



مقاله اصلی

شناسایی مولفه‌های مشارکت بیمار در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار (یک مطالعه کیفی)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۳۰ -- تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۱

خلاصه

مقدمه: یکی از عوامل اصلی در ارائه خدمات با کیفیت و ایمن در مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و مراقبتی و از دغدغه‌های مهم مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت، مشارکت بیمار است. هدف مقاله حاضر شناسایی مولفه‌های مشارکت بیمار در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار است.

روش کار: الگوی علمی این پژوهش براساس مصاحبه کیفی با خبرگان بیمارستان (اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها) صورت گرفته و روش نمونه‌گیری به دو صورت هدفمند و گلوله‌ای برفی می‌باشد و در نهایت با مراجعه به خبرگان، ۱۶ مصاحبه کیفی صورت گرفت و با استفاده از تکنیک گرنند تئوری به شناسایی مولفه‌های مشارکت بیمار در ارتقا فرهنگ ایمنی بیمار پرداخته شد. ضرورت هر یک از مولفه‌های مدل استخراج شده مشارکت بیمار بررسی گردیده، پژوهش با روش کدگذاری در سه مرحله باز، محوری و انتخابی تحلیل شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که مجموع تعداد گره (کد) های بدون تکرار ۱۰۰ مورد بوده که بر اساس تشابهات مفهومی ترکیب و ۵۸ کد مشترک استخراج شد که بر اساس شهود و درک پژوهشگران از موضوع مورد بررسی، مولفه‌های اصلی و فرعی: عوامل سازمانی (دادن حس کنترل و مسئولیت، وظایف سنگین و تعداد نیروی انسانی، مدیریت و رهبری، پاسخ در قبال خطاها) عوامل محیطی و ادراکی (ارتباطات در زمینه ایمنی، توانمندسازی بیمار، کار تیمی، ارزیابی) تصمیم‌گیری در درمان (ویژگی‌های بیمار، همکاری و تشریک مساعی بیمار، ارتقا سطح آگاهی) در قالب گره درختی دسته بندی شدند.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این مطالعه، مشارکت بیمار موضوع مهمی در سیستم‌های بهداشت و درمان است. بیماران با مشارکت فعالانه در مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌توانند نقش مهمی در بهبود ایمنی داشته باشند. مشارکت بیماران در ارتقاء کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها موثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: مشارکت بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، عوامل سازمانی، محیطی و ادراکی، تصمیم‌گیری در درمان

رقیه بخشی^۱سعادت محفوظ پور^{۲*}ایروان مسعودی اصل^۳سمیه حسام^۴^۱ دانشجوی دکتری، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و

درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران،

ایران

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات ارتقا ایمنی و پیشگیری از مصدومیت

ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ دانشیار،

گروه مدیریت خدمات

^۳ دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی گروه مدیریت

خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی

پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران،

^۴ دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد

تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: smahfoozpour@yahoo.com

مقدمه

به استناد سازمان بهداشت جهانی، مشارکت بیمار شرط اساسی در ارائه مراقبت خوب، تلقی می شود (۱). امروزه مشارکت بیمار در فعالیت های مراقبتی، نه تنها به عنوان یک حق قانونی برای بیمار در نظر گرفته شده است، بلکه به عنوان یک استاندارد طلایی بین المللی برای سیستم های مراقبت بهداشتی محسوب می شود؛ به طوری که فراهم کنندگان مراقبت های بهداشتی باید در جهت رسیدن به آن تلاش نمایند. در این راستا در کشور ما نیز، وزارت بهداشت و درمان، جایگاه بیمار را در سیستم های مراقبتی مورد توجه و تاکید قرار داده و در منشور حقوقی بیمار، به این مهم توجه نموده است (۲). مشارکت بیمار در مراقبت های بهداشتی، درمانی به عنوان یک بخش حیاتی در نظام سلامت یک عنصر ضروری از نظر پزشکی مبتنی بر شواهد، الزام اخلاقی و یک روش مؤثر برای بهبود کیفیت مراقبت شناخته شده است که با هدف بهبود کیفیت سیستم مراقبت بهداشتی، درمانی و اثربخشی خدمات، در اولویت سیاستگذاران سلامت قرار گرفته است چرا که مشارکت بیمار با ارتقا و حفظ ایمنی بیمار و کاهش هزینه ها همراه است (۳).

حفظ ایمنی بیمار، به عنوان یکی از مفاهیم اساسی در سیستم های ارائه خدمات بهداشتی درمانی حائز اهمیت بوده و نظام های سلامت همه کشورها را تحت تأثیر خود قرار داده است. ایمنی بیمار به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحات به وی، ناشی از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و خطاهای پزشکی است. عوامل مؤثر بر ایمنی بیماران در صورت عدم شناسایی و بهبود آن ها علاوه بر ایجاد آسیب و ناتوانی، می تواند منجر به افزایش مدت بستری، اقدامات اضافی، پذیرش های اضافی و افزایش هزینه های درمانی گردد. به همین دلیل، امروزه کاهش خطاها و افزایش ایمنی بیماران، به یک اولویت جهانی تبدیل شده است (۴). خطاهای پزشکی به عنوان یکی از پنج علت رایج فوت در دنیا ذکر شده است و براساس تخمین سازمان بهداشت جهانی ارائه خدمات و مراقبت های پزشکی

غیرایمن به آسیب و فوت ده ها میلیون بیمار در سراسر جهان منجر می گردد که این میزان حدود ۳/۷ تا ۱۶/۶ درصد از پذیرش های بیمارستانی را شامل می شود. با توجه به لزوم توجه به ایمنی بیمار به عنوان اولویت جهانی، متخصصان مراقبت سلامت باید برای ارائه مراقبت قابل اعتماد و ایمن از آمادگی لازم برخوردار باشند. برخی محققان استدلال نموده اند که راه حل بهبود ایمنی بیمار از طریق ایجاد فرهنگ ایمنی بیمارستان است. فرهنگ ایمنی بیمار در تعیین توانایی سازمان مراقبت بهداشتی برای رسیدگی و کاهش خطرات بیماران جنبه ای کلیدی است و از عوامل مهم ارتقای ایمنی و بهبود کیفیت مراقبت به شمار می رود (۵).

مشارکت بیمار یک پدیده ی پیچیده است و فقدان دانش درمورد تعریف، فرایند و عوامل تعیین کننده برای مشارکت بیمار منجر به عدم کاربرد اقدامات و ابتکارات لازم همچون توسعه گایدلاین های بالینی شده است. در حال حاضر ساختارها و مدل های متنوعی برای درک مفهوم مشارکت بیمار در زمینه های مختلف مراقبتی و درمانی ارائه شده است که اکثر این ساختارها در ارتباط با مشارکت بیمار در حوزه ی تصمیم گیری های بالینی بوده است حال آنکه مشارکت بیمار بر نحوه و کیفیت ارائه مراقبت ها تأثیرگذار است و نیاز است تا برنامه ریزی بیشتری در این زمینه صورت گیرد در میان عواملی که بر مشارکت بیماران تأثیرگذار است، ترغیب بیماران و حمایت کارکنان نظام سلامت امری ضروری شناخته شده است (۳). در صورت تحقق مشارکت بیماران و تلقی آنان بعنوان شریک درمانی با حقوق مساوی، بیماران در فرآیند درمان خود بطور فعال شرکت می نمایند و با دقت بیشتری طرح درمانی خود را پی گیری خواهند نمود و در نتیجه توانمند سازی و حفظ سلامت بیمار بهتر تأمین می شود. به همین علت، عموماً متخصصان نگرش مثبتی نسبت به مشارکت بیماران در امور درمان دارند و این مفهوم را امتیاز خاصی برای خود و بیماران بشمار می آورند. مشارکت بیماران در تصمیم گیری با واژه های دیگری مانند درگیر کردن بیماران، مراقبت بیمار محور، توانمند

بیمار، مشاوره دادن، درگیر کردن بیمار در تصمیم‌گیری‌ها و اختیار دادن به بیمار جهت انتخاب (۸). در مطالعه هلدار و همکاران (۹) تجربه بیماران بستری در مواجهه با حوادث ناخواسته بررسی شد و فرصت‌های جدید برای مشارکت بیماران در ارتقاء کیفیت و ایمنی مراقبت‌های بهداشتی درمانی ارائه شده است (۲۰۲۰). در مطالعه اروجلو و همکاران (۷)، تجارب پرستاران نسبت به مشارکت بیماران در مراقبت‌های پرستاری مورد بررسی قرار گرفت و چهار طبقه اصلی: رایبه اطلاعات، دخیل نمودن بیماران در تصمیم‌گیری، همکاری و احترام استخراج شده است (۱۳۹۸). در مطالعه چگینی و همکاران (۱۰)، موانع مشارکت بیماران در رایبه خدمات ایمن در بیمارستان‌ها مورد بررسی قرار گرفت و این موانع به ۴ دسته طبقه بندی شدند: موانع مرتبط با بیمار، کارکنان، سیستم سازمان و جامعه (۲۰۱۹).

مطالعات نشان می‌دهد که بخش عمده‌ای از تحقیقات مربوط به مشارکت بیماران تاکنون بر ویژگی‌های پزشکان متمرکز بوده است (۳). بنابراین بین پتانسیل بیماران برای فعال شدن در بهبود ایمنی و مداخلات موجود در حال حاضر شکاف اساسی وجود دارد (۹). از سویی در کشور ما نیز اگرچه در مطالعاتی، مشارکت بیمار در موقعیت‌ها و حیطه‌های مختلف بررسی شده است اما هنوز اتفاق نظر واضحی درباره‌ی اجزای فرایندهای مشارکت بیمار در مراقبت پرستاری وجود ندارد و به رغم تصویب منشور حقوق بیمار توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱ هنوز این حقوق به درستی شناخته و پذیرفته نشده است (۳). با وجود اهمیت زیاد امر مشارکت بیماران در جهت ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار از یک سو و از سوی دیگر با توجه به محدودیت مطالعات انجام شده در کشور در این زمینه، بر آن شدیم تا الگویی جهت مشارکت بیماران در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار ارائه دهیم.

روش کار

کشف و استخراج تاثیر مفاهیم و مولفه‌های مشارکت بیمار در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار نیازمند استفاده از روشی دقیق می‌باشد. روش کیفی مناسب‌ترین مسیر برای تحقق این هدف است.

سازی بیماران و خودمدیریتی در تحقیقات مختلف آمده است و همگی این تحقیقات اذعان دارند که مشارکت بیماران با نتایج بهتر و مراقبت‌های موثرتر همراه است. اگرچه مفهوم مشارکت استفاده‌کنندگان از خدمات درمانی موضوع جدیدی نیست، اما ایجاد فرصت برای بیماران و عموم مردم به منظور مشارکت در اتخاذ تصمیمات مؤثر بر سلامت و سیاست‌های مرتبط به آن نسبتاً جدید است. مشارکت بیماران و جامعه در امر سلامت منجر به افزایش رضایتمندی و جلب اعتماد بیشتر مددجویان، کاهش اضطراب و هیجانات بیماران، درک بیشتر نیازهای فردی، ارتباط مثبت و بهتر متخصصان و اثرات پایا و مثبت بر سلامتی می‌شود (۶). سطوح مختلفی برای مشارکت بیمار وجود دارد. سطح کوچک (مراقبت فردی)، سطح میانی (توسعه خدمات، برنامه‌ریزی، رایبه و ارزشیابی مراقبت، آموزش و تربیت افراد رایبه‌دهنده مراقبت)، سطح وسیع (سیاست)، که هر سطح نیازمند محدوده‌ای از انواع فعالیت‌های مشارکت است (۷).

افزایش مشارکت بیمار در درمان مسئولیت تعهد بیمار را نسبت به رفتارهای سلامتی افزایش می‌دهد و امر مراقبت و درمان را تسهیل می‌کند. علی‌رغم اهمیت فراوان این مفهوم در حرفه پرستاری و پزشکی و استفاده روزمره و گسترده از واژه مشارکت بیمار، این مفهوم هنوز هم مبهم و پیچیده است (۸). مشارکت در حیطه‌های مختلف علمی، معانی متفاوتی از درگیر شدن، سهم شدن، شرکت کردن، همکاری کردن تا کمک کردن و شریک شدن دارد. در زمینه مراقبت پرستاری، مشارکت به طور گسترده در ارتباط با نقش بیمار تعریف شده است و به عنوان سهم نمودن اهداف مراقبتی با بیمار و در نظر گرفتن تمایلات بیمار مورد توجه قرار گرفته است. ساختارها و مدل‌های متنوعی برای درک مفهوم مشارکت بیمار در زمینه‌های مختلف مراقبتی و درمانی ارائه شده است. اکثر این ساختارها در ارتباط با مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های بالینی بوده است (۲). از نظر اسدی جنتی و همکاران (۱۳۹۳)، چهار وضعیت در ایجاد قدرت تصمیم‌گیری مراقبتی در بیمار وجود دارد: دادن اطلاعات به

دهیم. در پژوهش حاضر ایده های تکراری به همراه سایر ایده های تکراری مشابه، در یک گروه تحت عنوان مولفه های درونی و بیرونی و فرایندهای اجزای دسته بندی شدند.

۵- تدوین سازه های نظری: به همان نحوی که ایده های تکراری در تم ها طبقه بندی شدند، تم ها نیز در دسته های بزرگ تر و انتزاعی تر یعنی سازه های نظری قرار می گیرند.

۶- روایت نظری: در نهایت سازه های نظری در قالب یک روایت بیان شدند.

در پایان با در کنار هم قرار دادن مولفه های بدست آمده از طریق مصاحبه و مطالعه اسنادی و با بررسی چند مرحله ای که روی مفاهیم انجام گرفت با حذف موارد تکراری و ادغام مفاهیم یکسان و نزدیک به هم مولفه های مشارکت بیمار جهت ارتقا فرهنگ ایمنی تدوین شد. جهت افزایش روایی پژوهش محقق پس از پایان توضیحات مصاحبه شوندگان در طول مصاحبه برداشت خود از صحبت ها و گفته های مصاحبه شونده را بیان می کرد تا با تایید مصاحبه شونده از صحت مطالب بیان شده اطمینان یابد. همچنین در طول فرایند مصاحبه به منظور رفع ابهام و شفاف سازی بیشتر از سوالات پیگیری همانند منظور شما از چه می باشد؟ یا لطفا در این زمینه بیشتر توضیح دهید؟ استفاده گردید و همچنین برای بررسی صحت یافته ها از روش بررسی توسط اعضا استفاده شد. برای این کار گزارش نهایی و مضامین بدست آمده به چند نفر از شرکت کنندگان برای تایید و ارزیابی درستی از نتایج بازگردانده شد و از آنان خواسته شد تا در فرصت مناسب اظهار نظر نمایند.

نتایج

در بخش کیفی جهت تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس گردند تئوری اقدام شد. ابتدا نکات کلیدی مربوط به هر مصاحبه نیمه ساختار یافته، از طریق گوش دادن به مصاحبه ضبط شده و مطالعه یادداشت برداری های حین مصاحبه به صورت مکتوب علامت گذاری شد، سپس نکات کلیدی و اساسی از داخل مصاحبه استخراج شد. در ادامه با دسته بندی نکات کلیدی در قالب اصطلاحات حرفه ای، برچسب گذاری لازم انجام شد و سپس اصطلاحات برچسب گذاری شده هر مصاحبه شونده در

برای بررسی عمیق پدیده مورد نظر از بررسی مبانی نظری پژوهش و از مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته استفاده شد. به این صورت که پس از مطالعه ادبیات پژوهش و شناسایی و استخراج مولفه ها و نشانگرها، سوالات مصاحبه بر اساس آن و با استفاده از راهنمایی های اساتید راهنما و مشاور طراحی شد. همچنین با توجه به ماهیت داده ها از روش گردند تئوری (نظریه زمینه ای) استفاده شد. مشارکت کنندگان این پژوهش خبرگان بیمارستان (اعضای هیئت علمی دانشگاه ها، مدیران، مسئولین ایمنی بیمار و کارشناسان بهبود کیفیت) هستند و نمونه گیری به صورت هدفمند و گلوله برفی و تا حد اشباع نظری ادامه داشت. در این پژوهش، نقطه اشباع داده ها تا جایی ادامه یافت که پژوهشگران با پرسیدن سؤال های مکرر متوجه شدند که داده های جدید بینش تازه ای را آشکار نمی نمایند، در نهایت پس از انجام ۱۶ مصاحبه که به طور میانگین مدت زمان هر مصاحبه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود، اشباع داده ها حاصل گردید. در پژوهش حاضر از ابزار مصاحبه های نیمه ساختار یافته استفاده شد و در ابتدا با این سؤال باز مشارکت بیمار دارای چه ویژگی هایی است؟ بحث شروع شده و در ادامه عوامل درونی و بیرونی مورد پرسش قرار گرفت.

به منظور کدگذاری داده های حاصل از مصاحبه ۶ مرحله آریاخ و سیلورستاین (۱۱) استفاده شد (۲۰۰۳). این تکنیک شامل مراحل زیر است:

۱- مطالعه دقیق متن مصاحبه: در این مرحله به منظور آشنایی با خط فکری مصاحبه شونده متن، چندین بار به دقت مطالعه می شود.

۲- مشخص کردن بخش های مهم و مرتبط: در این مرحله با مطالعه دقیق متن مصاحبه و تمرکز به مسئله پژوهش بخش های مرتبط و مهم مشخص می شوند.

۳- مشخص ساختن ایده های تکراری: ایده های تکراری جملات و یا عبارات مصاحبه شوندگان هستند که با واژگان یکسان یا مشابه بیان شده اند و از نظر معنایی با هم قرابت دارند.

۴- تم سازی: در اینجا ایده های تکراری که به نحوی با هم در ارتباط هستند یا دارای اشتراکاتی هستند در یک دسته قرار می

از مولفه های فرهنگ ایمنی بیمار مشارکت بیمار در برنامه مراقبتی می باشد، پذیرش مسئولیت از طرف بیمار می تواند در درمان کمک کند، مشارکت به شکل مساوات باید انجام پذیرد، حس کنترل باید در بیمار برای مشارکت در درمان بوجود بیاید، فراهم کردن کنترل بیمار بر فعالیت هایشان یکی از راهکارهای مشارکتی است.

در این راستا، یکی از مصاحبه شوندگان چنین اظهار داشت:

" پذیرش مسئولیت دو جانبه است هم مسئولیت و تعهد از سمت کارمندان و پرسنل و هم از طرف خود بیمار باعث بهبود سریع تر می شود. این مصاحبه شونده اعلام کرد که برای خود پرسنل هم باید اقداماتی صورت گیرد که این حس مسئولیت پذیری افزایش پیدا کند کارکنان بر این باور هستند که داشتن محیط ایمن برای کار کردن یکی از حقوق آنها محسوب می شود و همگی تامین ایمنی خود و دیگران را یکی از مسئولیت ها و وظایف خود می دانند."

مولفه فرعی دوم: وظایف سنگین و تعداد نیروی

انسانی

این مولفه مبتنی بر تأثیر مستقیم شاخص مشارکت بیمار است. در این مولفه پس از تحلیل مصاحبه ها تعداد ۴ کد شناسایی شدند، که عبارتند از:

نسبت حجم کاری واحد، در درمان بیمار و آموزش به مشارکت در درمان تاثیرگذار است. ساعت های طولانی در جهت بهبود ایمنی بیمار و مراقبت از آنان، نقش موثری دارد. از نیروی انسانی طرف قرار داد با سازمان های دیگر یا موقت در جهت بهبود ایمنی بیمار، استفاده می شود. در این واحد در "حالت بحران" حجم کاری بیشتری را با سرعت بالا انجام می دهیم.

مولفه فرعی سوم: مدیریت و رهبری

این مولفه مبتنی بر شاخص درون سازمانی است. در این مولفه پس از تحلیل مصاحبه ها تعداد ۶ کد شناسایی شد، که عبارتند از: مدیریت ارشد بیمارستان به ایمنی بیمار ملتزم می باشد. بیمارستان برای ایمنی بیمار دارای برنامه می باشد. بیمارستان از داده های جمع آوری شده به منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می نماید. بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات ضروری

قالب جدول، سازماندهی و بر اساس ارتباط و تناسب که با هم داشتند در قالب ابعاد و مولفه ها دسته بندی شدند.

نتایج نشان داد که مجموع تعداد گره (کدهای بدون تکرار ۱۰۰ مورد بوده که بر اساس تشابهات مفهومی ترکیب و ۵۸ کد های مشترک استخراج شد، که بر اساس شهود و درک پژوهشگران از موضوع مورد بررسی و با توجه به وجه اشتراک آن ها در قالب ۳ مولفه اصلی و ۱۱ مولفه فرعی در قالب گره درختی دسته بندی شدند (جدول ۲). در ادامه مولفه های اصلی و فرعی مشارکت بیمار در ارتقا فرهنگ بیمار بیان شده اند.

جدول ۱. شناسایی مولفه های مشارکت بیمار در ارتقا فرهنگ

| ایمنی بیمار | |
|----------------------|----------------------------------|
| مولفه اصلی | مولفه های فرعی |
| عوامل سازمانی | دادن حس کنترل و مسئولیت |
| | وظایف سنگین و تعداد نیروی انسانی |
| | مدیریت و رهبری |
| عوامل محیطی و ادراکی | پاسخ در قبال خطاها |
| | ارتباطات در زمینه ایمنی |
| | توانمندسازی بیمار |
| تصمیم گیری در درمان | کار تیمی |
| | ارزیابی |
| | ویژگی های بیمار |
| | همکاری و تشریک مساعی بیمار |
| | ارتقا سطح آگاهی |

مولفه اصلی اول: عوامل سازمانی

این مولفه به سازوکارهایی اشاره دارد که به صورت مستقیم بر مدل مشارکت بیمار در ارتقا فرهنگ بیمار تأثیرگذار است. در این مولفه پس از تحلیل مصاحبه بر اساس میزان تشابه مفهومی ۱۹ کد مشترک را تشکیل دادند و از درون این کدها ۴ مولفه فرعی دادن حس کنترل و مسئولیت، وظایف سنگین و تعداد نیروی انسانی، مدیریت و رهبری، پاسخ در قبال خطاها اقتباس شد.

مولفه فرعی اول: حس کنترل و مسئولیت

این مولفه مبتنی بر تأثیر مستقیم مشارکت بیمار است. در این مولفه پس از تحلیل مصاحبه ها ۵ کد شناسایی شدند، که عبارتند از:

روش ها و سیستم های بیمارستان از خطاهایی که قابل رخ دادن هستند، به خوبی پیشگیری می نماید. در هنگامی که خطایی رخ می دهد، از اقدامات انجام شده و اتفاقی که رخ داده است گزارشی را تهیه می نمایم و به مسئول مربوطه بازخورد می دهیم. در مورد خطاهایی که در این واحد اتفاق می افتد، آگاهی داریم. در این واحد، برای جلوگیری از خطای دوباره، راهکار ارائه می دهیم.

مؤلفه های اصلی دوم: عوامل محیطی و ادراکی

این مؤلفه به سازوکارهایی اشاره دارد که به صورت مستقیم بر مشارکت بیمار تأثیرگذار است. در این مؤلفه پس از تحلیل مصاحبه ها بر اساس میزان تشابه مفهومی ۲۲ کد مشترک را تشکیل دادند و از درون این کدها ۴ مؤلفه فرعی ارتباطات در زمینه ایمنی، توانمندسازی، کار تیمی و ارزیابی اقتباس شد.

با کارکرد مناسب به منظور ارائه خدمات خود می باشد. بیمارستان به منظور تأمین ایمنی بیشتر برای بیماران، در تمامی شیفت های کاری، دارای کارکنان فنی واجد صلاحیت با مهارت های لازم است. بیمارستان دارای خط مشی ها، راهنماها و روش های استاندارد برای تمامی واحدهای اجرایی و نیز خدمات پشتیبانی است.

در این راستا یکی از مصاحبه شوندگان اظهار داشت:

"برنامه ریزی صحیح، فرهنگ سازمانی مناسب، یادگیری سازمانی و مدیریت صحیح کارکنان، تقویت مدیریت و رهبری، به موفقیت برنامه ریزی کمک می کند. مدیران باید از مدل ساختاری متناسب با فرهنگ و مشارکت فعال استفاده نمایند."

مؤلفه فرعی چهارم: پاسخ در قبال خطاها

این مؤلفه مبتنی بر شاخص پاسخگویی است. در این مؤلفه پس از تحلیل مصاحبه ها، تعداد ۴ کد شناسایی شدند، که عبارتند از:

جدول ۲. مؤلفه های اصلی دوم: عوامل محیطی و ادراکی

| مؤلفه اصلی | مؤلفه فرعی | مفاهیم |
|-------------------------|---|--------|
| ارتباطات در زمینه ایمنی | ارتباط بین پزشک و بیمار می تواند در مشارکت درمان موثر باشد. همکاری با بیمار یکی از مؤلفه های تأثیرگذار در درمان است. دانش و آگاهی دادن به بیمار در فرهنگ ایمنی بیمار قابل توجه است. راهنمایی بیمار در درمان یکی از مؤلفه های تأثیرگذار است. توانایی درک شده بیمار به خود مدیریتی در مشارکت بیمار موثر می باشد. شناسایی جنبه های مهم بیماری در مشارکت بیمار موثر می باشد. قبول مسئولیت حل مشکلات مربوط به سلامت خود در مشارکت بیمار موثر می باشد. انجام اقداماتی برای بهبود سلامت خود در مشارکت بیمار موثر می باشد. تبدیل شدن به یک متخصص در زمینه مدیریت وضعیت سلامتی خود در مشارکت بیمار موثر می باشد. | |
| توانمندسازی بیمار | حمایت از استقلال بیمار با ارائه برنامه های آموزشی در مشارکت بیمار موثر می باشد. فعال سازی بیمار و ارتقاء سلامت او در مشارکت بیمار موثر می باشد. احترام به بیمار در مشارکت بیمار موثر می باشد. میان واحدهای بیمارستان که نیاز به مشارکت با هم دارند، همکاری خوب وجود دارد. پرسنل بیمارستان از یکدیگر حمایت می نمایند. هنگامی که نیاز است به سرعت کارها انجام گیرد، با همکاری به صورت تیم، کارها و وظایف کاری را انجام می دهیم. در این واحد، پرسنل بایکدیگر با احترام برخورد می کنند. | |
| عوامل محیطی و ادراکی | | |
| کار تیمی | | |

هنگامی که حجم کاری بخشی از این واحد افزایش می یابد، دیگر همکاران نیز به آن بخش کمک می کنند.

بعد از اینکه تغییراتی را در بهبود ایمنی بیمار انجام می دهیم، اثربخشی آن را ارزیابی می نماییم. مدیریت بیمارستان پیش زمینه های ترویج ایمنی بیمار را فراهم می کند.

اقدامات مدیریت بیمارستان نشان می دهد که ایمنی بیمار یک اولویت است.

ارزیابی

به نظر می رسد مدیریت بیمارستان تنها پس از یک رویداد نامطلوب در جهت بهبود ایمنی بیمار اقدام می نماید.

ایمنی بیمار تنها در خطاهای پزشکی و جدی، ضرورت دارد و در این واحد به صورت یک امر مهم تلقی نمی شود.

مفهوم ۱۷ کد مشترک را تشکیل دادند و از درون این کدها ۳

مولفه فرعی اقتباس شد.

مولفه های اصلی سوم: تصمیم گیری در درمان

این مولفه به سازوکارهایی اشاره دارد که به صورت غیرمستقیم

بر مشارکت بیمار در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار تأثیرگذار است.

در این مولفه پس از تحلیل مصاحبه ها بر اساس میزان تشابه

جدول ۳. مولفه های اصلی سوم: تصمیم گیری در درمان

کد گذاری باز

کد گذاری محوری

| مفاهیم | مولفه های فرعی | مولفه اصلی |
|--|----------------------------|---------------------|
| جنس از مولفه های موثر بر مشارکت بیمار در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، می باشد. | | |
| سن در درک شرایط و مشارکت بیمار تأثیر دارد. | | |
| تحصیلات بیمار بر مشارکت بیمار تأثیر دارد. | ویژگی های بیمار | |
| وضعیت اجتماعی و اقتصادی بر مشارکت بیمار تأثیر دارد. | | |
| نوع و شدت بیماری بر مشارکت بیمار تأثیر دارد. | | |
| اعتقادات بیمار بر مشارکت بیمار تأثیر دارد. | | |
| ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار و خانواده وی لحاظ شده است. | | |
| بیمارستان با ارتقاء سطح آگاهی بیماران و همراهانشان در زمینه سلامت، به آنان قدرت و امکان مشارکت در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود را می دهد. | | تصمیم گیری در درمان |
| بیمارستان شناسایی صحیح هویت بیمار و تایید آن را در تمامی مراحل درمان تضمین می نماید. | همکاری و تشریک مساعی بیمار | |
| بیمارستان در فعالیت های مختلف ایمنی، بیمار و جامعه و عموم مردم را مشارکت می دهد. | | |
| بیمارستان وقایع مرتبط به ایمنی بیمار را با بیماران و همراهانشان در میان | | |

می گذارد.

بیمارستان بیماران را نسبت به طرح مسائل، انتقاد و بیان دیدگاه‌هایشان تشویق می کند.

فضای حاکم بر بیمارستان فضای دوستدار ایمنی بیمار است.

پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی درمان را به بیمار توضیح می دهد و با حضور پرستار، بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید.

بیمارستان به تمامی بیماران خود و خانواده شان در مورد مشکل اختصاصی سلامتی آنان و موضوعات عمومی ایمنی بیمار آگاهی می دهد.

ارتقا سطح آگاهی

بیماران در برنامه ریزی و تصمیم گیری در مورد مراقبت سلامت درمان خود مشارکت می کنند.

بیمارستان دارای وب سایت مراقبت سلامت درمان می باشد و بیماران به آن دسترسی دارند.

۲۰۱۸)، شیلدمایر و همکاران (۱۳) (۲۰۱۸) و اروجلو و همکاران (۷) (۱۳۹۸).

در پژوهشی در سوئد نیز اکسلمارک و همکاران (۱۴) (۲۰۱۷)، تجارب پرستاران از مشارکت بیمار در مراقبت های بیمارستانی را مورد بررسی قرار دادند، که در نهایت ۵ مضمون اصلی شامل گوش دادن به بیمار، درگیر کردن بیمار، کنار گذاشتن برخی مسئولیت ها، تقسیم قدرت و مشارکت با بیمار استخراج شد. همچنین در این مطالعه موانع و عوامل تسهیل کننده برای مشارکت نیز بررسی شد.

در مطالعه ای دیگر که توسط رینگدال و همکاران (۱۵) (۲۰۱۷) انجام شد ترجیحات بیماران برای مشارکت در مراقبت و فعالیت های ایمنی در بیمارستان مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه عوامل اثرگذار بر مشارکت و موانع مشارکت بیمار از دیدگاه بیماران بررسی شده است. طبق نتایج این مطالعه بیماران تمایل به مشارکت در مراقبت های ایمن دارند و ارتقاء مشارکت با درک ترجیحات و نیازهای منحصر بفرد بیماران ارتباط دارد.

در پژوهش هلدار و همکاران (۲۰۲۰) (۹)، تجربه بیماران بستری در مواجهه با حوادث ناخواسته بررسی شد و راهکارهایی برای

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش کیفی با هدف شناسایی مولفه های مشارکت بیمار در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار انجام گرفت. یافته های پژوهش دربردارنده ۳ طبقه اصلی مولفه های: عوامل سازمانی، عوامل محیطی و ادراکی، تصمیم گیری در درمان می باشد، که مولفه های فرعی نیز بصورت عوامل سازمانی (دادن حس کنترل و مسئولیت، وظایف سنگین و تعداد نیروی انسانی، مدیریت و رهبری، پاسخ در قبال خطاها)، عوامل محیطی و ادراکی (ارتباطات در زمینه ایمنی، توانمندسازی بیمار، کار تیمی، ارزیابی)، تصمیم گیری در درمان (ویژگی های بیمار، همکاری و تشریک مساعی بیمار، ارتقا سطح آگاهی) دسته بندی شدند.

طبق نتایج این مطالعه، مشارکت بیماران در ارتقاء کیفیت و ایمنی مراقبت ها و همچنین ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار موثر می باشد. نتیجه مطالعه حاضر با مطالعات انجام شده توسط سایر پژوهشگران مطابقت دارد (۹) (۲۰۲۰)، کیم و همکاران (۱۲) (۱۲)

پیشنهاد شده که مشارکت بیمار به خصوص در بعد درگیر کردن بیمار در انجام مراقبت‌های درمانی از خود در این بیماران توسط تیم درمان افزایش یابد.

در مطالعه ای که توسط امینی و همکاران (۳) (۱۳۹۷) انجام شد تأثیر ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران بر تمایل پرستاران به مشارکت بیمار در ایمنی بیمار بررسی شد.

در مطالعه "تجارب پرستاران در مورد مشارکت بیماران در مراقبت‌های پرستاری و عوامل مربوط به آن" که توسط اروجلو و همکاران (۷) (۱۳۹۸) صورت گرفت، نتایج شامل: ملزومات و پیش‌آیندها، حیطه‌ها، پیامدها، موانع و راهکارهای مربوط به مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری بود. در این مطالعه چهار طبقه اصلی: ارایه اطلاعات، دخیل نمودن بیماران در تصمیم‌گیری، همکاری و احترام استخراج شد. همچنین مشارکت بیمار از دیدگاه پرستاران چنین بوده: یک فرآیند تعاملی تصمیم‌گیری و همکاری بین پرستار و مددجو توأم با تبادل اطلاعات، احترام و کسب اجازه از بیمار. پژوهشگران این پژوهش توصیه کرده‌اند که مفهوم مشارکت بیمار از دیدگاه حرفه‌های بهداشتی دیگر بخصوص پزشکان و بیماران نیز مورد بررسی قرار گیرد.

در مطالعه رزم آرا و همکاران (۴) (۱۳۹۵) عوامل مؤثر بر ایمنی بیمار با مدل تحلیل سلسله مراتبی اولویت بندی شد. در این مطالعه که داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ای مبتنی بر چارچوب وینسنت و متناسب با مدل تحلیل سلسله مراتبی جمع‌آوری شد، عوامل وظیفه‌ای، تیمی، مدیریتی - بیمارستانی و عوامل فرابیمارستانی اولویت بندی شدند.

در مطالعه منوچهری و همکاران (۱) (۱۳۹۶) "میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی-درمانی در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه" بررسی شد. در این مطالعه علیرغم مشارکت کلی بالای بیماران، مشارکت در زمان پذیرش، متوسط بود. از محدودیت‌های این مطالعه، زمان تکمیل پرسشنامه، هنگام ترخیص بیماران بوده و این مسئله با توجه به انتظار بیمار برای خروج از بخش، امکان داشته که در پاسخ‌های وی تأثیرگذار باشد همچنین عوامل دیگری نیز در

مشارکت بیماران در ارتقاء کیفیت و ایمنی مراقبت‌های بهداشتی درمانی ارائه شد. طبق نتایج این مطالعه، مشارکت بیماران در ارتقاء کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها مؤثر می‌باشد و به سیستم‌های بهداشتی و درمانی کمک می‌کند تا از تجربه بیماران بستری بیاموزند و این وقایع مضر را کاهش دهند.

در مطالعه رفیعی و همکاران (۲) (۱۳۹۰)، نیز مدلی برای مشارکت بیماران مبتلا به بیماری مزمن در مراقبت پرستاری ارائه گردید. مضمون اصلی این مطالعه "هم‌جهت شدن عوامل مراقبتی" نام‌گذاری شد. پژوهشگران در این مطالعه، مدل هرمی برای توضیح مشارکت بیماران مزمن پیشنهاد نمودند، به طوری که مشارکت در سطوح مختلف براساس فاکتورهای مرتبط با عوامل مراقبتی از متابعت کردن تا درگیر شدن، سهم‌شدن و مشارکت واقعی رخ می‌دهد.

چگینی و همکاران (۱۰) (۲۰۱۹)، موانع مشارکت بیماران در ارایه خدمات ایمن در بیمارستان‌های ایران را مورد بررسی قرار دادند. طبق نتایج این مطالعه موانع به ۴ دسته طبقه بندی شده‌اند: دسته اول موانع مرتبط با بیمار (مانند سطح پائین سواد بهداشتی، آموزش غیرمؤثر، عدم تمایل بیمار و موانع فرهنگی)، دسته دوم موانع مربوط به کارکنان (وجود نگرش منفی نسبت به درگیرکردن بیماران در امور مربوط به ایمنی بیمار، برقراری ارتباطات ناکارآمد، حجم بالای کار و عدم تمایل پزشکان برای تعامل با بیماران)، دسته سوم موانع ایجادشده توسط منابع محدود و آموزش‌های ناکافی که توسط دانشگاه‌ها و در محیط کار ارائه شده است و دسته چهارم، موانع مربوط به جامعه (مانند انتشار ناکافی اطلاعات از طریق رسانه‌های جمعی و نبود خدمات مبتنی بر جامعه).

اسدی جنتی و همکاران (۸) (۱۳۹۳) در مطالعه‌ی خود به بررسی میزان مشارکت بیمار در کنترل عفونت پس از عمل در جراحی ارتوگناتیک پرداختند. در این مطالعه شاخص‌های مشارکت بیمار شامل: اطلاع دادن به بیمار، مشاوره با بیمار، تصمیم‌گیری بیمار، درگیر کردن بیمار در مراقبت‌های درمانی اندازه‌گیری شد. با توجه به رابطه مستقیم بین مشارکت بیمار و عفونت پس از عمل در بیماران جراحی ارتوگناتیک،

موانع و تسهیل کننده های مشارکت بیمار برای ایمنی استخراج شده است. عوامل تعیین کننده مشارکت بیمار به توانایی پزشک، توانائی بیمار مطابق با درک پزشک، فرصت پزشکان، انگیزه پزشک، انگیزه بیمار دسته بندی شد. طبق نتایج این مطالعه همه عوامل تاثیرگذار بر مشارکت، به یکدیگر وابسته هستند.

در مطالعه ی وحدت و همکاران (۱۹) (۲۰۱۴) ، مشارکت بیماران در تصمیم گیری های درمان مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه معنی مشارکت، اهمیت مشارکت بیمار، فاکتورهای موثر بر مشارکت بیمار در تصمیم گیری، روش مشارکت بیمار، ابزارهایی برای ارزیابی مشارکت و مزایای مشارکت بیمار در تصمیم گیری ها استخراج شد. فاکتورهای مرتبط با مشارکت به دو دسته فاکتورهای مرتبط با متخصصان (ارتباط پزشک- بیمار، تشخیص دانش بیمار، و اختصاص زمان برای مشارکت) و فاکتورهای مرتبط با بیمار (داشتن آگاهی و دانش، توانائی فیزیکی، ارتباط روحی، اعتقادات، ارزش ها، تجارب از درمان ها) تقسیم شد.

در مطالعه لانگتین و همکاران (۲۰) (۲۰۱۰)، عوامل موثر بر مشارکت به دو دسته عوامل مرتبط با بیمار (پذیرش نقش جدید، عدم دانش پزشکی، عدم اعتماد بنفس) و عوامل مرتبط با کارکنان مراقبت (تمایل به کنترل، کمبود وقت، اعتقادات شخصی، نوع بیماری) دسته بندی شد.

مشارکت بیمار در مراقبت های بهداشتی، درمانی به عنوان یک بخش حیاتی در نظام سلامت، یک عنصر ضروری از نظر پزشکی مبتنی بر شواهد، الزام اخلاقی و یک روش مؤثر برای بهبود کیفیت سیستم مراقبت شناخته شده است که با هدف بهبود کیفیت سیستم مراقبت بهداشتی، درمانی و اثربخشی خدمات، در اولویت سیاستگذاران سلامت قرار گرفته است چراکه مشارکت بیمار با ارتقا و حفظ ایمنی بیمار و کاهش هزینه ها همراه است (۳). به طور فزاینده ای تشخیص داده می شود که بیماران می توانند کمک های ارزشمندی در ایمنی مراقبت های بهداشتی خود انجام دهند (۲۱). بیماران بستری می توانند نقش مهمی در شناسایی، پیشگیری و گزارش مشکلات در کیفیت و ایمنی مراقبت از خود داشته باشند (۹). باین وجود، داده های تجربی

میزان مشارکت بیماران در تصمیم گیری های مراقبتی درمانی تاثیرگذار هستند که امکان بررسی تمامی عوامل میسر نبوده.

در مطالعه ی اخلی و مسعودی (۱۶) (۱۳۹۸)، که " تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی بیماران تحت همودپالیز " بررسی شد، طبق نتایج این مطالعه اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور با مشارکت اعضای خانواده موجب افزایش خودمراقبتی و ارتقاء سبک زندگی بیماران همودپالیزی می گردد.

علوی زاده و همکاران (۱۷) (۱۳۹۵) نیز در مطالعه خود ارتباط بین مراقبت های بیمار محور و پیامدهای سلامتی را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه ارتباط معناداری بین ابعاد مراقبت بیمار محور و پیامدهای سلامتی مشاهده شد و همچنین ابعاد مراقبت بیمار محور بدین شرح بود: ارتباط پزشک با بیمار، ارتباط پرستار با بیمار، کیفیت اطلاع رسانی داروئی، پاسخگویی کارکنان به نیاز بیماران، کیفیت دستورالعمل ترخیص، مدیریت درد، محیط ساکت، پاکیزگی محیط، مراقبت بیمار محور.

در مطالعه ی دیویس و همکاران (۱۸) (۲۰۰۷)، با بررسی ادبیات و جستجو در منابع معتبر، فاکتورهای موثر بر مشارکت بیمار در ایمنی به ۵ دسته تقسیم شده اند: مرتبط با بیمار، مرتبط با بیماری، مرتبط با متخصصان مراقبت، مرتبط با درمان، مرتبط با وظیفه. طبق نتایج این مطالعه پتانسیل مشارکت بیمار در ایمنی، قابل توجه است، اما برای بررسی بیشتر تاثیرات مشارکت بیمار، تحقیقات بیشتری نیاز است.

در مطالعه کیم و همکاران (۱۲) (۲۰۱۸)، استراتژی های مشارکت بیمار و خانواده برای بهبود ایمنی داروئی بررسی شد. در این مطالعه ۵ سطح: اطلاع رسانی به بیماران درباره داروها، اطلاع رسانی در مورد تعامل با ارائه کنندگان خدمات، توانمندسازی بیماران با ابزار و مهارت های ارتباطی، مشارکت بیمار در مراقبت و ادغام بیماران بعنوان اعضا تیم مراقبت استخراج شده است.

در مطالعه شیلدمایر و همکاران (۱۳) (۲۰۱۸)، تجارب و درک ۱۳ پزشک در مورد عوامل تعیین کننده مشارکت بیمار برای مراقبت ایمن مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج این مطالعه

دیدگاه‌هایشان، توجه و تاکید بر مولفه های دادن حس کنترل و مسئولیت، ارتباطات در زمینه ایمنی، کار تیمی، توانمندسازی بیمار، پاسخ در قبال خطاها، ارزیابی، همکاری و تشریح مساعی بیمار، تاکید بر افزایش تعداد کارکنان به ویژه پرستاران متناسب با تعداد بیماران و حجم کاری، کاهش ساعات کاری کارکنان، حمایت از کارکنان و اجرای برنامه های آموزشی موثر در بیمارستان ها، ایجاد تسهیلات لازم و توسعه ی برنامه های آموزشی برای مشارکت بیمار با رویکرد ایمنی بیمار، توجه به حیطه های آموزش مداوم و ارتقای مستمر، تاکید بر الزامات قانونی و اجرای استانداردها، پاسخگویی سازمانی به نیازهای بیماران، ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار (نهادینه کردن فرهنگ ایمنی بیمار) در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی، مشارکت و همکاری با بیماران و خانواده های آنان، محوریت قرار دادن بیماران در شیوه ی ارائه ی خدمات، آموزش کارکنان و بیماران و رفع موانع قانونی.

بدینگونه پرستاران و سایر مشاغل مراقبتی، مدیران بخش سلامت، مسئولین ایمنی بیمار، کارشناسان بهبود کیفیت، سیاستگذاران سیستم سلامت و مراکز دانشگاهی می توانند از نتایج این مطالعه در مشارکت بیمار برای ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، بهره جویند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی از دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب می باشد که توسط کمیته اخلاق در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی با کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1400.108 به تصویب رسیده است. بدینوسیله از تمام کسانی که در انجام این پژوهش، همکاری داشتند تشکر و قدردانی می گردد.

تعارض منافع

این مقاله فاقد تضاد منافع می باشد.

کمی در مورد میزان نقش بیماران در ارتقاء ایمنی وجود دارد (۱۸). با وجود اهمیت زیاد امر مشارکت بیماران در جهت ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار از یک سو و از سوی دیگر با توجه به محدودیت مطالعات انجام شده در کشور در این زمینه، بر آن شدیم تا الگویی جهت مشارکت بیماران در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار ارائه دهیم. این مطالعه با هدف تعیین مولفه های مشارکت بیماران در ارتقا فرهنگ ایمنی بیمار انجام شد. طبق نتایج این مطالعه، مشارکت بیمار موضوع مهمی در سیستم های بهداشت و درمان است و وجود فرهنگ ایمنی بیمار قوی در بیمارستان ها بر رفتارهای مرتبط با ایمنی و کاهش خطاهای پزشکی تاثیر گذار است. بیماران با مشارکت فعالانه در مراقبت های بهداشتی درمانی می توانند نقش مهمی در بهبود ایمنی داشته باشند. مشارکت بیماران در ارتقاء کیفیت و ایمنی مراقبت ها موثر می باشد. بنابراین در زمینه بهبود مشارکت بیمار در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار پیشنهاداتی ارائه می گردد:

اجرای سیاست های فرهنگ خطاپذیری و گزارش دهی خطا توسط مدیران در بیمارستان ها، تشویق پرسنل برای گزارش خطاهای احتمالی، بکارگیری سیاست های غیرتنبیهی به اشتباهات در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی، تهیه گزارش هنگامی که خطایی رخ می دهد و ارائه بازخورد به مسئول مربوطه، استفاده از داده های جمع آوری شده به منظور بهبود ایمنی، آگاهی در مورد خطاهایی که در واحد اتفاق می افتد، ارائه راهکار برای جلوگیری از خطای دوباره، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، تاکید بر احترام به بیمار، توجه به ویژگی های بیمار منجمله: جنس، سن، تحصیلات بیمار، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، نوع و شدت بیماری، اعتقادات بیمار، ارتقاء سطح آگاهی بیماران و همراهانشان در زمینه سلامت، تضمین شناسایی صحیح هویت بیمار و تایید آن در تمامی مراحل درمان، فراهم نمودن امکان مشارکت بیمار در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان و فعالیت های مختلف ایمنی، تشویق بیماران نسبت به طرح مسائل، انتقاد و بیان

References

1. Manouchehri H, Zagheri Tafreshi M, Nasiri M, Ashrafi H. Patients' Participation in Health Care Decision-Makings in Hospitals Affiliated to Saveh School of Medical Sciences in 2016. *Health and Care Journal* 2017; Year 19, Issue 4:pp. 252-261.
2. Rafiei F, Soleimani M, Seyed Fatemi N . A Model of Patient Participation with Chronic Diseases in Nursing Care, *Koomesh* 2011; Vol. 12, No. 3 (39): pp. 293-304.
3. Amini M, Nazarimanesh L, Mahmoudi Majdabadi Farahani M. Study of Nurses' Willingness to Patient Participation in Patient Safety in Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences Using Pact-Hcw Questionnaire. *Journal of Tehran University of Medical Sciences (Payavard Salamat)* 2018; Vol.12, No. 6: pp. 458-466.
4. Razmara MR, Jani MR, Moudi A, Sarvari MH, Drogar Z, Zolfaghari HR, Rahmani Moghadam E. Prioritization of Factors Contributing to Patient Safety Using a Hierarchical Analysis Model. *Nursing Management Quarterly* 2016; Fifth Year, Vol. 5, Issue. 1: pp. 70-77.
5. Davati A, Vatankhah S, Sharifi K. Assessment of patient safety culture at Shahid Mostafa Khomeini Hospital: Nurses' Perspective. *Health Administration* 2017; Vol. 20, No. 70: pp. 10-20.
6. Vaskouei Eshkevari Kh, Hajinabi K, Riahi L, Maleki MR. Patient Shared Decision-Making Models: A Comparative Study. *Iranian Journal of Nursing Research* 2018; Vol. 13, No. 6: pp. 84-93.
7. Orujlu S, Zamanzadeh V, Valizadeh L. Nurses' experiences of patient participation in nursing care and its related factors: A qualitative content analysis. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences* 2020; 25(4): 401-414.
8. Asadi Janati N, Vahdat Sh, Yazdanpanah A. Studying Patient Participation in Controlling Postoperative Infection in Orthognathic Surgery in Bouali Hospital of Tehran in 2012-2013. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University* 2014; Vol. 24, No. 3: pp. 189-193.
9. Haldar Sh, Mishra SR, Pollack AH and Pratt W. Informatics opportunities to involve patients in hospital safety: a conceptual model . *Journal of the American Medical Informatics Association* 2020; 27(2): 202–211. doi: 10.1093/jamia/ocz167 Advance Access Publication Date: 3 October 2019 Research and Applications.
10. Chegini Z, Janati A, Babaie J, Pouraghaei M. Exploring the barriers to patient engagement in the delivery of safe care in Iranian hospitals: A qualitative study. *Nursing Open* 2020; 7:457–465. <https://doi.org/10.1002/nop2.411>
11. Auerbach CF and Silverstein LB. *Qualitative data: an introduction to coding and analysis*. New York: University Press 2003.
12. Kim JM, Cuervo CS, Berger Z, Lee J, Gayleard J, Rosenberg C, Nagy N, Weeks K, Dy S. Evaluation of Patient and Family Engagement Strategies to Improve Medication Safety .*Patient* 2018; 11:193–206 <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0270-8>.
13. Schildmeijer K, Nilsen P, Ericsson C, Brostrom A and Skagerstrom J. Determinants of patient participation for safer care: A qualitative study of physicians' experiences and perceptions. *Health Science Reports* 2018; (10)1. e87. Published online 2018 Sep 12. doi: 10.1002/hsr2.87
14. Oxelmark L, Ulin K, Chaboyer W, Bucknal T and Ringdal M. Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. *Caring Sciences* 2018; 32: 612–621.
15. Ringdal M, Chaboyer W, Ulin K, Bucknal T and Oxelmark L. Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals. *BMC Nursing* 2017; 16:69.1-8. DOI 10.1186/s12912-017-0266-7

16. Okhli A, Masoudi R. The Impact of Family-Based Empowerment Pattern on Hemodialysis Patients. *Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2019; Vol. 5, No. 3: pp. 9-13.
17. Alavizadeh M, Nasiripour AA, Jadidi R. The Relationship between Patient-Centered Care and Health Outcomes in a Hospital of Tehran. *Nursing Development in Health* 2016; Vol. 7, No. 2: pp. 18-25.
18. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N and Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Journal compilation 2007 Blackwell Publishing Ltd Health Expectations*; 10: pp.259-267. doi: 10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x
19. Vahdat Sh, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review . *Iranian Red Crescent Medical Journal* . 2014; 16(1):e12454. p1-7: DOI: 10.5812/ircmj.12454
20. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L and Pittet D. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings*. January 2010; 85 (1): 53-62. doi:10.4065/mcp.2009.0248 . www.mayoclinicproceedings.com
21. Davis RE, Sevdalis N and Vincent CA. Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? *BMJ Quality Safety* 2011; 20:108-114. doi:10.1136/bmjqs.2010.041871

Original Article

Identifying the Components of Patient Participation in Improving the Patient Safety Culture (A Qualitative Study)

Received: 19/04/2022 - Accepted: 11/06/2022

Roghayeh Bakhshi¹
Soad Mahfoozpour^{2*}
Irvan Masoudi Asl³
Somayeh Hessam⁴

¹ PhD Student, department of health Services administration, south Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Associate professor, Safety Promotion & Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Associate professor, department of health services administration, south Tehran Branch, Islamic Azad University

³ Associate professor of Healthcare Services Management Department of Healthcare Services Management, School of Health Management & Information Sciences Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Associate professor, department of health se

⁴ Associate professor, department of health services administration, south Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: smahfoozpour@yahoo.com

Abstract

Introduction: Patient participation is among the essential factors in providing high-quality and safe services in health care centers and a primary concern for health system managers and policymakers. This study aimed to identify the components of patient participation in improving the patient safety culture.

Methods: The scientific model of this research was based on qualitative interviews with hospital experts (faculty members of universities), and the sampling method was both purposive and snowball. A total of 16 qualitative interviews were conducted with the hospital experts, and the grounded theory technique was adopted to identify the components of patient participation in improving the patient safety culture. The necessity of each component extracted from the patient participation model was examined. The research data were analyzed using the coding method in three stages: open, axial, and selective.

Results: The results revealed 100 unreplicated nodes (codes) extracted based on the conceptual similarities of the composition and 58 common codes. Based on the researchers' intuition and understanding of the subject, the main components and sub-components of organizational factors (giving a sense of control and responsibility, heavy tasks and the number of manpower, management and leadership, and response to errors), environmental and perceptual factors (safety communication, patient empowerment, teamwork, and evaluation), and treatment decision-making (patient's characteristics, patient's collaboration, and raising awareness) were categorized as tree nodes.

Conclusion: According to the results of this study, Patient participation is an important issue in healthcare systems. Patients can play an important role in improving immunity by actively participating in health care. Patient participation is effective in improving the quality and safety of care.

Keywords: Patient participation; Patient safety culture; organizational factors, environmental and perceptual factors; Treatment decision-making