

شناسایی اولویت‌های پژوهشی ایمنی بیمار در کشور

حمید رواقی^۱، حانیه‌سادات سجادی^{۲*}

۱- مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
 ۲- مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 * نویسنده مسؤل: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، کدپستی ۱۶۴-۸۱۷۴۵، تلفن: ۰۹۱۳۳۰۴۳۶۹۴
 پست الکترونیک: h_sajadi@mail.mui.ac.ir

دریافت: ۹۲/۵/۸ پذیرش: ۹۲/۸/۲۱

چکیده

مقدمه: با توجه به نیاز مبرم به انجام پژوهش‌های مربوط به ایمنی بیمار و اهمیت انجام پژوهش‌های با اولویت و کاربردی و تولید شواهد متقن، مطالعه حاضر به منظور تعیین اولویت‌های پژوهشی حیطه ایمنی بیمار در کشور طراحی و اجرا گردید.
روش کار: مطالعه حاضر با استفاده از روش دلفی کلاسیک تعدیل شده، در سال ۱۳۹۱ انجام شد. خبرگان به تعداد ۴۵ نفر به صورت هدفمند از میان سه گروه ذی‌نفع مشتمل بر سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان، مدیران و مسؤولان سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی و اعضای هیأت علمی که به نحوی با حیطه ایمنی بیمار درگیر و یا آشنا بودند انتخاب شدند و با استفاده از سه پرسشنامه، اطلاعات لازم را تکمیل نمودند. پرسشنامه اول با توجه به مرور متون مرتبط، توسط پژوهشگر طراحی شد؛ پرسشنامه‌های دوم و سوم با توجه به نتایج پرسشنامه‌های قبلی تهیه و طراحی شد. روایی صوری پرسشنامه‌ها در هر مرحله با نظرخواهی از تعدادی از خبرگان در دسترس، آزمون و تأیید شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ تحلیل گردید.

یافته‌ها: چهار موضوع پژوهشی حیطه ایمنی بیمار شامل بررسی و اپیدمیولوژی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار (۱۴ زیرموضوع)، ریشه‌یابی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار (۵ زیرموضوع)، ارتقای ایمنی بیمار (۲۱ زیرموضوع) و ارزیابی و بازخور اقدامات و راهکارهای ایمنی بیمار (۵ زیرموضوع) شناسایی شد. زیرموضوع انواع خطاهای دارویی و اپیدمیولوژی آن‌ها، بیشترین زیرموضوع ایمنی بیمار و واحدهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت آموزشی و غیرآموزشی، کمترین اولویت پژوهش را به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه توانست با مشخص کردن نیازهای پژوهشی کشور در زمینه ایمنی بیمار، سیاست‌گذاران، پژوهشگران و سازمان‌های ذی‌ربط را در انتخاب موضوعات موردنیاز یاری رساند. همچنین توانست امکان بهره‌مندی حداکثر از توانمندی‌های موجود را در جهت تأمین منافع بیماران و عموم افراد جامعه میسر سازد. پیشنهاد می‌گردد فهرست اولویت‌های شناسایی شده به منظور جهت‌دهی به تأمین شواهد کافی در حیطه ایمنی بیمار، به طرق مختلف، در اختیار ذی‌نفعان مربوطه قرار گیرد و پژوهشگران از آن به عنوان راهنمای انجام پژوهش‌ها استفاده نمایند.

کل‌واژگان: اولویت پژوهشی، ایمنی بیمار، دلفی کلاسیک تعدیل شده، ایران

مقدمه

است، آمارها و اطلاعات موجود درباره تعداد بیمارانی که به دلیل دریافت مراقبت‌های غیرایمن و بروز خطاهای پزشکی آسیب می‌بینند، غیرقابل چشم‌پوشی است. گفته شده تقریباً از هر ۱۰

مراقبت‌های پزشکی غیرایمن، از علل اصلی ناتوانی و مرگ ده‌ها میلیون بیمار در سراسر جهان است (۱). با وجودی که برآورد دقیق وسعت و گستردگی این خطر کار پیچیده و دشواری مجله پژوهشی حکیم

آژانس ملی ایمنی بیمار نظام طب ملی کشور^۳ که در قالب برنامه پژوهش‌های ایمنی بیمار^۴ تخصیص داده می‌شد سالانه ۱/۵ میلیون پوند بود (۷). در حمایت بین‌المللی از این تحقیقات نیز، سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ بیشتر گرانت‌های پژوهشی خود را به پژوهش‌های ایمنی بیمار داد و در بخش دیگری از این زمینه‌سازی‌ها به منظور افزایش ظرفیت پژوهشی، شبکه جهانی پژوهش‌های ایمنی بیمار را راه‌اندازی نمود تا از این طریق امکان تبادل نظر و مشارکت در انتقال دانش حاصل از یافته‌های مطالعات مذکور فراهم آید (۲). این حمایت‌ها در مجموع توانست روند انجام پژوهش‌های ایمنی بیمار را سرعت بخشد و توجه جهانی را به موضوع ایمنی بیمار معطوف سازد. مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه ایمنی بیمار نشان می‌دهد بیشتر این مطالعات مربوط به کشورهای توسعه‌یافته بوده و بر موضوع ایمنی بیمار در مراقبت‌های بیمارستانی تمرکز داشته است. به نظر می‌رسد در مورد ایمنی بیمار در کشورهای در حال توسعه و نیز در دیگر سطوح ارائه خدمات (مراقبت‌های اولیه، طولانی‌مدت، سلامت روان و...) مطالعات کمتری در دسترس باشد (۸). بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد با وجود اهمیت و ضرورت انجام پژوهش‌های ایمنی بیمار، این پژوهش‌ها همچنان در مراحل اولیه دوران رشد خود قرار داشته و برای آن که بتوان علاوه بر انجام، یافته‌های آن‌ها را به عرصه سیاست‌گذاری‌های سلامت و فعالیت‌های بالینی وارد کرد، بایستی کار و تلاش بیشتری برای تقویت ظرفیت‌ها و توانایی‌های پژوهشی، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، انجام گیرد (۲).

در کشور ما نیز انجام پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار با خیزش جهانی ارتقای ایمنی بیمار آغاز شد. با این‌حال اولویت انجام آن‌ها، به صورت جدی، پس از ابلاغ اجرای برنامه حاکمیت بالینی به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و تمرکز بر موضوع ایمنی بیمار مطرح گردید (۹). در ادامه نیز پیاده‌سازی طرح بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار^۵ در بیمارستان‌های منتخب کشور، لزوم پرداختن به موضوع پژوهش‌های ایمنی را بیش از پیش ضروری ساخت. در این طرح که علاوه بر اجرا در هفت بیمارستان از هفت کشور حوزه EMRO (مصر، تونس، مراکش، یمن، سودان، اردن و پاکستان) (۱۰)، طبق هماهنگی به عمل آمده با WHO، در ۱۰ بیمارستان کشور نیز به صورت پایلوت در حال اجرا می‌باشد (۱۱)، مراکز سعی دارند از طریق ارزیابی انطباق مراکز با استانداردهای مدون ایمنی بیمار، ایمنی بیمار را

بیمار یک نفر حین دریافت مراقبت‌های پزشکی در بیمارستان‌های مدرن و مجهز کشورهای پیشرفته در معرض خطا و آسیب قرار می‌گیرد. در خصوص بار مراقبت‌های غیرایمن در دیگر مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت، اطلاعات اندکی در اختیار است و مهم‌تر آن که شواهد مربوط به بار این مراقبت‌ها در کشورهای در حال توسعه، که خطر وارد آمدن آسیب به بیمار به دلیل کمبودهای زیرساختی، فناوری و مالی بیش‌تر است، نیز محدودتر و کم‌تر می‌باشد (۲). صرف‌نظر از ابعاد اخلاقی و انسانی مربوط به ارائه مراقبت‌های غیرایمن و هزینه‌های مستقیم این مراقبت‌ها، که تخمین زده شده بین ۵ تا ۱۰ درصد از کل هزینه‌های بخش سلامت را به خود اختصاص داده است (۳)، پیامدهای غیرمستقیم اقتصادی ارائه مراقبت‌های غیرایمن که منجر به طولانی شدن مدت اقامت بیمار، بروز عفونت‌های بیمارستانی، کاهش درآمد، بروز ناتوانی، بالا رفتن میزان شکایات و تحمیل هزینه‌های بسیار می‌گردد را نیز نباید از نظر دور داشت (۳ و ۴). همین پیامدهای ناگوار و بعضاً جبران‌ناپذیر مراقبت‌های غیرایمن، موضوع ایمنی بیمار را در زمره اولویت‌های مهم و حیاتی نظام‌های سلامت کشورهای مختلف قرار داده و موجبات آغاز تلاش و حرکت‌های جهانی و ملی^۱ را در راستای پیاده‌سازی اصول آن در هنگام ارائه خدمات سلامت فراهم آورده است.

تلاش در مسیر ارتقای ایمنی بیمار گرچه اقدامات مختلف و متنوعی را در کشورهای مختلف به همراه داشته است، تجربه اجرای این اقدامات نشان داده یکی از ضروریات شناخته شده در این مسیر، موضوع پژوهش‌های مربوط به ایمنی بیمار می‌باشد. زیرا پژوهش سنگ بنای اولیه برای برخورداری از مراقبت‌های سلامت ایمن بوده و پیش‌نیاز اصلی برای موفقیت در دستیابی به این هدف، بهره‌مندی از دانش بیشتر در مورد آن چه نیاز می‌باشد و نیز استفاده بهتر و کاربردی‌تر از دانش موجود است (۵ و ۶). اهمیت انجام پژوهش‌های ایمنی بیمار، کشورهایی چون امریکا، استرالیا و انگلیس را بر آن داشت تا اقداماتی اساسی برای حمایت و پشتیبانی از این پژوهش‌ها انجام دهند؛ در این راستا آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت‌های سلامت^۲ امریکا در سال ۲۰۰۱، سالانه ۵۰ میلیون دلار برای انجام تحقیقات ایمنی بیمار اختصاص داد و در انگلیس سهم بودجه پژوهش‌های ایمنی بیمار

^۱ به‌عنوان بخشی از این تلاش‌ها می‌توان به برنامه همبستگی جهانی برای ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ (در سطح جهانی)، برنامه حاکمیت بالینی با تأکید بر ایمنی بیمار و توجه به موضوع کاهش خطای پزشکی در بیمارستان‌ها در برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی کشور (در سطح ملی) اشاره کرد.

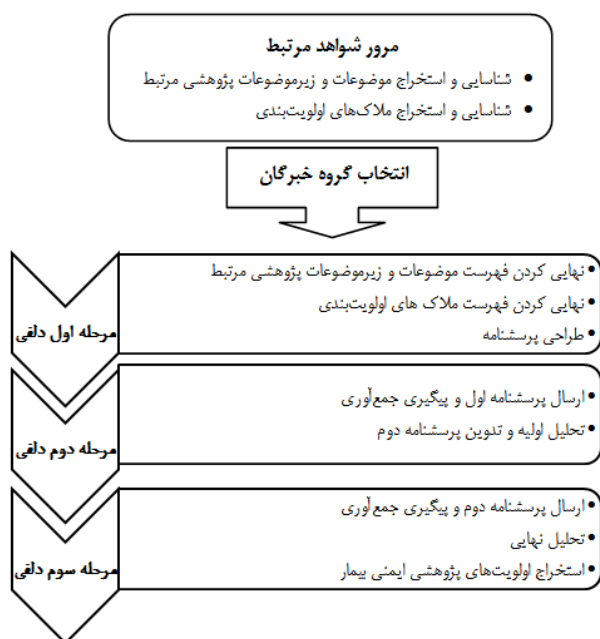
^۲ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

^۳ NHS National Patient Safety Agency (NPSA)

^۴ Patient Safety Research Programme (PSRP)

^۵ Patient Safety Friendly Hospital Initiative

دلفی مورد استفاده در این مطالعه، دلفی کلاسیک تعدیل شده^۶ از نوع عددی و به صورت سه مرحله‌ای بود و هدف از بکارگیری آن، مشخص کردن یک یا طیف محدودی از تخمین‌های عددی در مورد یک مسأله (اولویت‌های پژوهشی ایمنی بیمار) بود. بدین منظور همان گونه که در شکل ۱ آمده است، ابتدا با مرور متون مرتبط و بهره‌گیری از نتایج مطالعه سازمان جهانی بهداشت درباره اولویت‌های پژوهشی حیطه ایمنی بیمار در سطوح مختلف توسعه‌ای کشورها، فهرستی از چهار موضوع و ۲۴ زیرموضوع پژوهشی ایمنی بیمار و چهار ملاک اولویت‌بندی زیرموضوعات تهیه گردید.



شکل ۱- نمای شماتیک مراحل اجرایی مطالعه

این فهرست، مبنای تدوین پرسشنامه مرحله اول اجرای روش دلفی بود و پرسشنامه‌های بعدی بر اساس پاسخ‌های دریافتی از پرسشنامه قبل تنظیم شد. به منظور تسهیل و جمع‌بندی نظرات، دو نفر به طور ثابت، روند و نتایج هر مرحله دلفی را بررسی کردند. سپس گروه خبرگان به تعداد ۴۵ نفر به صورت هدفمند از میان سه گروه ذی‌نفع مشتمل بر سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان، مدیران و مسؤولان سازمان‌های ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی و اعضای هیأت علمی که به نحوی با حیطه ایمنی بیمار درگیر و یا آشنا بودند انتخاب شدند. از میان این افراد که به عنوان خبره در مسأله مورد مطالعه شناخته می‌شدند، ۴۲ نفر برای مشارکت در پاسخگویی توافق خود را اعلام کردند و در مطالعه شرکت کردند. جزئیات بیشتر در مورد ویژگی‌های خبرگان شرکت‌کننده در مطالعه در جدول ۱ خلاصه شده است.

بهبود دهند. استانداردهای مذکور توسط سازمان جهانی بهداشت در سه گروه (ضروری، محوری، توسعه‌ای) پنج حوزه‌ای (رهبری و مدیریت، طبابت بالینی ایمن مبتنی بر شواهد، مشارکت بیمار و جامعه، محیط ایمن و یادگیری مداوم) طراحی شده‌اند (۱۱) و دستیابی به آن‌ها ضمن تحقق هدف طرح، گامی مؤثر در ارتقای سطح ایمنی مراقبت‌ها و در نهایت بهبود کیفیت آن‌ها خواهد بود. اگرچه اقدامات پیشگفت، در مجموع انگیزه را برای انجام پژوهش‌های ایمنی بیمار در کشور بیشتر کرد، برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی ناکافی در این زمینه، منجر به انجام مطالعاتی به صورت پراکنده شد. بر این اساس لازم است به منظور انجام پژوهش‌های مورد نیاز و کاربردی‌تر و فراهم آوردن زمینه ترجمه و انتقال یافته‌های این پژوهش‌ها به عرصه تصمیم‌گیری و عمل، اقدامات جدی‌تری به ویژه در راستای نظام‌مندی پژوهش‌های ایمنی بیمار انجام گیرد. با توجه به نیاز مذکور و در نظر داشتن این موضوع که نخستین گام در جهت تقویت ظرفیت پژوهشی و زمینه‌سازی ترجمه دانش حاصل از پژوهش‌های ایمنی بیمار، انجام و تولید پژوهش‌های کاربردی است (۱۲)، و برای تولید چنین پژوهش‌هایی لازم است ابتدا اولویت‌های پژوهشی مربوطه، که نقطه کلیدی چرخه مدیریت پژوهش بوده و محدودیت منابع انسانی و مالی و تغییر سیاست‌های ملی از مهم‌ترین دلایل ضرورت تعیین آن‌ها به حساب می‌آید (۱۳)، تعیین گردد. مطالعه حاضر به منظور تعیین اولویت‌های پژوهشی حیطه ایمنی بیمار در کشور طراحی و اجرا گردید. تعیین اولویت‌ها می‌تواند با هدایت جریان تحقیقات به سوی اولویت‌ها (۱۴) نقش مؤثری در هدفمند نمودن تلاش‌های پژوهشی مربوط به موضوع ایمنی بیمار و اجتناب از اتلاف منابع پژوهشی کشور داشته باشد.

روش کار

در این مطالعه که در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت، جهت تعیین اولویت‌های پژوهشی ایمنی بیمار از روش دلفی استفاده شد. دلفی از تکنیک‌های قضاوت خبرگان است و هدف آن دسترسی به مطمئن‌ترین توافق گروهی از عقاید خبرگان برای یک موضوع مورد بحث است که با استفاده از پرسشنامه و نظرخواهی از خبرگان به دفعات مکرر با توجه به بازخور حاصل از آن‌ها صورت می‌پذیرد (۱۵). در روش کلاسیک دلفی، تعداد دفعات چهار بار عنوان شده است (۱۶)، ولی این تعداد با توجه به محدودیت‌های زمانی و هزینه‌ای به ۲ تا ۳ دفعه کاهش می‌یابد (۱۷). معمولاً فرایند دلفی زمانی متوقف می‌شود که توافق گروهی در بین خبرگان پاسخ‌دهنده حاصل شده باشد و یا این که تبادل اطلاعات به قدر کافی صورت پذیرفته باشد. روش

⁶ Modified Classic Delphi

جدول ۱- ویژگی مشارکت‌کنندگان مراحل مختلف اجرای مطالعه

ویژگی	فراوانی	درصد
مشارکت‌کنندگان مطالعه		
سیاست‌گذار و برنامه‌ریز	۱۳	۳۱
مدیران و مسؤولان سازمان‌های بهداشتی درمانی	۱۵	۳۶
اعضای هیات علمی	۱۴	۳۳
جنس		
مرد	۲۰	۴۸
زن	۲۲	۵۲
تحصیلات		
کارشناسی	۱۲	۲۹
کارشناسی ارشد/ دکتری عمومی	۱۶	۳۸
دکترای تخصصی	۱۴	۳۳
محل فعالیت		
تهران	۱۹	۴۵
سایر استان‌ها	۲۳	۵۵

بعد از تدوین پرسشنامه اول و شناسایی گروه خبرگان، مراحل سه‌گانه دلفی به شرح زیر اجرا گردید:

مرحله اول: در پرسشنامه مرحله اول، از افراد خواسته شد ضمن مطالعه زیرموضوعات و ملاک‌های پیشنهادی، نظرات خود را در مورد جامعیت زیرموضوعات و ملاک‌ها اعلام نمایند. پرسشنامه‌ها همراه با نامه‌ای که در آن اهداف طرح، کاربرد نتایج و آخرین مهلت ارسال پاسخ مشخص شده بود، از طریق پست الکترونیکی و یا حضوری توزیع شد و پیگیری‌های لازم برای دریافت پاسخ انجام گردید. پس از بازگشت و تحلیل پرسشنامه‌ها، فهرستی مشتمل بر چهار موضوع، ۴۵ زیرموضوع و شش ملاک اولویت‌بندی پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار استخراج گردید. تحلیل پرسشنامه‌ها در این مرحله به روش تحلیل محتوا که یکی از روش‌های رایج و متداول برای تحلیل داده‌های متنی است صورت پذیرفت (۱۸).

مرحله دوم: در این مرحله، فهرست نهایی زیرموضوعات پژوهشی همراه با ملاک‌های پیشنهادی که به صورت یک جدول درآمده بود، در قالب یک پرسشنامه در اختیار خبرگان قرار گرفت. امتیازدهی به هر زیرموضوع با توجه به هر ملاک در یک طیف ۱ تا ۷ انجام شد. عدد ۱ نمایانگر کمترین و عدد ۷ نمایانگر بیشترین حد هر ملاک بود. مشابه مرحله قبل، پرسشنامه‌ها از طریق پست الکترونیکی و یا حضوری توزیع گردید. توضیحات لازم در خصوص چگونگی پاسخ‌دهی در نامه‌ای به افراد ارایه شد و پیگیری‌های لازم برای دریافت پاسخ انجام گرفت. پس از بازگشت و تحلیل پرسشنامه‌ها، اولویت‌بندی موضوعات و زیرموضوعات پژوهش‌های مربوط به ایمنی بیمار با توجه به میانگین امتیاز هر موضوع و زیرموضوع مشخص شد. محاسبه میانگین امتیازات با کمک نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ انجام گردید.

مرحله سوم: در مرحله سوم نتایج تحلیل پرسشنامه‌های مرحله دوم با مشخص کردن اولویت‌های موضوعات و زیرموضوعات و کمک به پاسخ‌دهندگان برای درک دیدگاه‌های دیگران و حرکت به سمت قضاوت دقیق‌تر در اختیار خبرگان قرار گرفت. از افراد خواسته شد نظر خود را با اولویت هر موضوع و زیرموضوع با انتخاب یک عدد از ۱ تا ۷ مشخص کنند. عدد ۱ نمایانگر کمترین موافقت و عدد ۷ نمایانگر بیشترین موافقت با اولویت پیشنهادی بود. در این مرحله چنانچه حداقل ۷۵٪ نظرات با اولویت موضوع یا زیرموضوعی موافقت یا مخالفت داشتند، به عنوان اتفاق نظر در مورد اولویت مربوطه در نظر گرفته شد. در پایان این مرحله، فهرست نهایی اولویت‌های پژوهشی ایمنی بیمار استخراج گردید.

نتایج

تحلیل داده‌ها در راستای شناسایی موضوعات پژوهشی حیطه ایمنی بیمار از دیدگاه ذی‌نفعان، منجر به استخراج چهار موضوع و ۴۵ زیرموضوع پژوهشی حیطه ایمنی بیمار شد. موضوع اول، بررسی و اپیدمیولوژی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار نام داشت و مشتمل بر ۱۴ زیرموضوع پژوهشی بود. ریشه‌یابی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار، موضوع دوم بود که پنج زیرموضوع را در برداشت. موضوع سوم با ۲۱ زیرموضوع مرتبط، ارتقای ایمنی بیمار شناسایی شد. در نهایت، موضوع ارزیابی و بازخور اقدامات و راهکارهای ایمنی بیمار، چهارمین موضوع پژوهشی حیطه ایمنی بیمار بود که ۵ زیرموضوع را مشتمل گردید. تحلیل داده‌ها در راستای اولویت‌بندی موضوعات پژوهشی حیطه ایمنی بیمار نشان داد در میان چهار موضوع پژوهشی، موضوع بررسی و اپیدمیولوژی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار اولویت نخست، و موضوع ارزیابی و بازخور اقدامات و راهکارهای ایمنی بیمار اولویت آخر را داشتند (جدول ۲).

جدول ۲- اولویت‌بندی موضوعات پژوهشی ایمنی بیمار

میانگین امتیاز	زیرموضوع
۳۵/۸	بررسی و اپیدمیولوژی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار
۳۵/۷	ریشه‌یابی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار
۳۵/۶	ارتقای ایمنی بیمار
۳۵/۲	ارزیابی و بازخور اقدامات و راهکارهای ایمنی بیمار

همچنین با توجه به نتایج ارایه شده در جدول ۳، در میان زیرموضوعات موضوع بررسی و اپیدمیولوژی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار، زیرموضوعات انواع خطاهای دارویی و اپیدمیولوژی آن‌ها، عفونت‌های بیمارستانی و هزینه‌های آن، خون و فرآورده‌های خونی و ایمنی بیمار زیرموضوعاتی بودند که اولویت‌های نخستین را به خود اختصاص دادند. چهار زیرموضوع گسترده‌تری و اپیدمیولوژی خطاهای پزشکی در محیط‌های

زمستان ۹۲، دوره شانزدهم، شماره چهارم

پزشکی و اپیدمیولوژی آن و نیز زیرموضوعات حوادث منجر به مرگ و یا عوارض جدی ناشی از خطا در ارائه خدمات و حوادث ناگوار مرتبط با سایر مراقبت‌های سلامت و اپیدمیولوژی آن‌ها از اولویت کمتری جهت انجام مطالعه برخوردار بودند. اولویت آخر مطالعه در موضوع بررسی و اپیدمیولوژی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار، به زیرموضوع مطالعات مقایسه‌ای منطقه‌ای و بین‌المللی در زمینه ایمنی بیمار اختصاص یافت.

مختلف، هزینه‌های ناشی از بروز خطاهای پزشکی، درک ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات از مفاهیم مرتبط با ایمنی بیمار و تهدیدکننده‌های ایمنی گروه‌های آسیب‌پذیر و اپیدمیولوژی آن، در رده بعدی اهمیت انجام مطالعه قرار گرفتند. از دید مشارکت‌کنندگان، زیرموضوعات مربوط به شناخت انواع خطاهای پزشکی قبل، حین و بعد از عمل جراحی و زایمان، فرآیندهای تشخیص، درمان و بازتوانی و استفاده از تجهیزات

جدول ۳- اولویت‌بندی زیرموضوعات پژوهشی ایمنی بیمار

میانگین امتیاز	زیرموضوع	موضوع
۳۸/۲	انواع خطاها خطاهای دارویی و اپیدمیولوژی آن‌ها	بررسی و اپیدمیولوژی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار
۳۸/۱	عقوبت‌های بیمارستانی و هزینه‌های ناشی از عفونت بیمارستانی	
۳۷/۳	خون و فرآورده‌های خونی و ایمنی بیمار	
۳۶/۹	گسترده‌گی و اپیدمیولوژی خطاهای پزشکی در محیط‌های مختلف	
۳۶/۶	هزینه‌های ناشی از بروز خطاهای پزشکی	
۳۶/۲	درک ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات از مفاهیم مرتبط با ایمنی بیمار	
۳۶	تهدیدکننده‌های ایمنی گروه‌های آسیب‌پذیر و اپیدمیولوژی آن	
۳۵/۹	انواع خطاهای پزشکی قبل، حین و بعد از عمل جراحی و اپیدمیولوژی آن	
۳۵/۸	انواع خطاهای پزشکی قبل، حین و بعد از زایمان و نوزادی و اپیدمیولوژی آن	
۳۵/۸	انواع خطاهای پزشکی فرآیندهای تشخیص، درمان و بازتوانی و اپیدمیولوژی آن	
۳۵	انواع خطاها در استفاده از تجهیزات پزشکی و اپیدمیولوژی آن	
۳۳/۷	حوادث منجر به مرگ و یا عوارض جدی ناشی از خطا در ارائه خدمات و اپیدمیولوژی آن	
۳۳/۱	حوادث ناگوار مرتبط با سایر مراقبت‌های سلامت و اپیدمیولوژی آن	
۳۲	مطالعات مقایسه‌ای منطقه‌ای و بین‌المللی در زمینه ایمنی بیمار	
۳۷/۹	نقش علل سیستمی و ساختاری در بروز انواع خطاهای پزشکی	ریشه‌یابی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار
۳۶/۳	نقش سیستم گزارش‌دهی خطاها در شناسایی خطاها	
۳۶	روش‌های شناسایی انواع خطاهای پزشکی	
۳۴/۵	نقش علل انسانی در بروز انواع خطاهای پزشکی	
۳۴/۱	مدیریت شکایات	
۳۷/۳	طراحی و آزمون ابزارهای اندازه‌گیری فرهنگ ایمنی بیمار متناسب با وضعیت کشور ایران	ارزیابی و بازخور اقدامات و راهکارهای ایمنی بیمار
۳۵/۵	تأثیر و پیامدهای اجرای راهکارهای ارتقای ایمنی بیمار	
۳۵/۲	درس گرفتن از خطاها برای پیشگیری	
۳۵/۱	طراحی و ارزیابی شاخص‌های ایمنی بیمار متناسب با وضعیت کشور ایران	
۳۵	پیامدهای عدم ارتقای ایمنی بیمار	
۳۷/۲	آموزش ملون ایمنی بیمار برای دانشجویان گروه پزشکی و اتربخشی آن	ارتقای ایمنی بیمار
۳۷/۲	نقش پزشکی مبتنی بر شواهد و گایدلاین‌ها در ایمنی بیمار	
۳۶/۸	نقش رهبری و مدیریت در ایمنی بیمار	
۳۶/۷	راهکارهای اجرایی راه‌حل‌های ۹ گانه ایمنی بیمار	
۳۶/۷	نقش قوانین و مقررات در ایمنی بیمار متناسب با وضعیت کشور ایران	
۳۶/۷	شناسایی، طراحی و آزمون راهکارهای مدیریت خطر در ارتقای ایمنی بیمار متناسب با وضعیت کشور ایران	
۳۶/۶	نقش آموزش و مهارت‌آموزی کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت در ارتقای ایمنی بیمار	
۳۶/۲	شناسایی، طراحی و آزمون راهکارهای مؤثر، بومی و قابل اجرای ارتقای ایمنی بیمار متناسب با کشور ایران	
۳۵/۸	راهکارهای جلب مشارکت کادر ارائه‌دهنده خدمت در ارتقای ایمنی بیمار	
۳۵/۵	نقش ارتباطات در ارتقای ایمنی بیمار	
۳۵/۴	اخلاق پزشکی و ایمنی بیمار	
۳۵/۳	نقش فرهنگ ایمنی در ارتقای ایمنی بیمار	
۳۵/۳	نقش میزان دانش کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت در ارتقای ایمنی بیمار	
۳۵	طراحی و استقرار نظام ایمنی بیمار	
۳۴/۲	هزینه اثربخشی راهکارهای کاهش خطرات تهدیدکننده ایمنی بیمار متناسب با وضعیت کشور ایران	
۳۴	نقش شایستگی‌های کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت در ارتقای ایمنی بیمار	
۳۳/۸	نقش IT در ایمنی بیمار متناسب با وضعیت کشور ایران	
۳۳/۶	نقش بیماران و همراهان در ارتقای ایمنی بیمار	
۳۳	نقش رسانه‌های گروهی در ایمنی بیماران	
۳۳	مدیریت دانش و ایمنی بیمار	
۳۰/۵	واحد‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت آموزشی و غیرآموزشی و ایمنی بیمار	

انواع خطاهای پزشکی اولویت‌های میانی انجام مطالعه را داشتند. اولویت آخر نیز به زیرموضوع مدیریت شکایات مربوط بود. اولویت‌بندی زیرموضوعات موضوع ارزیابی و بازخور اقدامات و راهکارهای ایمنی بیمار به گونه‌ای به دست آمد که طراحی و آزمون ابزارهای اندازه‌گیری فرهنگ ایمنی بیمار متناسب با

در میان زیرموضوعات ریشه‌یابی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار، زیرموضوع نقش علل سیستمی و ساختاری در بروز انواع خطاهای پزشکی اولویت اول را نشان داد. زیرموضوعات نقش سیستم گزارش‌دهی خطاها در شناسایی خطاها، روش‌های شناسایی انواع خطاهای پزشکی و نقش علل انسانی در بروز

پژوهشی کشور داشته باشد. بر اساس شواهد موجود، تدوین اولویت‌های پژوهشی حیطه ایمنی بیمار در کشور ایران ضروری به نظر رسید. مروری بر مطالعات انجام شده حیطه ایمنی بیمار در کشور نشان داد موضوع این مطالعات، کمتر دارای جهت‌گیری منطقی بوده و به صورت پراکنده و بر اساس علاقه پژوهشگران انجام پذیرفته است. همین امر سبب شده سیاست‌گذاران و مسؤولان بخش سلامت کشور نتوانند به خوبی از نتایج مطالعات انجام شده، به عنوان مدارک و شواهد کافی و مستدل برای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری بهره‌گیرند و این شواهد نیز امکان همگرایی و ارزیابی نتایج را نداشته باشد. پرونوست^۷ و همکارانش در مطالعه‌ای که به منظور طراحی چارچوبی برای پژوهش و بهبود در حیطه ایمنی بیمار انجام دادند، به وجود چنین شواهد ناکافی پژوهشی در حیطه ایمنی بیمار اشاره داشتند. این پژوهشگران در مطالعه خود گزارش کردند ناتوانی کنونی در زمینه ارزیابی پیشرفت‌های به دست آمده بهبود ایمنی بیمار به دلیل عدم تدوین اهداف و اقدامات مورد نیاز در این زمینه و فقدان چارچوبی معین برای شناسایی و اولویت‌بندی پژوهش‌های مربوط به بهبود ایمنی بیمار است (۱۹). یافته دیگر مطالعه مربوط به اولویت‌های پژوهشی به دست آمده در کشور است. بر اساس این یافته‌ها، بیشترین اولویت پژوهشی حیطه ایمنی بیمار به زیرموضوعات بررسی و اپیدمیولوژی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار اختصاص داشت. نگاهی بر فهرست اولویت‌های پژوهشی حیطه ایمنی بیمار در سه گروه کشورهای با اقتصاد توسعه یافته، اقتصاد در حال گذار و اقتصاد در حال توسعه و مقایسه آن با اولویت‌های موضوعی به دست آمده در این مطالعه، گویای آن بود که مشابه با کشورهای با اقتصاد در حال توسعه، در کشور ما همچنان نیاز به انجام پژوهش در زمینه شناسایی مشکل ایمنی بیمار و گسترده‌گی آن بیشتر از بقیه موضوعات است (۵ و ۸). اهمیت بیشتر پرداختن به مطالعه در خصوص بررسی و اپیدمیولوژی تهدیدکننده‌های ایمنی بیمار در مطالعه پرنجر^۸ نیز مشاهده شد (۲۰).

ضرورت و لزوم انجام بیشتر این پژوهش‌ها با در نظر داشتن شرایط و امکانات کشور و نیز میزان آرایه خدمات سلامت کاملاً توجیه‌پذیر می‌باشد. بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد مطالعه در حیطه ایمنی بیمار در کشور ما همچنان در مراحل اولیه قرار دارد و لازم است با توجه به ماهیت مشکل و علاقه ذی‌نفعان مختلف به این موضوع، سرعت انجام مطالعات در این

وضعیت کشور ایران، بالاترین و پیامدهای عدم ارتقای ایمنی بیمار، پایین‌ترین اولویت را داشت. در این گروه، سه زیرموضوع تأثیر و پیامدهای اجرای راهکارهای ارتقای ایمنی بیمار، درس گرفتن از خطاها و طراحی و ارزیابی شاخص‌های ایمنی بیمار متناسب با وضعیت کشور ایران، اولویت‌های میانی انجام مطالعه را داشتند. در نهایت در میان زیرموضوعات موضوع ارتقای ایمنی بیمار، سه اولویت اول به ترتیب به زیرموضوعات آموزش مدون ایمنی بیمار برای دانشجویان گروه پزشکی و اثربخشی آن، نقش پزشکی مبتنی بر شواهد و گایدلاین‌ها در ایمنی بیمار و نقش رهبری و مدیریت در ایمنی بیمار اختصاص داشت. پنج زیرموضوع راهکارهای اجرایی راه‌حل‌های ۹ گانه ایمنی بیمار، نقش قوانین و مقررات در ایمنی بیمار متناسب با وضعیت کشور ایران، شناسایی، طراحی و آزمون راهکارهای مدیریت خطر در ارتقای ایمنی بیمار متناسب با وضعیت کشور ایران، نقش آموزش و مهارت‌آموزی کارکنان آرایه‌دهنده خدمات سلامت در ارتقای ایمنی بیمار و شناسایی، طراحی و آزمون راهکارهای مؤثر، بومی بودن و قابلیت اجرای ارتقای ایمنی بیمار متناسب با کشور ایران، زیرموضوعاتی بودند که در اولویت‌های بعدی جای گرفتند. اهمیت متوسط مطالعه در این گروه از مطالعات به زیرموضوعات راهکارهای جلب مشارکت کادر آرایه‌دهنده خدمت در ارتقای ایمنی بیمار، نقش ارتباطات در ارتقای ایمنی بیمار، اخلاق پزشکی و ایمنی بیمار، نقش فرهنگ ایمنی در ارتقای ایمنی بیمار، نقش میزان دانش کارکنان آرایه‌دهنده خدمات سلامت در ارتقای ایمنی بیمار و استقرار نظام ایمنی بیمار اختصاص یافت. زیرموضوعات هزینه اثربخشی راهکارهای کاهش خطرات تهدیدکننده ایمنی بیمار، نقش شایستگی‌های کارکنان آرایه‌دهنده خدمات سلامت در ارتقای ایمنی بیمار، نقش IT در ایمنی بیمار، نقش بیماران و همراهان در ارتقای ایمنی بیمار، نقش رسانه‌های گروهی در ایمنی بیماران و مدیریت دانش و ایمنی بیمار اولویت کمتر را جهت انجام مطالعه نشان دادند. اولویت آخر در این گروه به زیرموضوع واحدهای آرایه‌دهنده خدمات سلامت آموزشی و غیرآموزشی و ایمنی بیمار مربوط بود.

بحث

مطالعه حاضر سعی داشت با تعیین اولویت‌های پژوهشی حیطه ایمنی بیمار در کشور، بستر لازم جهت هدایت جریان تحقیقات به سوی مطالعات اولویت‌دار را فراهم نموده و از این راه نقش مؤثری در هدفمند نمودن تلاش‌های پژوهشی مربوط به موضوع ایمنی بیمار و تولید شواهد ملی و محلی و اجتناب از اتلاف منابع

⁷ Pronovost

⁸ Perneger

مناسب پژوهشی، تولید شواهد متقن و همگرا را امکان‌پذیر ساخته و موجب بهره‌مندی حداکثری از توانمندی‌های موجود در جهت تأمین منافع بیماران و عموم افراد جامعه گردد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه توانست با بهره‌گیری از روش، فهرست اولویت‌های پژوهشی حیطه ایمنی بیمار را شناسایی نماید. پیشنهاد می‌شود فهرست شناسایی شده به منظور جهت‌دهی به تأمین شواهد کافی در حیطه ایمنی بیمار، به طرق مختلف، در اختیار ذی‌نفعان مربوطه، به ویژه پژوهشگران، ارایه‌دهندگان و استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت قرار گیرد و اطلاع‌رسانی کامل در این زمینه انجام گیرد. به علاوه از آن جا که این فهرست با اجماع نظر سیاست‌گذاران، پژوهشگران و مسؤولین اجرایی مراکز ارایه‌دهنده خدمات سلامت تهیه شده و دغدغه‌های تمامی افراد مرتبط با ایمنی بیمار را لحاظ نموده است، توصیه می‌شود تصمیم‌گیری در خصوص اعطای منابع مالی انجام پژوهش، با در نظر داشتن اولویت‌های استخراجی انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود فهرست اولویت‌های پژوهشی شناسایی شده بر اساس انجام پژوهش‌های آتی و نیاز نظام سلامت کشور به روزرسانی شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی تحت عنوان شناسایی اولویت‌های پژوهشی ایمنی بیمار در کشور، ۱۳۹۱ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در سال ۱۳۹۱ به کد ۱۷۰۹۶ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران اجرا شده است.

⁹ Jha

References

- 1- World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. [Cited 2013 Sep. 9]. Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf.
- 2- World Health Organization, WHO patient safety research. Better knowledge for safer care. [Cited 2013 Sep. 9]. Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf.
- 3- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press; 2000:31-32.
- 4- Miller MA, Pisani E. The cost of unsafe infections. *Bulletin of the WHO* 1999; 77 (10): 808-811.
- 5- World Health Organization. Global priorities for research in patient safety. 1st ed. [Cited 2013 Sep. 9]. Available from: URL: http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf.
- 6- Andermann A, Ginsburg L, Norton P, Arora N, Bates D, Wu A, et al. Core competencies for patient safety research: a cornerstone for global capacity strengthening. *BMJ Qual Saf* 2011;20:96-101.
- 7- Walshe K, Boaden RJ. *Patient safety: research into practice*. Maidenhead, England; New York: Open University Press; 2006: 220.
- 8- Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care* 2010;19 :42- 47.
- 9- Heyrani a, Maleki M, Barati Marnani A, Ravaghi H, Sedaghat M, Jabbari M, et al. Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: A systems approach. *Implementation Science* 2012; 7:84.

- 10- World Health Organization. Assessment of patient safety in hospitals: A manual for evaluators. [Cited 2013 Sep. 9]. Available from: URL: http://www.jmu.ac.ir/uploads/6_43_PSFH%20Assessmentfinal%20INTRODUCTION.pdf
- 11- Emamirazavi SH, Ravaghi H, Mohaghegh M, Sadat M, Mostofian F, Vazirian S, et al. Assessment of patient safety in hospitals: A manual for evaluators. Ministry of Health and Medical Education, Tehran: Mehrravash; 2011: 21. (in Persian)
- 12- Majdzadeh R, Sadighi J, Nejat S, Shahidzade Mahani A, Gholami J. Knowledge translation for research utilization: Design of a knowledge translation model at Tehran University of Medical Sciences. Journal of continuing education in the health professions 2008; 28 (4):270-277.
- 13- Karimi Gh, Damari B, Gharehbaghian A, Rahbari M, Vafaian V, Minabsalemi E. Need assessment and research priorities setting in IBTO Research Center. Blood Journal 2005; 2(4): 123-134. (in Persian)
- 14- Kolahi A, Sohrabi M, Abdolahi M, Souri H. Setting research priority in Shahid Beheshti University of Medical Sciences: methods, challenges, limitations. Pajoohandeh Journal 2010; 15 (4) :143-151. (in Persian)
- 15- Ahmadi F, Nasiriyani KH, Abazari P. Delphi technique: A tool for research. Iranian Journal of Medical Education 2008; 8 (1):175-185. (in Persian)
- 16- Young WH, Hogben D. An experimental study of the Delphi technique. Education Research Perspective 1978; 5: 57-62.
- 17- Kennedy HP. Enhancing Delphi research: methods and results. Journal of Advanced Nursing 2004; 45 (5): 504-511.
- 18- Krippendorff K. *Content analysis: An introduction to its methodology*. Sage Publications, Incorporated; 2004: 3-4.
- 19- Pronovost PJ, Goeschel CA, Marsteller JA, Sexton JB, Pham JC, Berenholtz SM. Framework for patient safety research and improvement. Circulation 2009;119:330-337.
- 20- Perneger TV. A research agenda for patient safety, International Journal for Quality in Health Care 2006; 18 (1): 1-3.

Research Priorities for Patient Safety in Iran

Ravaghi H¹ (PhD), Sajadi HS^{2*} (PhD)

¹ Health Management and Economics Research Center, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Received: 30 Jul 2013, Accepted: 12 Nov 2013

Abstract

Introduction: Given the need of doing researches related to patient safety, conducting applicable studies in this field, and making evidences, this study aimed to recognize and define the research priorities in patient safety fields.

Methods: This study was carried out using Modified Classic Delphi technique in 2013. The study participants were all policy-makers, planners, managers and officials of healthcare organizations as well as faculty members involved in patient safety issue. Purposive sampling was employed to select 45 participants. Data was gathered using three questionnaires. The first questionnaire was prepared on the base of the review literature; and the other questionnaire was designed on the base of the previous results. The validity of used questionnaire was confirmed by experts. Collected data were analyzed using SPSS-16.

Results: Four themes were identified including "epidemiology of threatening factors of patient safety" (with 14 subthemes), "root analyzing of threatening factors of patient safety" (with 5 subthemes), "patient safety improvement" (with ۲۱ subthemes) and "evaluation and feedback of patient safety solutions" (with ۵ subthemes). The most important subtheme (first priority) was the study of medical errors in using drugs (drug errors) and the less important subtheme (last priority) was the study of educational and non-educational healthcare centers and patient safety.

Conclusion: Our findings indicated the Iran's research needs in patient safety field. This could help policy-makers, researchers and related organizations to choose suitable and applicable topics to investigate on the patient safety issues. Also, it makes possible utilizing available capacities to satisfy patients and society needs. It is suggested that the identified research properties to be given to relevant stakeholders in order to organize efforts of providing sufficient evidence in patient safety field.

Key words: Research priority, patient safety, Modified Classic Delphi, Iran

Please cite this article as follows:

Ravaghi H, Sajadi HS. Research Priorities for Patient Safety in Iran. *Hakim Research Journal* 2014; 16(4): 358- 366.

*Corresponding Author: Isfahan University of Medical Sciences, Hezar Jarib Street, School of Management and Medical Informatics, Health Management and Economics Research Center, Isfahan, Iran. Postal Code: 817473461, Tel: +98- 913- 3043694, E-mail: h_sajadi@mail.mui.ac.ir