

## بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، در سال ۱۳۹۰

دکتر رحیم بقایی<sup>۱</sup>، داود نورانی<sup>۲\*</sup>، دکتر حمیدرضا خلخالی<sup>۳</sup>، دکتر حبیب ا... پیرنژاد<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۷/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۱۰/۱۲

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** سازمان‌های بهداشتی درمانی در ایران، همواره برای ارتقاء ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت‌های درمانی خود تلاش می‌کنند. و برای این کار لازم است سیستم‌ها و فرآیندهای کاری لازمه را در خود پیاده کرده و فرهنگ ایمنی را مورد توجه قرار دهند. هدف این مطالعه ارزیابی میزان فرهنگی است که ایمنی بیمار را در بیمارستان‌های ارومیه حمایت می‌کند.

**مواد و روش کار:** مطالعه توصیفی تحلیلی و مقطعی بوده، و به کمک پرسش‌نامه استاندارد HSOPSC انجام یافته است. ۵۰۰ نمونه از کارکنان چهار بیمارستان امام (ره) - مطهری - طالقانی - سیدالشهدا (س) ارومیه، به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای و متناسب با حجم آن‌ها انتخاب و اطلاعات پرسش‌نامه مذکور تکمیل شده است.

**یافته‌ها:** نمره‌ای که کارکنان به فرهنگ ایمنی در واحد کاری خود داده‌اند ۲۳ درصد مربوط به نمره عالی و خیلی خوب بوده است. ۵۲ درصد نمره قابل قبول، ۲۰ درصد نمره ضعیف، ۵ درصد نمره مردودی اعلام کرده‌اند. در حدود ۷۰ درصد افراد گفته‌اند که کارکنان نمی‌توانند آزادانه و به طور راحت تصمیمات و اقدامات مسئولین بیمارستان را مورد سؤال قرار دهند. مناطقی که نقطه قوت محسوب می‌شوند شامل: حیطه کار تیمی درون واحدها در بیمارستان می‌باشد. اما نقاطی که نیاز به ارتقاء و بهبود دارند، شامل پاسخ غیر تنبیهی به اشتباهات - مسائل کاری مربوط به کارکنان - فراوانی گزارش دهی وقایع - باز بودن مجاری ارتباطی - حمایت مدیریت از ایمنی بیمار بودند.

**بحث و نتیجه گیری:** رهبری یک عنصر کلیدی و حیاتی در اولویت بخشیدن به موضوع ایمنی بیمار محسوب می‌شود. نحوه پاسخ به اشتباهات، تعیین کننده فرهنگ ایمنی در بیمارستان می‌باشد. به منظور ارتقاء و ایجاد فرهنگ ایمنی مطلوب در بیمارستان می‌بایست ترس از سرزنش شدن در قبال اشتباهات را حذف و جوی سرشار از ارتباطات باز و یادگیری مستمر را در بیمارستان پیاده کرد.

**کلید واژه‌ها:** جو ایمنی، فرهنگ ایمنی بیمار، ایمنی بیمار

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره دوم، پی در پی ۳۷، خرداد و تیر ۱۳۹۱، ص ۱۶۴-۱۵۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۱۴۰۴۲۹۸

Email: nouranid51@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

### مقدمه

ایمنی بیمار به سازمان‌های بهداشت درمان و ارائه دهندگان خدمات آن، کمک کرده تا خطر را پیش بینی کرده، و دنبال راه حلی برای از بین بردن آن باشند. فلورانس نایتینگل می‌گوید: «اعلام این اصل که مهم‌ترین و اولین لازمه یک خدمت بهداشتی و درمانی این است که به بیمار هیچ آسیب و زبانی نرساند».

طی دو دهه اخیر این تفکر که سیستم سلامت به اندازه کافی ایمن نیست و نیازمند بهبود و ارتقاء یافتن است در سطح جهانی مورد توجه قرار گرفته است، از سوی دیگر توسعه و پیشرفت در

<sup>۱</sup> استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۴</sup> استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

ارزش‌ها، نگرش‌ها، ادراکات، شایستگی‌ها و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهدات، سبک و کارآیی یک سازمان بهداشتی و درمانی را تعیین می‌کند. فرهنگ ایمنی در واقع منعکس کننده نقش‌ها و عملکردهای فنی و اجتماعی افراد، وقتی که در موقعیت‌های بحرانی واقع می‌شوند، است (۱۱). در واحدهایی که فرهنگ ایمنی بیمار از میزان استاندارد، پایین است اشتباهات نیز بیشتر رخ خواهد داد. وجود جو مناسب از فرهنگ ایمنی بیمار در یک واحد از میزان اشتباهات و اثرات مضر آن‌ها در بیمارستان می‌کاهد (۱۲).

شاخصه‌های یک فرهنگ ایمنی قوی شامل: تعهد مدیریت نسبت به یادگیری از اشتباهات، سندیت و ارتقا دادن به ایمنی بیمار، تشویق و تمرین دادن نسبت به کار تیمی، شناسایی خطرات بالقوه، استفاده از سیستم گزارش دهی و تجزیه تحلیل حوادث ناگوار رخ داده در بیمارستان در ارتباط با ایمنی بیمار و ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بین کارکنان، می‌باشد. خود کارکنان معمولاً بیش از عامل بررسی علل خطاها، در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار نقش دارند و کلید اصلی در این زمینه محسوب می‌شوند (۱۳). همین طور گزارش دهی و جمع‌آوری اطلاعات به صورت سیستمیک (۱۴)، محیط عاری از سرزنش افراد، تعهد مدیریت نسبت به ایمنی بیمار (۱۵)، تمرکز روی سیستم‌ها و فرآیندهای کاری در بیمارستان، نه تمرکز بر روی افراد (۱۶)، نیز از اهمیت خاصی برخوردار هستند.

محققان چهار فاکتور را از میان متون موجود در این ارتباط گردآوری کرده‌اند که فرهنگ ایمنی بیمار را در یک سازمان مشخص می‌کند. ۱- شناسایی نقاطی که بروز اشتباهات و خطاها در آن‌ها زیاد است. ۲- ایجاد محیط عاری از سرزنش، به منظور انجام گزارش دهی درست و صحیح ۳- همکاری و تشریک مساعی در سازمان ۴- منابعی که سازمان برای ایمنی بیمار اختصاص می‌دهد (۱۷).

ممکن است قدری عجیب به نظر برسد (۱). اولین هدف در یک موسسه درمانی جلوگیری از آسیب و صدمه به بیمار و جلوگیری از به مخاطره انداختن ایمنی وی در نتیجه ارائه خدمات سلامت می‌باشد. اما مطالعات حاکی از این امر است که عده قابل توجهی از بیماران در مواجهه با سیستم درمانی به جای دریافت کمک در جهت بهبود، آسیب می‌بینند. همچنین به طور متوسط بیماران تنها نیمی از معالجات و فرآیندهای درمانی لازم را دریافت می‌کنند (۲).

مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات ایمنی بیمار ناشی از نارسایی و کمبود در فرآیندها و سیستم‌های کاری در درون واحدهاست، نه ناشی از خطاهای انسانی (۳،۴). و عقیده بر این است که مشکلات ایمنی از خطاها و اشتباهات غیر عمدی و تخلف از اصول ایمنی ناشی می‌شود (۵). لذا تلاش برای به حداقل رساندن این مشکلات منجر به پیشرفت و توسعه در ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها شده و بر این تعریف از ایمنی بیمار رسیده‌اند که: ایمنی بیمار یعنی پیشگیری و کاهش حوادث ناگوار یا صدماتی که از فرآیندهای ارائه مراقبت از بیمار ناشی می‌شوند (۶).

فرهنگ سازمان از مهم‌ترین فاکتورهای تعیین کننده ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها محسوب می‌شود (۷،۸). امروزه در اکثر کشورها تلاش بر این است که فرهنگ ایمنی را در سازمان‌ها ارزیابی کنند (۶،۷). ابعاد موجود در فرهنگ ایمنی بیمار همواره با اشتباهات طبی، صدمات ناشی از ارائه مراقبت‌های پرستاری، عفونت‌های بیمارستانی، رضایت‌مندی بیماران، آگاهی بیماران از میزان پاسخ‌دهی و مسئولیت پذیری پرستاران، و همین طور میزان رضایت‌مندی پرستاران در ارتباط تنگاتنگی قرار دارد (۹).

فرهنگ یعنی «مجموعه ادراکات، شناخت‌ها و آگاهی‌های یک گروه مشخصی را می‌گویند، که اعضا آن دارای عناصر شناختی، هیجانی و رفتاری خاص خود هستند» (۱۰). فرهنگ ایمنی سازمان نیز بدین صورت تعریف می‌شود: فرهنگ ایمنی محصول

پزشکی تهران) از طریق تحلیل عامل تأییدی<sup>۱</sup> (CFA) با فرهنگ ایران معتبر سازی و به اثبات رسیده است (۱۹). اسمیت<sup>۲</sup> در مقاله خود ادعای طراحی این ابزار را مبنی بر این که ابزار مزبور فرهنگ ایمنی بیمار را می‌سنجد و تنها نگرش کارکنان را ارزیابی نمی‌کند، مورد آزمون قرار داده و تأیید کرده است (۲۰).

پرسش‌نامه مذکور دارای ۴۲ سؤال می‌باشد که ۱۲ بعد یا (حیطه) مختلف ایمنی بیمار را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ابعاد شامل: درک کلی کارکنان از ایمنی بیمار، درک کارکنان از میزان گزارش اشتباهات و پاسخ غیر تنبیهی به اشتباهات، درک کارکنان از فعالیت‌های مدیران مستقیم خود در رابطه با ارتقاء ایمنی در واحدهای کاری و در بیمارستان، درک کارکنان از اطلاعات مربوط به ارتقاء کیفیت در سازمان، درک کارکنان از سطح کار تیمی در درون واحد کاری و در سطح بیمارستان، درک کارکنان از ارتباطات باز در واحد کاری و در بیمارستان، درک کارکنان از باز خورد و ارتباط با اشتباهات، درک کارکنان از تناسب تعداد پرستاران و حجم کاری، درک کارکنان از نحوه نقل و انتقال بیمار از یک واحد به واحد دیگر و همچنین در بردارنده دو سؤال، یکی در مورد این که پاسخ دهندگان چه نمره‌ای را برای ایمنی بیمار در نظر می‌گیرند و دیگری این که، طی ۱۲ ماه گذشته چند مورد گزارش دهی خطا داشته‌اند، می‌باشد.

و در آخر، اطلاعات مربوط به سابقه کار در بیمارستان، سابقه کار در واحد اخیر، ساعت کار در هفته، سابقه کار تخصصی، شغل و نوع تماس کاری با بیماران، جنس، سن و نوع استخدام گنجانده شده است. در این پرسش‌نامه برای بدست آوردن نظرات پاسخ‌دهندگان از مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت استفاده شده است.

سوالات پرسش‌نامه طبق پرسش‌نامه طراحی شده توسط آژانس کیفیت و تحقیقات بهداشتی آمریکا در درون ابعاد گروه‌بندی شده‌اند. طوری که چند تا از سوالات با همدیگر تشکیل

در کشورمان ایران در پاسخ به افزایش روزافزون خطاهای پزشکی و افزایش توجه مردم و فشار افکار عمومی نسبت به این امر، وزارت بهداشت موضوع ایمنی بیمار را در اولویت برنامه‌های خود قرار داده و همواره از تلاش‌هایی که در این زمینه صورت می‌گیرد، حمایت کرده است. در حال حاضر نیز وزارت بهداشت، حاکمیت خدمات بالینی را در بیمارستان‌ها مطرح کرده که یکی از محورهای آن موضوع ایمنی بیمار می‌باشد.

## مواد و روش کار

داده‌ها از کارکنان مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و در یک مطالعه توصیفی، تحلیلی مقطعی جمع‌آوری گردید. کارکنان (شامل پرستار، پزشک اورژانس، شاغل در آزمایشگاه، شاغل در رادیولوژی، سوپروایزر) چهار بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (شامل: مطهری - امام - سیدالشهدا - طالقانی) در این مطالعه وارد شدند. بیمارستان روان‌پزشکی به دلیل تفاوت در نوع ارائه خدمت، در این مطالعه وارد نشد. جمع‌آوری اطلاعات، به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای و متناسب با حجم کارکنان انجام شده است.

در این مطالعه از ابزار و پرسش‌نامه استاندارد «ارزیابی بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار» استفاده شده است. که توسط آژانس کیفیت و تحقیقات بهداشتی آمریکا در سال ۲۰۰۴ طراحی گردید. و هر سال ویرایش مجدد می‌شود (۱۸). و بارها برای ارزیابی نظرات کارکنان بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار در نقاط مختلف دنیا مورد استفاده قرار گرفته است. این ابزار، ابزاری روا و پایا است که با استفاده از متون مختلف، آزمون‌های شناختی و تحلیل عاملی به منظور ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان طراحی شده است. ابزار مذکور در ایران (دانشگاه علوم

<sup>1</sup> Confirmatory Factor Analysis

<sup>2</sup> Smits M

یک بعد، از ابعاد دوازده گانه فرهنگ ایمنی بیمار را می دهند (۲۱).  
 جواب‌های کاملاً موافقم / موافقم و اغلب اوقات / همیشه، به عنوان  
 پاسخ‌های مثبت برای سؤالات مثبت و جواب‌های کاملاً مخالفم /  
 مخالفم و هرگز / به ندرت نیز به عنوان پاسخ‌های مثبت برای  
 سؤالات منفی تلقی می‌شوند. در نهایت سطح هر بعد یا حیطة با  
 جمع کردن درصد پاسخ‌های مثبت به هر سؤال و تقسیم آن بر  
 تعداد سؤالات هر بعد یا حیطة محاسبه و استخراج می‌شوند  
 (مطابق جدول ۱).

**جدول شماره (۱): میانگین درصد پاسخ‌های مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار**

حیطه‌ها یا ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار	تعداد سؤالات	میانگین درصد پاسخ‌های مثبت
کار تیمی درون واحدها	۴	۸۰ درصد
انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار	۴	۶۷ درصد
حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۳	۴۹ درصد
یادگیری سازمانی، بهبود مداوم	۳	۶۹ درصد
درک کلی از ایمنی بیمار	۴	۵۹ درصد
ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها	۳	۵۶ درصد
باز بودن مجاری ارتباطی	۳	۴۵ درصد
فراوانی گزارش دهی وقایع	۳	۴۲ درصد
کار تیمی ما بین واحدها	۴	۵۵ درصد
مسائل کاری مربوط به کارکنان	۴	۳۶ درصد
تحویل و تحول در بیمارستان	۴	۶۲ درصد
پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطا	۳	۳۱ درصد

انتخاب شده است. به طور کلی افراد شرکت کننده در این پژوهش،  
 ۵۳/۴ درصد از پرستاران، ۹ درصد از پزشکان، ۹ درصد از  
 سوپروایزرها، ۱۰ درصد از شاغلین در آزمایشگاه، ۹ درصد از  
 شاغلین در رادیولوژی، ۲/۲ درصد از بین ماماها، ۶ درصد از بین  
 شاغلین در اتاق عمل، ۱/۴ درصد از بین بهیاران انتخاب شده‌اند.  
 شاغلین در اتاق عمل، ماماها و بهیاران در ردیف شغلی پرستاران  
 محاسبه می‌شود که در این صورت درصد فراوانی پرستاران شرکت-  
 کننده در این مطالعه به ۶۳ درصد می‌رسد.

مشخصات زمینه‌ای<sup>۱</sup> افراد شرکت کننده در مطالعه در جدول  
 ۲ آورده شده است.

سطح هر یک از این ابعاد با سطح ابعاد مذکور در محک  
 منتشره از سوی آژانس کیفیت و تحقیقات بهداشتی آمریکا که هر  
 ساله منتشر می‌شود، مورد مقایسه قرار می‌گیرد. و مناطقی از  
 سیستم که از نظر فرهنگ ایمنی بیمار قوی بوده و یا این که به  
 ارتقاء نیاز خواهد داشت، مشخص می‌شود.

در آمار استنباطی، به منظور تعیین سهم و اهمیت حیطة‌های  
 دوازده گانه، در نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار از مدل تحلیل  
 رگرسیون چندگانه به روش پیش رو استفاده شده است.

## یافته‌ها

به دلیل نقش برجسته و مهمی که پرستاران در فرهنگ ایمنی  
 بیمار بازی می‌کنند. عمده شرکت کنندگان از بین پرستاران

<sup>1</sup> Background Characteristics

**جدول شماره (۲): مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه**

متغیر													واحد کاری			
سایر	اتاق عمل	رادیولوژی	آزمایشگاه	دفتر پرستاری	مامایی	مراقبت‌های ویژه	اورژانس	کودکان و نوزادان	زایمان	جراحی	داخلی	واحد مختلف				
فراوانی	۴	۷۵	۴۴	۲۷	۹	۴۴	۱۱	۴۵	۷	۲۶۷	۳۵۲					
%	۰/۸	۱۵	۱۱/۸	۵/۴	۱/۸	۸/۸	۲/۲	۴۸/۶	۱/۴	۵۳/۴	۷۰/۴					
رده سنی													سابقه در بیمارستان		سابقه در واحد فعلی	
	یک سال و کمتر	یک تا ۵ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱۱ تا ۱۵ سال	۱۶ تا ۲۰ سال	بیشتر	یک سال و کمتر	یک تا ۵ سال	۶ تا ۱۰ سال	۱۱ تا ۱۵ سال	۱۶ سال و بیش‌تر					
فراوانی	۷۳	۲۴۳	۱۱۴	۴۰	۳۰	۴۰	۱۱۴	۲۴۳	۱۱۴	۴۰	۳۰					
%	۱۴/۶	۴۸/۶	۲۲/۸	۸	۶	۸	۲۲/۸	۴۸/۶	۲۲/۸	۸	۶					
ردیف شغلی													سابقه تخصصی			
	سوپروایزر / مسئول	ماما	شاغل در اتاق عمل	شاغل در رادیولوژی	شاغل در آزمایشگاه	شاغل در آتاق عمل	سوپروایزر / مسئول	ماما	شاغل در اتاق عمل	شاغل در رادیولوژی	شاغل در آزمایشگاه	شاغل در آتاق عمل				
فراوانی	۴۵	۱۱	۳۰	۴۵	۵۰	۳۴	۴۵	۱۱	۳۰	۴۵	۵۰					
%	۹	۲/۲	۶	۹	۱۰	۶/۸	۹	۲/۲	۶	۹	۱۰					
نوع استخدام													ساعت کار در هفته		تماس مستقیم با بیمار	
	پیمانی	قراردادی	طرحی	۴۵ تا ۶۰	۴۵ تا ۵۷	۷۱ و بیش‌تر	پیمانی	قراردادی	طرحی	۴۵ تا ۶۰	۴۵ تا ۵۷	۷۱ و بیش‌تر				
فراوانی	۶۶	۱۹۹	۸۱	۱۹۵	۱۷۹	۱۰۴	۶۶	۱۹۹	۸۱	۱۹۵	۱۷۹	۱۰۴				
%	۱۳/۲	۳۹/۸	۱۶/۲	۳۹	۳۵/۸	۲۰/۸	۱۳/۲	۳۹/۸	۱۶/۲	۳۹	۳۵/۸	۲۰/۸				
جنس													نوع استخدام			
	مؤنث	مذکر	رسمی	قراردادی	طرحی	۴۵ تا ۶۰	مؤنث	مذکر	رسمی	قراردادی	طرحی	۴۵ تا ۶۰				
فراوانی	۳۵۲	۱۴۸	۱۵۴	۱۹۹	۸۱	۱۹۵	۳۵۲	۱۴۸	۱۵۴	۱۹۹	۸۱	۱۹۵				
%	۷۰/۴	۲۹/۶	۳۰/۸	۳۹/۸	۱۶/۲	۳۹	۷۰/۴	۲۹/۶	۳۰/۸	۳۹/۸	۱۶/۲	۳۹				

طبق جدول ۳ در حدود ۷۷ درصد کارکنان گفته‌اند که نگران این هستند که اشتباهاتشان در پرونده پرسنلی آنان درج شود. بیش از نیمی از شرکت کنندگان در پژوهش ابراز داشته‌اند که احساس می‌کنند اشتباهاتشان بر علیه‌شان بکار برده خواهد شد. ۷۰ درصد شرکت کنندگان نیز بیان کرده‌اند که نمی‌توانند به طور آزادانه تصمیمات و اقدامات مسئولین را در مورد ایمنی بیماران مورد سؤال قرار دهند و بیش از ۸۰ درصد افراد شرکت کننده، گفته‌اند افراد در این واحد در کارهایشان به هم کمک می‌کنند.

به تعداد ۴۳۷ نفر (۸۷/۴ درصد) ابراز داشته‌اند که به طور مستقیم با بیماران کار می‌کنند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۳ با انحراف معیار ۷/۲۱ می‌باشد. بیش‌ترین رده سنی مربوط به ۲۰ تا ۳۰ سال می‌شوند. از نظر نوع استخدام بیش‌ترین فراوانی مربوط به قراردادی‌هاست و بیش‌ترین فراوانی در متغیر مربوط به سابقه تخصصی، مربوط به سابقه تخصصی ۶ تا ۱۰ سال می‌شود. ۷۰/۴ درصد شرکت کنندگان در این طرح را خانم‌ها، و ۲۹/۶ درصد را آقایان تشکیل می‌دهند.

بیش از نیمی از افراد نیز گفته‌اند، مدیریت تنها زمانی به ایمنی بیمار علاقه‌مند می‌شود که یک حادثه ناگواری رخ داده باشد.

**جدول شماره (۳):** پاسخ‌ها به سؤالات (آیتم‌ها) - توجه:  $\textcircled{R}$  دلالت بر این دارد که سؤال دارای لغت منفی است. لذا پاسخ مثبت در آن کاملاً مخالفم / مخالفم در نظر گرفته می‌شود.

میانگین پاسخ مثبت (درصد)	کاملاً موافقم / موافقم / همیشه / اغلب مواقع (درصد)	نظری ندارم / بعضی وقتها (درصد)	کاملاً مخالفم / مخالفم / هرگز / به ندرت (درصد)	تعدادی از سؤالات پرسش‌نامه
۳۰/۲	۳۰/۲	۵	۶۴/۸	۱: در این واحد تعداد کافی پرسنل، برای انجام کارها وجود دارد.
۸۲/۸	۸۲/۸	۹	۸/۲	۲: افراد در این واحد، در کارهایشان به همدیگر کمک می‌کنند.
۷۱/۴	۷۱/۴	۱۵/۸	۱۲/۸	۳: ما در این واحد فعالانه هر کاری را انجام می‌دهیم، تا ایمنی را افزایش دهیم.
۶۲/۹	۱۸/۵	۱۸/۶	۶۲/۹	۴: ما بیش از حد از پرسنل موقتی (جایگزین) در واحد کاری خود استفاده می‌کنیم.
۲۴/۴	۵۸/۲	۱۷/۵	۲۴/۴	۵: کارکنان احساس می‌کنند که اشتباهاتشان بر علیه آن‌ها بکار برده می‌شوند.
۶۴/۳	۱۷/۴	۱۸/۳	۶۴/۳	۶: این به صورت کاملاً اتفاقی است، که اشتباهات جدی در اینجا رخ نمی‌دهد. $\textcircled{R}$
۱۰/۵	۸۳/۷	۵/۸	۱۰/۵	۷: در زمان‌های بحرانی، حجم کار زیاد را با سرعت زیاد انجام می‌دهیم.
۱۰/۸	۷۷	۱۲/۲	۱۰/۸	۸: کارکنان نگرانند که اشتباهاتشان در پرونده پرسنلی آن‌ها درج شوند.
۲۸	۴۷/۹	۲۴/۱	۲۸	۹: در واحد ما مشکلات مربوط به ایمنی بیمار، وجود دارد.
۴۳	۴۳	۲۸/۸	۲۸/۳	۱۰: سیستم‌ها و روش‌های ما در رابطه با پیشگیری از وقوع اشتباهات، خوب عمل می‌کنند.
۲۰/۵	۲۰/۵	۳۹/۱	۴۰/۴	۱۱: چقدر ممکن است رخداد اشتباهی که قبل از آسیب رساندن به بیمار اصلاح شده است، گزارش گردد؟
۲۰/۷	۲۰/۷	۳۲/۱	۴۷/۱	۱۲: چقدر محتمل است اشتباهی که هیچ ضرری به بیمار نداشت، گزارش گردد؟
۲۸/۵	۲۸/۵	۳۱/۳	۴۰/۲	۱۳: چقدر ممکن است اشتباهی که بالقوه می‌توانست به بیمار آسیب برساند، اما نرسانده، گزارش گردد؟
۳۰/۷	۳۰/۷	۳۱/۳	۳۸	۱۴: مدیریت بیمارستان فضای کاری مناسبی برای ارتقاء ایمنی بیمار فراهم کرده است.
۴۳/۸	۳۲/۹	۲۳/۳	۴۳/۸	۱۵: بخش‌های بیمارستان، با هم هماهنگی لازم را ندارند. $\textcircled{R}$
۴۶/۸	۴۶/۸	۲۵/۸	۲۷/۴	۱۶: فعالیت‌های مدیریت بیمارستان نشان می‌دهد که به ایمنی بیمار اولویت داده می‌شود.
۲۹/۱	۵۰/۹	۱۹/۹	۲۹/۱	۱۷: به نظر می‌رسد مدیریت بیمارستان، فقط زمانی به موضوع ایمنی بیمار علاقه‌مند می‌شود که یک حادثه و واقعه ناگوار رخ می‌دهد.
۱۱	۱۱	۱۹	۷۰	۱۸: کارکنان می‌توانند آزادانه و به طور راحت تصمیمات و اقدامات مسئولین بیمارستان، را مورد سؤال قرار دهند.

و ...

میانگین درصد پاسخ‌های مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در این مطالعه از ۳۱ درصد تا ۸۰ درصد مختلف است (جدول ۱).  
 ۸۰ درصد جزو ابعاد قوی در این مطالعه شناخته شد. ابعادی که میانگین درصد پاسخ مثبت زیر ۵۰ درصد را دارا هستند، جزو مناطق ضعیف محسوب شده و نیازمند ارتقاء می‌باشند.

**جدول شماره (۴):** تعداد وقایع و حوادث گزارش شده در ۱۲ ماه گذشته (درصد)

هیچ حادثه‌ای گزارش نشده	۱ الی ۲	۳ الی ۵	۶ الی ۱۰	۱۱ الی ۲۱	جواب داده نشده
۲۶	۴۴	۱۴	۵/۵	۲	۳
تعداد وقایعی که در ۱۲ ماه گذشته گزارش شده‌اند					

سازمانی و بهبود مداوم (حیطه ۴)، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها (حیطه ۶)، کار تیمی در بین واحدهای بیمارستان (حیطه ۹)، پاسخ غیر تنبیهی در مواقع بروز خطا (حیطه ۱۲)، و انتظارات و اقدامات مدیر/ سوپروایزر در راستای ایمنی (حیطه ۲) که در جدول ۵ هم، آورده شده است.

سایر حیطه‌های موجود در فرهنگ ایمنی بیمار، در مجموع ۷ درصد تغییرات مربوط به نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار را به خود اختصاص می‌دهند. که این حیطه‌ها هم عبارتند از: کار تیمی درون واحدهای بیمارستان (حیطه ۱)، درک کلی از ایمنی (حیطه ۵)، باز بودن مجاری ارتباطی (حیطه ۷)، فراوانی گزارش‌دهی رخدادهای و حوادث (حیطه ۸)، مسائل مرتبط با کارکنان (حیطه ۱۰)، تحویل و تحول در بیمارستان (حیطه ۱۱).

همان‌طور که در جدول ۴ نیز آمده، ۲۶ درصد معتقدند که در ۱۲ ماه هیچ حادثه‌ای در واحد کاری خود گزارش نکرده‌اند و ۴۴ درصد نیز بیان کرده‌اند که در ۱۲ ماه گذشته در واحد کاری خود ۱ الی ۲ حادثه را گزارش کرده‌اند و ۵ درصد نیز به این سؤال اصلاً جواب نداده‌اند. که روشن می‌شود سیستم گزارش‌دهی در بیمارستان ایرادتی دارد که منجر به این شده است تا به این سؤال جواب نداده باشند

به منظور تعیین سهم و اهمیت حیطه‌ها در میزان نمره کل مربوط به فرهنگ ایمنی بیمار، از مدل رگرسیونی به روش پیشرو استفاده گردید. نتایج نشان داد که به ترتیب شش حیطه مهم (جدول ۵) فرهنگ ایمنی بیمار، ۹۳ درصد از تغییرات نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار را به خود اختصاص داده‌اند. که به ترتیب عبارتند از حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (حیطه ۳)، یادگیری

جدول شماره (۵): مدل رگرسیونی به روش پیشرو (Forward)

حیطه‌ها (ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار)	ضریب	انحراف استاندارد	Statistical Significances
ضریب ثابت (Constant)	۳۳/۱۱	۱/۵۰	< ۰/۰۰۱
حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (حیطه ۳)	۱/۸۹	۰/۱۰۷	< ۰/۰۰۱
یادگیری سازمانی و بهبود مداوم (حیطه ۴)	۱/۹۸	۰/۱۲۵	< ۰/۰۰۱
ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها (حیطه ۶)	۱/۷۶	۰/۱۱۰	< ۰/۰۰۱
کار تیمی در بین واحدهای بیمارستان (حیطه ۹)	۱/۴۲	۰/۱۰۲	< ۰/۰۰۱
پاسخ غیر تنبیهی در مواقع بروز خطا (حیطه ۱۲)	۱/۲۹	۰/۰۹۶	< ۰/۰۰۱
انتظارات و اقدامات مدیر / سوپروایزر در راستای ایمنی (حیطه ۲)	۱/۲۰	۰/۰۹۵	< ۰/۰۰۱

## بحث و نتیجه گیری

فرهنگ را که خطاها و اشتباهات، ناشی از نارسایی‌های پرسنلی و فردی است را کنار گذاشته و خطاها را به عنوان فرصت‌هایی برای یادگیری محسوب کنند (۶). انجمن پزشکی آمریکا در این زمینه بیان می‌کند «اگر چه تمام حوادث از خطای انسانی ناشی می‌شوند، ولی خطاها معمولاً از نارسایی در سیستم‌ها و فرآیندهای کاری ناشی شده و افراد را به سوی قصور رهنمون می‌کنند» (۶).

نتایج نشان می‌دهد با وجودی که مدیریت سعی کرده، که به ایمنی بیمار در بیمارستان اولویت داده شود ولی با این حال

یافته‌های تحقیق در رابطه با گزارش خطاها با یافته‌های مطالعات پیشین هماهنگ است. ۸۲ درصد افراد نمره متوسط به پایین را به حیطه فراوانی گزارش خطاها داده‌اند و این پایین بودن فراوانی گزارش خطاها همان‌طور که ادمونسون در سال ۱۹۹۶ بیان کرده، ناشی از بسته بودن جو فرهنگی حاکم بر سازمان می‌باشد (۲۲). برای همین منظور انجمن پزشکی آمریکا توصیه نموده است که سازمان‌ها برای ارتقاء در این زمینه می‌بایست، این

همواره به کارکنان به عنوان عناصر کلیدی و اصلی ارتقاء دهنده ایمنی نگریسته و از متمرکز شدن بر روی خطاها پرهیز نمایند (۱۳).

پیشرفت در موضوع ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها به تغییراتی در سیستم نیاز دارد از جمله این که فرهنگ رایج مبنی بر سرزنش افراد در قبال خطاها باید ریشه کن شود. سرزنش افراد باعث از بین رفتن انگیزه برای گزارش خطاها می‌شود و ضمناً ما را از پرداختن به ضعف سیستم‌ها و فرآیندهای کاری خودمان منحرف می‌سازد. اگر خطایی گزارش نشود، ارزش اطلاعات موجود در خطاها پوشیده مانده و لذا توانایی ما در رابطه با تجزیه و تحلیل دلایل خطاها محدود شده و همین طور باعث ناتوانی ما در پیشگیری از وقوع مجدد خطاها خواهد شد.

یافته‌ها نشان از این دارد که مدیریت تنها زمانی به موضوع ایمنی بیمار علاقه‌مند شده، که یک حادثه ناگواری رخ داده است. این یافته ما نیز با مطالعات سایرین در این زمینه هماهنگی دارد که نشان می‌دهد بیش تر تلاش‌ها برای ارتقاء ایمنی در بیمارستان‌ها، ماهیت واکنشی داشته و همواره تلاش بر این بوده که خطاها را شناسایی، و آن‌ها را حذف نمایند. اگر چه این نوع تلاش‌ها تأثیر بالقوه‌ای هم در ارتقاء ایمنی بیمار دارند (۲۱).

نتایج تحقیق، یافته‌های پژوهشگران را تأیید می‌کند، که مدیریت نقش به‌سزایی در فعال سازی و قوی نمودن فرهنگ ایمنی بیمار و توصیه به یادگیری از خطاها و تشویق نمودن به کار تیمی دارد (۱۳). پژوهشگران بر این تأکید دارند که مدیریت می‌بایست خطاها را به عنوان فرصتی برای یادگیری تلقی کرده،

#### جدول شماره (۶): مقایسه میانگین درصد پاسخ‌های مثبت برای هر یک از ابعاد در بین بیمارستان‌های آمریکا، و ایران

میانگین درصد پاسخ‌های مثبت			حیطه‌ها یا ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار
بیمارستان‌های آمریکا	بیمارستان‌های عربستان	بیمارستان‌های ارومیه	
۸۰ درصد	۷۰ درصد	۸۰ درصد	کار تیمی درون واحدها
۷۵ درصد	۴۹ درصد	۶۷ درصد	انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار
۷۲ درصد	۹۰ درصد	۴۹ درصد	حمایت مدیریت از ایمنی بیمار
۷۲ درصد	۸۲ درصد	۶۹ درصد	یادگیری سازمانی، بهبود مداوم
۶۵ درصد	۵۲ درصد	۵۹ درصد	درک کلی از ایمنی بیمار
۶۳ درصد	۶۷ درصد	۵۶ درصد	ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها
۶۲ درصد	۳۶ درصد	۴۵ درصد	باز بودن مجاری ارتباطی
۶۲ درصد	۶۱ درصد	۴۲ درصد	فراوانی گزارش دهی وقایع
۵۸ درصد	۵۵ درصد	۵۵ درصد	کار تیمی ما بین واحدها
۵۶ درصد	۵۴ درصد	۳۶ درصد	مسائل کاری مربوط به کارکنان
۴۴ درصد	۲۲ درصد	۶۲ درصد	تحویل و تحول در بیمارستان
۴۴ درصد	۴۹ درصد	۳۱ درصد	پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطا

آن‌ها از ۵۰ درصد کم‌تر است، نیاز به ارتقاء دارند. ساختن فرهنگ ایمنی بیمار نیاز به ریشه کن کردن سه عنصر مخرب در سازمان دارد: ۱- سرزنش ۲- ترس ۳- خاموشی و سکوت. خطاها نباید در خود پوشیده مانده، بلکه باید از آن‌ها یادگیری شده و به عنوان اولین گام برای حذف صدمات ناشی از آن‌ها و پیشرفت در زمینه

این مطالعه ابعادی از فرهنگ ایمنی بیمار را که می‌بایست مورد توجه قرار گرفته و ارتقاء یابند را برای ما نشان می‌دهد. جدول ۶ مقایسه میانگین درصد پاسخ‌های مثبت برای هر یک از ابعاد، در بین بیمارستان‌های ایران و آمریکا را انجام داده است. ابعادی از فرهنگ ایمنی بیمار که میانگین درصد پاسخ مثبت به



مواقع بروز خطا (حیطه ۱۲)، انتظارات و اقدامات مدیر/ سوپروایزر در راستای ایمنی بیمار (حیطه ۲).

### تقدیر و تشکر

اینجانب از تمام کارکنانی که در کامل نمودن پرسشنامه مربوط به این مطالعه، بنده را یاری نموده‌اند، نهایت قدردانی و سپاسگزاری را دارم. و از تمام اساتیدم نیز به خاطر راهنمایی‌هایشان در تمام مراحل این پژوهش ممنونم.

ایمنی بیمار مورد استفاده قرار گیرند. می‌توان با استفاده از ظرفیت‌های مدیریتی فضای باز ارتباطی، یادگیری و آموزش مداوم سازمانی را در این زمینه پیاده کرد.

در این مطالعه ابعاد زیر، بیش‌ترین نقش و اهمیت را در تعیین نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار بر عهده داشتند: حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (حیطه ۳)، یادگیری سازمانی و بهبود مداوم (حیطه ۴)، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها (حیطه ۶)، کار تیمی در بین واحدهای بیمارستان (حیطه ۹)، پاسخ غیرسرزنجشی در

### References:

1. Nightingale F. Notes on hospitals. London: Parker and Son; 1859.
2. McGlynn EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2681-3.
3. Barry E, Murcko AC, Brubaker CE. The six sigma book of healthcare. Chicago (IL): Health Administration Press; 2002.
4. Chassin MR, Becher BC. The wrong patient. *Ann Intern Med* 2002; 136: 826-33.
5. Gershon RR, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA et al. Hospital safety climate and its relationship with safety work practices and work place exposure incidents. *Am J Infect Control* 2000;28:211.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
7. Sochalski J. Quality of care, nurse staffing, and patient outcomes. *Policy Polit Nurs Pract* 2001;2: 9-18.
8. Shortell SM, O'Brian JL, Carman JM, Foster RW, Hughes EF, Boerstler H, et al. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept. *Health Serv Res* 1995; 30: 377-402.
9. Hoffman D, Marks B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Pers Psychol* 2006; 4:847-69.
10. Schein EH. Organizational culture and leadership. 2<sup>nd</sup> Ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1992.
11. Turner BA, Pidgeon N, Blockley D, Toft B. Safety culture: its importance in future risk management. Sweden: Second World Bank Workshop on Safety Control and Risk Management; 1989.
12. Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, Admi H, Donchin Y. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Crit Care Med* 2007;35:1312-17.
13. Piotrowski MM, Hinshaw DB. The safety checklist program: creating a culture of safety in intensive care units. *Jt Comm J Qual Improv* 2002;28:306-15.
14. Wong P, Helsing D, Petry J. Providing the right infrastructure to lead the culture change for patient safety. *Jt Comm J Qual Improv* 2002;28:363-72.
15. Krumberger JM. Building a culture of safety. *RN* 2001 ;64(1):32ac.
16. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a culture of safety. In: Shojana KG, Duncan BW, McDonald KM, Editors. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices.

- Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); July 2001.
17. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Burlington (VT): Ashgate; 2000.
  18. Juni P, Witschi A, Bloch R, Egger M The hazards of scoring the quality of clinical trials for meta-analysis. *JAMA*. 1999;282:1054-60.
  19. Mogarri J. Accredited and evaluating patient safety culture in personnel of academic hospitals in Tehran University of Medical Sciences in 2009 [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009.
  20. Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, Wal G van der, Groeneweg PP. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care* 2009;18:292-6.
  21. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
  22. Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error. *J Appl Behav Sci* 1996;32:5-28.