زیانباری همراه بوده است که بدون هرگونه تفکیک یا تمایزی، به نیروهای نظامی و غیرنظامی به خصوص به گروه‌های آسیب‌پذیر کشورها، صدمه وارد می‌آورد و در کل تأثیر منفی بر بهداشت و سطح رفاه شهروندان و ناتوان ساختن دولت در تأمین حق بر سلامت، مهم‌ترین آثار منفی تحریم‌ها بر هدیریت بحران حوادث غیرمترقبه است که با نتایج این قسمت از مطالعه همسو می‌باشد (۳۱).

نتیجه‌گیری

لازم است ارزیابان ایمنی بیمار و سازمان‌های ارزیاب‌کننده‌ی آموزش‌های لازم توجیهی را ببینند، در جهت تقویت استقرار ایمنی بیمار کار تیمی تقویت شود، در امر ارزیابی استقرار استانداردها توجه بیشتر بر خروجی کار و مصاحبه‌ها انجام و از مستندسازی‌های بیهوده جلوگیری شود و گزارش‌دهی خطا تا جای ممکن برای پرسنل قانونی شود. توجه به نقاط قوت مطرح شده از جمله استفاده از نیروهای جوان و خبره در دفاتر بهبود کیفیت بیمارستان‌ها، الزام بیمارستان‌ها به حرکت به سوی ایمنی بیمار و فرصت در بازنگری سالانه‌ی استانداردها و همچنین روش‌های اجرای فرایند ارزیابی با جلوگیری از هدر رفت منابع و بهبود وجهه‌ی کل این فرایند از طریق ارتقای رضایت کلیه‌ی ذی‌نفعان از قبیل کلیه‌ی سازمان‌های مرتبط و همچنین با ایجاد محیط امن موجبات رضایت بیماران و کارکنان را فراهم نمود. نیل به این هدف نیازمند تعهد مدیران ارشد، تغییر نگرش مدیران و کارکنان نسبت به مقوله ایمنی بیمار می‌باشد. امید می‌رود با نهادینه شدن فرهنگ ایمنی بیمار، محوری قرار دادن بیماران در شیوه‌ی

References

1. Vogus TJ, Gallan A, Rathert C, El-Manstrly D, Strong A. Whose experience is it anyway? Toward a constructive engagement of tensions in patient-centered health care. *Journal of Service Management* 2020; 31(5): 979-1013.
2. Fulop NJ, Ramsay A, Hunter RM, McKevitt C, Perry C, Turner SJ, et al. Evaluation of reconfigurations of acute stroke services in different regions of England and lessons for implementation: a mixed-methods study. *Southampton (UK): NIHR Journals Library*; 2019.
3. Bogaert PV, Heusden DV, Slootmans S, Roosen I, Aken PV, Hans GH, Franck E. Staff empowerment and engagement in a magnet® recognized and joint commission international accredited academic centre in Belgium: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res* 2018; 18(1): 756.
4. Tabrizi JS, As'habi A, Nazari M, Tavani ME, Haghi M, Gharibi F. Impacts of accreditation on the performance of primary health care centres: a systematic review. *Malays Fam Physician* 2023; 18: 63.
5. Price WN, Cohen IG. Privacy in the age of medical big data. *Nat Med* 2019; 25(1): 37-43.
6. Xia Y, Sun M, Huang H, Jin WL. Drug repurposing for cancer therapy. *Signal Transduct Target Ther* 2024; 9(1): 92.

7. Ravaghi H, Sajadi HS. Research Priorities for Patient Safety in Iran [in Persian]. *Hakim Health Systems Research Journal*. 2014; 16(4): 358-66.
8. David G, Gunnarsson CL, Waters HC, Horblyuk R, Kaplan HS. Economic measurement of medical errors using a hospital claims database. *Value Health* 2013; 16(2): 305-10.
9. Haque M, McKimm J, Sartelli M, Dhingra S, Labricciosa FM, Islam S, et al. Strategies to prevent healthcare-associated infections: a narrative overview. *Risk Manag Healthc Policy* 2020; 13: 1765-80.
10. World Health Organization. Patient safety assessment manual. 3rd ed. World Health Organization; 2016.
11. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *Int J Qual Health Care* 2018; 30(9): 660-77.
12. Mohammad Nahal L, Mirzaei A, Khezeli MJ. Evaluation of COVID-19 patient safety compared to non-COVID-19 patients and predisposing factors of nursing errors. *Aquichan* 2022; 22(3): 1-20.
13. Fathi A, Hajizadeh M, Moradi K, Zandian H, Dezhkameh M, Kazemzadeh S, et al. Medication errors among nurses in teaching hospitals in the west of Iran: what we need to know about prevalence, types, and barriers to reporting. *Epidemiol Health* 2017; 39: e2017022.
14. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, Sexton JB, Ioannidis JP. Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2019; 171(8): 555-67.
15. Prapanjaroensin A, Patrician PA, Vance DE. Conservation of resources theory in nurse burnout and patient safety. *J Adv Nurs* 2017; 73(11): 2558-65.
16. Etemadifar S, Sedighi Z, Sedehi M, Masoudi R. The effect of situation, background, assessment, recommendation-based safety program on patient safety culture in intensive care unit nurses. *J Educ Health Promot* 2021; 10: 422.
17. Faryabi R, Shahbazi H, Alizadehsiuki H, Rahimi T. The Investigation of the patient safety culture status in Hospitals of Jiroft City in 2014 [in Persian]. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci* 2015; 2(4): 23-30.
18. Niknejad R, Akbari M, Bagheri M, Hashemi M, Ghaedi Heidari F, Aarabi A. Attitudes of healthcare professionals toward patient safety in the operating room [in Persian]. *Iran Journal of Nursing* 2019; 32(117): 80-90.
19. Wundavalli L, Bulkapuram S, Bhaskar N, Satyanarayana N. Patient safety at a public hospital in southern India: A hospital administration perspective using a mixed methods approach. *Natl Med J India* 2018; 31(1): 39-43.
20. Ammouri A, Tailakh A, Muliira J, Geethakrishnan R, Al Kindi S. Patient safety culture among nurses. *Int Nurs Rev* 2015; 62(1): 102-10.
21. Gomides MDA, de Souza Fontes AM, Silveira AOSM, Sadoyama G. Patient safety culture in the intensive care unit: cross-study. *J Infect Dev Ctries* 2019; 13(06): 496-503.
22. Vaismoradi M, Jordan S, Kangasniemi M. Patient participation in patient safety and nursing input-a systematic review. *J Clin Nurs* 2015; 24(5-6): 627-39.
23. Rahimi E, Alizadeh S, Safaeian A, Abbasgholizadeh N. An investigation of patient safety culture: the beginning for quality and safety improvement plans in patient care services [in Persian]. *Journal of Health* 2020; 11(2): 235-47.
24. Gharaee H, Jahanian R, Hosseini Karim M, Kakemam E, Bande Elahi K, Tapak L, et al. Relationship between patient safety culture and adverse events in hospital: a case study [in Persian]. *Journal of Health Administration* 2020; 23(1): 13-26.
25. Taghavi Larijani T, Ghane G. Actual Position of Patient Safety Culture in the Health System: A Review Study [in Persian]. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty* 2018; 4(2): 1-16.
26. Najafpour J, Boroomandfar S, Zahiri M. Assessment of the patient safety indicators in the general hospitals of ahvaz university of medical sciences based on who protocol named "assessment of patient safety in hospitals" [in Persian]. *Journal Of Healthcare Management* 2014; 5(1): 47.
27. Najafpour Z, Mahmoodi M, Pourreza A. Analysis of patient safety indicators in hospitals affiliated with Tehran University Of Medical Sciences: recommendations for improving patient safety [in Persian]. *Hospital* 2015; 13(4): 53-61.
28. Farazi M. Functions of bilateral and multilateral diplomacy in dealing with the spread and management of the corona virus; Study of the role and performance of the Ministry of Foreign Affairs of the Islamic Republic of Iran [in Persian]. *International Organization* 2020; 11(4): 192-223.
29. Babamohamadi H, Nemati RK, Nobahar M, Keighobady S, Ghazavi S, Izadi-Sabet F, et al. Evaluation of patient safety indicators in semnan city hospitals by using the Patient Safety Friendly Hospital Initiative (PSFHI). *Glob J Health Sci* 2016; 8(8): 1-7.
30. Saber M, Tehrani H, Hasani Kabootarkhani M, Ghorban Sadegh M, Bagheri M. Familiarity of Kerman hospital staff with patient safety culture [in Persian]. *Journal of Health and Development* 2015; 4(10): 124-32.
31. Abdullahi MR, Abolhassan Shirazi H. The direct impact of sanctions on health, physical and mental health [in Persian]. *Razi Journal of Medical Sciences* 2021; 28(3): 45-229.

Review of the Current Status of Mandatory Patient Safety Standards in Iranian Hospitals

Mohammadreza Tavakoli¹, Reza Kazemi², Mahmood Nikoui Moghadam³,
Mehdi Khanzadeh Seraji⁴, Minoo Movahedi⁵

Original Article

Abstract

Background: The first stage of the patient safety program in Iran is to achieve the implementation of mandatory standards for entering the Patient Safety Friendly Hospital program. The purpose of this study was to investigate the challenges of implementing mandatory patient safety standards in teaching hospitals in Kerman city.

Methods: This study was conducted qualitatively. The duration of the interviews was between 30 and 60 minutes. The sampling method was carried out through purposive sampling. 20 interviews were conducted virtually through the virtual classes of Kerman University of Medical Sciences. Data analysis at this stage was based on the conventional content analysis method, and with the help of qualitative analysis software such as MaxQDA, the existing data were categorized and dimensions, principles, and components related to the research topic were extracted. Data analysis was conducted thematically.

Findings: Based on the thematic analysis, 14 main themes and 3 subthemes were obtained in this section. Participants expressed strengths and weaknesses, threats, and opportunities for implementing mandatory patient safety standards.

Conclusion: It is better to take action to make the implementation of standards more effective by utilizing the strengths and opportunities in this study and recognizing the threats and weaknesses presented in this study, and achieving the goal of improving the quality of services provided and better implementing patient safety standards in centers.

Keywords: Patient Safety, Standards, Hospital

Citation: Tavakoli M, Kazemi R, Nikoui Moghadam M, Khanzadeh Seraji M, Movahedi M. **Review of the Current Status of Mandatory Patient Safety Standards in Iranian Hospitals.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(860): 632- 45.

1- PhD Candidate in Health Services Management, Alz-ahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Department of Urology, Alz-ahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Professor, Health in Disasters and Emergencies Research Center, Future Studies in Health Research Institute, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

5- Department of Obstetrics and Gynecology, Alz-ahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mohammadreza Tavakoli, PhD Candidate in Health Services Management, Alz-ahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: tvk.mohammadrezaa@gmail.com