

سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان فاطمه‌ی الزهرا نجف‌آباد*

احمدرضا ایزدی^۱، جهانگیر دریکوند^۲، علی ابرازه^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سازمان‌های بهداشتی - درمانی بایستی بر ایمنی بیمار به عنوان یکی از استراتژی‌های اصلی خود تمرکز نمایند و بزرگ‌ترین چالش برای حرکت در جهت ایجاد یک سیستم بهداشتی - درمانی ایمن، تغییر فرهنگی است. این پژوهش بر آن است تا با ارزیابی ایمنی در بیمارستان فاطمه الزهرا نجف‌آباد، بیمار بتواند در ارتقای فرهنگ ایمنی مؤثر واقع شود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۸۹ انجام گرفته است. جهت شناخت چگونگی وضع موجود در مرحله‌ی میدانی، از پرسش‌نامه‌ی ترجمه شده‌ی مطالعه‌ی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان استفاده شد. روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظرات ۱۵ نفر از صاحب‌نظران تأیید شد. پایایی پرسش‌نامه توسط آزمون آماری Cronbach's alpha، ۰/۸۴۶ بوده است. پرسش‌نامه در اختیار کلیه‌ی پرسنل درمانی بیمارستان فاطمه‌ی الزهرا نجف‌آباد قرار داده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون t و تحلیل واریانس یک طرفه و با به کارگیری نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید. معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: تعداد کل پرسش‌نامه‌های توزیع شده، ۳۵۰ پرسش‌نامه بوده است که از این تعداد، ۱۹۶ پرسش‌نامه تکمیل شد و عودت گردید. میزان بازگشت پرسش‌نامه ۵۶ درصد بود. اقدامات و انتظارات مدیریتی ۷۶ درصد، کار تیمی در درون واحد ۷۵ درصد، یادگیری سازمانی ۷۳ درصد، فیدبک و ارتباطات دربارهی خطا ۷۰ درصد، انتقال دوران بیمارستانی ۶۹ درصد، ارتباطات باز ۶۸ درصد، حمایت مدیریت ۶۵ درصد، کار تیمی بین واحدها ۶۲ درصد، پاسخ غیر تنبیهی به خطا ۵۴ درصد و کارکنان کافی ۴۸ درصد امتیاز مربوط را کسب نمودند. از نظر گزارش خطا، ۶۴ درصد از کارکنان سابقهی هیچ گونه گزارش خطا را نداشته‌اند. میانگین نمره‌ی درجه‌ی ایمنی بیمار در بیمارستان ۳/۳۶ (از ۵) بود و بر اساس نتایج آزمون t، میان تعامل مستقیم یا غیر مستقیم با بیمار در رابطه با درجه‌ی ایمنی بیمار اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($P = ۰/۳۷۳$) و بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، این اختلاف در بخش زایشگاه و در کارکنان ماما با سایر کارکنان معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۰۱$). اختلاف معنی‌داری میان نمره‌ی فرهنگ ایمنی بیمار در بین کارکنان بخش‌های مختلف، سابقه‌ی کار در بیمارستان، سابقه‌ی کار در واحد فعلی خدمت و نوع تماس با بیمار وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: هر چند از نظر نمره‌ی کلی، فرهنگ ایمنی بیمار در وضعیت به طور نسبی قابل قبولی قرار داشت، ابعاد پاسخ غیر تنبیهی به خطا، کارکنان کافی، کار تیمی بین واحدها و حمایت مدیریت نیازمند مداخله‌ی سریع شناخته شدند. بیمارستان می‌تواند با برنامه‌ریزی و اقدام در این زمینه‌ها نسبت به ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار اقدام نماید.

واژه‌های کلیدی: ایمنی بیمار؛ کیفیت خدمات سلامت؛ خطاهای پزشکی؛ بیمارستان‌ها

* این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد انجام گرفته است.

۱- دکتری تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)
Email: izadi@iaushk.ac.ir

۲- دکتری تخصصی، کودکان، بیمارستان فاطمه‌ی الزهرا نجف‌آباد، نجف‌آباد، اصفهان، ایران

۳- مربی، دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد چالوس، چالوس، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۵/۳۰ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۷/۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۸/۲

ارجاع: ایزدی احمدرضا، دریکوند جهانگیر، ابرازه علی. **سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان فاطمه‌ی الزهرا نجف‌آباد.**

مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۶): ۸۹۵-۹۰۷

مقدمه

خدمات درمانی نیازمند تحول است. در وضع فعلی خیلی از راه‌بردها، ساختارهای سازمانی و روال کار انواع نقش‌آفرینان این صحنه با ارزش‌آفرینی برای بیماران همسو نیست (۱). از طرف دیگر، ایجاد ارزش افزوده در خدمات بهداشتی-درمانی، دست یافتن به تعادل بین نتایج خوب، مراقبت عالی و خدمات مناسب با هزینه‌ای قابل قبول است. یکی از معیارهای دستیابی به نتایج خوب، حفظ ایمنی بیمار است. ایمنی به معنی محیطی است که در آن بیمار و سایر افرادی که مراقبت به ایشان ارایه می‌شود، از ضوابط ایمنی برخوردار شوند؛ به طوری که خطرهای محتمل برای یک عمل در حد قابل قبول کاهش یابد (۲). ایمنی بیمار به عنوان فرایندی تعریف شده است که یک سازمان برای انجام ایمن‌تر مراقبت‌های مربوط به بیمار انجام می‌دهد. این فرایند شامل ارزیابی خطر، شناسایی و مدیریت خطرات مرتبط با بیمار، گزارش تحلیل حوادث و ظرفیت یادگیری و پیگیری حوادث و اجرای راه‌حلهایی به منظور کمینه‌سازی خطر بروز مجدد آن‌ها می‌باشد. این مؤسسه فرهنگ ایمنی را فرهنگی تعریف می‌نماید که در آن کارکنان، آگاهی پایدار و فعالی از چیزهایی دارند که می‌تواند اشتباه اتفاق بیفتد (۳). مواجهه با خطا و خطر را از دو دیدگاه می‌توان مورد بررسی قرار داد: روش فردی و روش سیستماتیک. در روش فردی، ۸۰ درصد علت ایجاد خطا، عامل انسانی در نظر گرفته می‌شود. در روش سیستماتیک، که رویکرد پذیرفته شده است، ۸۰ درصد علت ایجاد خطا به سیستم مربوط است، چرا که تا زمانی که سیستم اصلاح نگردد و امکان وقوع خطا به صفر رسانده نشود، خطاها توسط افراد مختلف تکرار خواهد شد. در این شیوه، از طریق ارزیابی نظام‌مند حوادث، بازبینی آن‌ها و سپس جستجوی روش‌هایی برای جلوگیری از وقوع مجدد آن‌ها، از احتمال بروز خطاها و خطرات ناشی از آن‌ها کاسته می‌شود. کلید رسیدن به ایمنی، مدیریت خطا با رویکرد سیستماتیک است (۴). از جمله عوامل موفقیت و اثربخشی سازمان‌ها که در دو دهه‌ی اخیر مورد توجه قرار دارد، فرهنگ سازمانی است. بزرگ‌ترین چالش برای حرکت در جهت ایجاد یک

سیستم بهداشتی-درمانی ایمن، تغییر فرهنگی است (۵). گزارش مؤسسه‌ی پزشکی ایالات متحده‌ی آمریکا تحت عنوان انسان موجودی است که امکان خطا دارد، در سال ۲۰۰۰، ضمن بیان اهمیت در نظر گرفتن ایمنی بیماران به عنوان یکی از ابعاد مهم و حیاتی کیفیت در خدمات درمانی تأکید دارد که سازمان‌های بهداشتی-درمانی بایستی بر فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان یکی از اهداف اصلی خود تمرکز نمایند و فرهنگ ایمنی را در میان کارکنان خود ایجاد کند (۶). سازمان جهانی بهداشت بیان می‌کند که ایمنی بیمار یک بحث جدی سلامت عمومی در سطح جهان است و در سال ۲۰۰۲ اعضای این سازمان در مورد راه حل جهانی بهداشت در رابطه با ایمنی به توافق رسیدند. برآوردها نشان می‌دهد که در کشورهای توسعه یافته از هر ۱۰ بیمار یک بیمار در زمان دریافت خدمات مراقبتی صدمه می‌بیند. در کشورهای در حال توسعه خطر مراقبت‌های سلامتی به اندازه ۲۰ برابر بیش از کشورهای توسعه یافته است و برای بعضی از کشورها بین ۶ تا ۲۱ میلیارد دلار در سال هزینه در بر دارد (۷). فرهنگ ایمنی یک ذهنیت در سطح گروه است که به ارزش‌ها و عقاید سهیم در میان اعضای گروه یا سازمان در ارتباط با ایمنی و رفتار ایمن اطلاق می‌شود. فرهنگ ایمنی به عنوان یک ذهنیت ابتدا در بخش صنعت، هواپیمایی و انرژی اتمی به وجود آمد و در این اواخر در صنعت بهداشت و درمان استفاده می‌شود. ایجاد یک فرهنگ ایمنی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی در کاهش خطاهای طبی و صدمات به بیماران و کارکنان بسیار مهم است (۸).

- Kaiser (به نقل از Savage و Ford) ۷ مشخصه از فرهنگ ایمنی را بیان می‌کند که عبارت است از
- ۱- اعلام خطر به کارکنان و افراد مسؤؤل در مقابل کاهش خطر
 - ۲- مشاهده و تشخیص خطا به عنوان فرصتی برای ارتقای ایمنی سیستم
 - ۳- ایجاد محیط ایمن و غیر تنبیهی که افراد در کمال آرامش، خطاها را گزارش نمایند.
 - ۴- ارتباط به شیوه‌ای صادقانه و باز و قابلیت نگهداری

اطلاعات به صورت قابل اعتماد

۵- گزارش کردن و یادگیری از خطاها از طریق مکانیسم‌های خاص

۶- جبران و پرداخت غرامت به افراد صدمه دیده در اثر خطا

۷- تعهد به ارزش‌ها و مسؤلیت طلبی (۹).

از طرف دیگر، محیط پیچیده و غیر قابل انعطاف نظام سلامت، سبب شده است که تلاش‌ها برای ارایه‌ی خدمات کیفی توان‌فرسا و غیر عملی گردد. موانع همانند دیوارهایی محکم، گروه‌های حرفه‌ای را از هم جدا نگه می‌دارد و به همین دلیل توسعه‌ی منسجم، تنها در حواشی خدمات رخ داده است. بدیهی است که تغییر این موانع و گذشتن از آن‌ها به تغییر فرهنگ نیاز دارد (۴). فرهنگ ایمنی در یک سازمان حاصل ارزش‌های فردی و گروهی، نگرش‌ها، ادراکات، شایستگی‌ها، الگوی رفتاری تعیین کننده‌ی تعهد، سبک و کارایی مدیریت ایمنی در سازمان است. سازمانی که دارای فرهنگ ایمنی مثبت است، به وسیله‌ی ارتباطات دو طرفه‌ی مبتنی بر اعتماد و درک مشترک از اهمیت ایمنی و اطمینان به کارایی شاخص‌های پیش‌گیرانه است (۱۰). مؤسسه‌ی پزشکی آمریکا در گزارش سال ۲۰۰۴ خود با عنوان ایمنی بیماران را حفظ کنیم: تغییر در محیط کار پرستاری، ضمن تأکید بر نقش پرستاران در ارتقای کیفیت خدمات درمانی، منابع تهدید کننده‌ی ایمنی بیماران را مدیریت و نیروی انسانی، فرایندهای کاری و فرهنگ سازمانی را بیان می‌نماید. راه‌کارهای ارایه شده به منظور بهبود ایمنی بیمار بر اساس این گزارش عبارت از مدیریت مبتنی بر شواهد، افزایش قابلیت‌های نیروی انسانی، طراحی مجدد کار و جریان کار به منظور کاهش خطاها و در نهایت ایجاد و پایدار نمودن فرهنگ ایمنی است (۱۱).

مزایای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار را می‌توان به صورت زیر برشمرد:

- تعیین وضعیت سازمان در ارتباط با حوادث ناخواسته
- کمک به تصمیم‌گیری جهت ارتقای ایمنی بیمار
- شناخت فرهنگ ایمنی و افزایش آگاهی ذینفعان
- ارزیابی مداخلات مرتبط با ایمنی بیمار و پیگیری

تغییرات در طول زمان

- بهینه‌کاو‌ی داخلی و خارجی

- کمک به برآورده سازی الزامات قانونی و سایر الزامات (۱۰).

ابعاد مختلفی برای فرهنگ ایمنی بیمار ذکر شده است. Sexton و همکاران در پژوهش خود در مورد بررسی پایایی پرسش‌نامه‌ی ارزیابی نگرش به ایمنی بیمار، از ابعاد جو کار تیمی، رضایت شغلی، ادراک از مدیریت، جو ایمنی، شرایط کاری و شناسایی استرس نام برده است (۱۲). مؤسسه‌ی پژوهش و کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی، فرهنگ ایمنی بیمار را از ابعاد انتظارات و اقدامات مدیریت، یادگیری سازمانی، کار تیمی بین واحدها، ارتباطات باز، پاسخ غیر تنبیهی به خطا، کارکنان، مدیریت بیمارستان و انتقال و تحویل بیماران می‌سنجد (۱۳). در طراحی مقیاس جو ایمنی بیمار در ژاپن، از معیارهای جریان آزاد اطلاعات، بهبود مستمر، گزارش خطاها، مشارکت خانواده‌ی بیمار، رهبری ایمنی سازمانی، رهبری ایمنی حرفه‌ای، رهبری کمیته‌ی ایمنی بیمار و دسترسی به تجهیزات و قوانین استفاده گردیده است (۱۴).

مطالعات پیرامون فرهنگ ایمنی در بخش صنعت در بسیاری از کشورها و حتی ایران انجام شده است. در کشور ما تلاش‌هایی در زمینه‌ی مدیریت خطر و مدیریت خطاهای پزشکی گردیده است (۱۵)، ولی تاکنون به طور منظم و سیستماتیک به مسأله‌ی فرهنگ ایمنی بیمار کمتر پرداخته شده است؛ به طوری که در بیمارستان‌های ایران با وجود اهمیت این بخش در تأمین سلامت آحاد جامعه، مطالعه‌ی انجام نگردیده است. پژوهش‌های زیادی در سطح دنیا در ارتباط با فرهنگ ایمنی بیمار انجام شده است که از آن جمله می‌توان به پژوهش Hellings و همکاران (۱۶) در بیمارستان‌های بلژیک، پژوهش Waltson و همکاران (۱۷) در ۴ بیمارستان عربستان و پژوهش Kim و همکاران (۱۸) بر روی ادراک پرستاران از گزارش‌دهی خطا و فرهنگ ایمنی بیمار در کره‌ی جنوبی اشاره نمود. این پژوهش بر آن است تا با به کارگیری رویکرد بعدشناختی فرهنگی به ارزیابی فرهنگ

استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) انجام گردید. به منظور تعیین معنی‌دار بودن اختلاف میان گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD (Least significant difference) استفاده شد. احتمال کمتر از ۰/۰۵ در فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد، معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد کل پرسش‌نامه‌های توزیع شده، ۳۵۰ پرسش‌نامه بود که از این تعداد، ۱۹۶ پرسش‌نامه تکمیل شد و عودت گردید. میزان بازگشت پرسش‌نامه ۵۶ درصد بود. توزیع کارکنان از نظر سابقه‌ی کار در بیمارستان شامل ۲۸ نفر (۱۶ درصد) کمتر از یک سال، ۵۵ نفر (۳۱ درصد) بین ۱ تا ۵ سال، ۴۲ نفر (۲۴ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۵۰ نفر (۲۸ درصد) ۱۱ تا ۱۵ سال و ۲ نفر (۱ درصد) ۱۶ تا ۲۱ سال سابقه داشته‌اند. بیش از ۲۱ سال نیز سابقه‌ی کاری اعلام نشده است. توزیع کارکنان از نظر سابقه‌ی کار در واحد فعلی، ۴۳ نفر (۲۴ درصد) کمتر از یک سال، ۷۶ نفر (۴۲ درصد) یک تا ۵ سال، ۳۴ نفر (۱۹ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۲۵ نفر (۱۴ درصد) یازده تا ۱۵ سال و یک نفر (۱ درصد) نیز ۱۶ تا ۲۰ سال ذکر کرده است. از نظر دسته‌ی درمانی، بیشترین تعداد کارکنان (۳۰ درصد) در گروه پرستاران قرار داشتند. ۱۴/۸ درصد در گروه تکنسین‌های اتاق عمل، آزمایشگاه و رادیولوژی بودند. پزشکان با ۸/۷ درصد مشارکت در رده‌ی سوم قرار گرفتند. ۶/۶ درصد پاسخ‌دهندگان ماما، ۶/۶ درصد بهیار، ۴ درصد منشی، ۵ درصد نیروهای خدماتی و ۷ درصد سایر رده‌های سازمانی قرار داشتند. ۱۲ درصد به این گویه پاسخ ندادند. از نظر تعامل با بیمار، ۷۹ درصد از پاسخ‌دهندگان بیان نموده‌اند که تماس مستقیم با بیمار دارند و ۲۱ درصد عنوان کردند که تعامل یا تماس مستقیم با بیمار ندارند. از نظر توزیع تخصص در زمینه‌ی حرفه‌ی فعلی، ۵ درصد (۹ نفر) پاسخ‌دهندگان کمتر از یک سال، ۳۲ درصد (۵۷ نفر) یک تا ۵ سال، ۲۰ درصد (۵۲ نفر) ۶ تا ۱۰ سال، ۲۷ درصد (۴۷ نفر) ۱۱ تا ۱۵ سال، ۶ درصد (۱۱ نفر) ۱۶ تا ۲۰ سال و

ایمنی بیمار بپردازد، ابعاد دارای اولویت مداخله را شناسایی نماید و پیشنهادات کاربردی در جهت ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار ارایه کند

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۸۹ انجام گرفته است. در بخش مطالعات کتابخانه‌ای با فیش‌برداری از مستندات بین‌المللی و سازمان جهانی بهداشت در ارتباط با فرهنگ ایمنی بیمار به جمع‌آوری داده‌ها پرداخته شده است. جهت شناخت چگونگی وضع موجود در مرحله‌ی میدانی، از پرسش‌نامه‌ی ترجمه‌شده‌ی مطالعه‌ی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان متعلق به National patient safety agency استفاده شد. پرسش‌نامه در هفت بخش تهیه شده است. در بخش اول تا ششم با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ تایی و در ۴۳ سؤال به بررسی وضعیت ایمنی بیمار از نظر ابعاد انتظارات و اقدامات مدیریت، یادگیری سازمانی، کار تیمی بین واحدها، ارتباطات باز، پاسخ غیر تنبیهی به خطا، کارکنان، مدیریت بیمارستان و انتقال و تحویل بیماران پرداخته شده است. در بخش هفتم تعیین مشخصات دموگرافیک در قالب ۸ سؤال بررسی شده است. روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظرات ۱۵ نفر از صاحب‌نظران رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تأیید شد. جامعه‌ی آماری، کلیه‌ی پرسنل درمانی بیمارستان فاطمه‌ی الزهرا نجف‌آباد بودند. با توجه به تعداد کارکنان، نمونه‌گیری انجام نشد و پرسش‌نامه به روش سرشماری به تعداد کارکنان هر بخش، آماده شد. در هر بخش، یک نفر از کارکنان به عنوان رابط تعیین شد. کلیه‌ی رابطین از نظر فواید، کاربرد و محرمانگی اطلاعات توسط پژوهشگران توجیه شدند. پرسش‌نامه‌ها جهت کلیه‌ی پرسنل شاغل در بخش‌های درمانی اعم از پزشک و غیر پزشک در کلیه‌ی شیفت‌ها در اختیار رابط قرار داده شد و پس از تکمیل، جمع‌آوری گردید. در این پژوهش، پایایی پرسش‌نامه توسط آزمون آماری Cronbach's alpha، ۰/۸۴۶ محاسبه شد. به منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی- تحلیلی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه با

و جراحی به طور معنی‌داری نمره‌ی بالاتری نسبت به درمانگاه، داروخانه، اطفال و زنان داشته است. از نظر ردیف شغلی نیز کارکنان پرستار، ماما و خدمات به طور معنی‌داری نمره‌ی بالاتری به کار تیمی درون واحد نسبت به منشی و کمک بهیاران داده‌اند.

درصد امتیاز بعد اقدامات و انتظارات مدیریتی، ۷۶ درصد بوده است. بر اساس نتایج آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه که در جدول ۲ ارایه شده است، اختلاف معنی‌داری میان میانگین نمره‌ی اقدامات و انتظارات مدیریتی با بخش محل کار ($P < 0/001$) و ردیف شغلی ($P = 0/001$) وجود داشت. این اختلاف در بخش جراحی زنان، زایشگاه، داخلی و سی‌سی‌یو به طور معنی‌دار بالاتر از درمانگاه بود. به علاوه، کارکنان ردیف شغلی پرستار و ماما میانگین نمره‌ی اقدامات و انتظارات مدیریتی را به طور معنی‌داری بالاتر از تکنسین، منشی و کمک بهیار ارزیابی نمودند. بعد یادگیری سازمانی در ارتباط با ایمنی بیمار ۷۳ درصد از امتیاز مربوط را کسب کرد و در وضعیت به نسبت خوبی قرار دارد. اختلاف معنی‌داری بین نمره‌ی یادگیری با متغیرهای دموگرافیک مشاهده نشد ($P > 0/05$).

میانگین نمره‌ی بعد حمایت مدیریت در رابطه با ایمنی بیمار، ۳/۲۴ بوده است که معادل ۶۵ درصد از امتیاز مربوط را

۱ درصد (یک نفر) بیش از ۲۱ سال سابقه داشته‌اند. میانگین و انحراف معیار پاسخ شرکت کنندگان به تفکیک ابعاد فرهنگ ایمنی (از ۵ نمره) در جدول ۱ ارایه شده است. بیشترین امتیاز مربوط به اقدامات و انتظارات مدیریتی و کار گروهی در درون واحد در زمینه‌ی ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار بوده است. کمترین امتیاز مربوط به کارکنان کافی و پاسخ غیر تنبیهی به خطا بوده است.

بعد کار تیمی درون واحد در ارتباط با ایمنی بیمار، ۷۵ درصد از امتیاز مربوط را کسب کردند و در وضعیت به نسبت خوبی قرار دارند. بر اساس نتایج آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه که در جدول ۲ ارایه شده است، اختلاف معنی‌داری میان میانگین نمره‌ی کار تیمی درون واحد با ساعات کاری در هفته ($P = 0/071$)، سابقه‌ی کار در بیمارستان ($P = 0/041$)، بخش محل کار ($P < 0/001$) و ردیف شغلی ($P = 0/017$) وجود داشت. نمره‌ی کار تیمی درون واحد در کارکنانی که در هفته‌ی ۴۰ تا ۵۹ ساعت کار می‌کنند، به طور معنی‌داری کمتر از کارکنانی بود که ۶۰ تا ۸۰ ساعت کار می‌کنند. کارکنانی که کمتر از یک سال سابقه داشته‌اند، نیز کار تیمی درون واحد را بیشتر از کارکنانی که دارای ۱ تا ۵ سال سابقه بودند، ارزیابی کردند. کار تیمی درون واحد در بخش‌های اورژانس، آی‌سی‌یو

جدول ۱: آمار توصیفی ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان مورد مطالعه

| نام بعد | تعداد | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار | واریانس |
|------------------------------|-------|-------|--------|---------|--------------|---------|
| کار تیمی درون واحد | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۳/۷۵ | ۰/۷۰۶ | ۰/۴۹۹ |
| انتظارات مدیریت | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۳/۸۱ | ۰/۷۱۹ | ۰/۵۱۷ |
| یادگیری سازمانی | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۳/۶۷ | ۰/۶۹۲ | ۰/۴۸۰ |
| حمایت مدیریت | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۳/۲۳ | ۰/۸۹۵ | ۰/۸۰۱ |
| ادراک کلی از ایمنی بیمار | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۳/۳۷ | ۰/۸۰۰ | ۰/۶۴۰ |
| فیدبک و ارتباط در مورد خطاها | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۳/۵۵ | ۰/۷۴۵ | ۰/۵۵۶ |
| ارتباطات باز | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۳/۴۱ | ۰/۸۵۲ | ۰/۷۲۷ |
| تکرار گزارش دهی خطا | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۳/۳۱ | ۰/۷۵۶ | ۰/۵۷۲ |
| کار تیمی بین واحدها | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۳/۱۱ | ۰/۷۵۰ | ۰/۵۶۳ |
| کارکنان کافی | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۲/۴۲ | ۰/۸۵۱ | ۰/۷۲۶ |
| انتقال و تحویل بیمار | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۳/۴۲ | ۰/۶۶۶ | ۰/۴۴۴ |
| پاسخ غیر تنبیهی به خطاها | ۱۹۶ | ۱ | ۵ | ۲/۶۹ | ۰/۵۳۰ | ۰/۲۸۱ |

جدول ۲: نتایج آزمون آنالیز واریانس ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار به تفکیک متغیرهای سابقه‌ی کار در بیمارستان، سابقه‌ی کار در تخصص فعلی، تعداد حوادث گزارش شده، ساعات کاری در هفته، ردیف شغلی، بخش محل در بیمارستان فاطمه‌ی الزهرا نجف آباد در سال ۱۳۸۹

| نام بعد | سابقه‌ی کار در بیمارستان | | تعداد حوادث گزارش شده | | ساعات کاری در هفته | | ردیف شغلی | | بخش محل کار | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------|-----------------------|------------|--------------------|------------|-----------|------------|-------------|------------|-------|--------|
| | مقدار F | احتمال (P) | مقدار F | احتمال (P) | مقدار F | احتمال (P) | مقدار F | احتمال (P) | مقدار F | احتمال (P) | | |
| کار تیمی درون واحد | ۲/۵۴۵ | ۰/۰۴۱ | ۱/۳۰۹ | ۰/۲۶۸ | ۱/۱۲۳ | ۰/۳۴۸ | ۲/۳۸۶ | ۰/۰۷۱ | ۲/۳۴۱ | ۰/۰۱۷ | ۲/۹۸۳ | <۰/۰۰۱ |
| انتظارات مدیریت | ۱/۴۸۶ | ۰/۲۰۸ | ۱/۶۷۵ | ۰/۱۵۸ | ۱/۵۰۲ | ۰/۲۰۴ | ۰/۷۶۰ | ۰/۵۱۸ | ۴/۸۲۵ | <۰/۰۰۱ | ۲/۱۷۰ | ۰/۰۰۹ |
| یادگیری سازمانی | ۱/۷۷۳ | ۰/۱۳۶ | ۰/۷۴۹ | ۰/۷۵۱ | ۱/۲۲۸ | ۰/۳۰۱ | ۱/۷۲۲ | ۰/۱۶۴ | ۱/۷۴۲ | ۰/۰۸۴ | ۱/۴۱۳ | ۰/۱۴۶ |
| حمایت مدیریت | ۲/۸۳۱ | ۰/۰۲۶ | ۱/۹۱۹ | ۰/۱۰۹ | ۱/۴۴۷ | ۰/۲۲۱ | ۱/۱۷۱ | ۰/۳۲۲ | ۱/۸۶۵ | ۰/۰۶۱ | ۱/۷۸۱ | ۰/۰۴۱ |
| ادراک کلی از ایمنی بیمار | ۱/۲۲۸ | ۰/۳۰۱ | ۳/۷۰۲ | ۰/۰۰۶ | ۰/۴۳۸ | ۰/۷۸۱ | ۱/۳۹۴ | ۰/۲۴۶ | ۲/۰۹۱ | ۰/۰۳۳ | ۱/۵۹۰ | ۰/۰۸۱ |
| فیدبک و ارتباط در مورد خطاها | ۰/۹۵۳ | ۰/۴۳۵ | ۱/۶۰۵ | ۰/۱۷۵ | ۱/۸۴۰ | ۰/۱۲۴ | ۴/۸۲۱ | ۰/۰۰۳ | ۲/۸۴۹ | ۰/۰۰۴ | ۱/۸۰۲ | ۰/۰۳۸ |
| ارتباطات باز | ۱/۰۱۲ | ۰/۴۰۳ | ۲/۳۵۱ | ۰/۰۵۶ | ۱/۱۵۹ | ۰/۳۳۱ | ۳/۱۴۶ | ۰/۰۲۶ | ۱/۳۲۰ | ۰/۲۳۰ | ۱/۵۲۱ | ۰/۱۰۳ |
| تکرار گزارش دهی خطا | ۰/۱۴۰ | ۰/۹۶۷ | ۱/۰۶۴ | ۰/۳۷۶ | ۰/۸۵۳ | ۰/۴۹۴ | ۵/۷۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۱/۲۵۸ | ۰/۲۶۴ | ۱/۳۷۲ | ۰/۱۶۶ |
| کار تیمی بین واحدها | ۱/۱۷۰ | ۰/۵۰۹ | ۰/۷۹۹ | ۰/۵۲۷ | ۳/۸۱۵ | ۰/۰۰۵ | ۰/۰۶۷ | ۰/۹۷۷ | ۰/۰۶۷ | ۰/۶۷۵ | ۱/۱۷۰ | ۰/۲۹۹ |
| کارکنان کافی | ۰/۸۲۸ | ۰/۹۲۵ | ۰/۵۲۰ | ۰/۷۲۱ | ۰/۷۹۴ | ۰/۵۳۱ | ۰/۱۵۲ | ۰/۹۲۸ | ۰/۷۳۶ | ۰/۰۰۲ | ۲/۴۴۷ | ۰/۰۰۳ |
| انتقال و تحویل بیمار | ۰/۲۲۳ | ۰/۳۹۶ | ۰/۹۲۳ | ۰/۴۵۲ | ۱/۱۵۲ | ۰/۳۳۴ | ۰/۳۶۶ | ۰/۷۷۷ | ۴/۰۳۷ | <۰/۰۰۱ | ۱/۴۱۱ | ۰/۱۴۷ |
| پاسخ غیر تنبیهی به خطاها | ۰/۹۷۹ | ۰/۴۲۱ | ۰/۷۴۴ | ۰/۵۶۳ | ۲/۹۰۴ | ۰/۰۲۴ | ۰/۹۹۰ | ۰/۳۹۹ | ۱/۰۶۴ | ۰/۳۹۲ | ۱/۹۷۱ | ۰/۰۲۰ |

در ارتباط با ایمنی بیمار، $3/38$ بود که معادل 68 درصد از امتیاز مربوط را کسب کرده است و در وضعیت به نسبت خوبی قرار دارد. اختلاف معنی‌داری میان میانگین نمره‌ی ارتباطات باز با ساعات کاری در هفته وجود داشت ($P = 0/026$). کارکنان با ساعات کاری بیشتر از 80 ساعت در هفته نمره‌ی کمتری به ارتباطات باز نسبت به کارکنان با ساعات کاری $20-39$ ساعت داده‌اند. میانگین نمره‌ی بعد تکرار گزارش‌دهی خطا $3/31$ بود که معادل 66 درصد از امتیاز مربوط را کسب کرده است و در وضعیت به نسبت خوبی قرار دارد. اختلاف معنی‌داری میان میانگین نمره‌ی تکرار گزارش‌دهی خطا با متغیر ساعات کاری در هفته ($P = 0/001$) مشاهده شد. بدین شرح که تکرار گزارش‌دهی خطا در کارکنان دارای $80-60$ ساعت کار بیشتر از کارکنان دارای $40-59$ ساعت بوده است. میانگین نمره‌ی کار تیمی بین واحدهای بیمارستان معادل 62 درصد از امتیاز مربوط را کسب کرده است و در وضعیت به نسبت خوبی قرار دارد. میانگین نمره‌ی کار تیمی بین واحدها با متغیر تعداد حوادث گزارش شده اختلاف معنی‌داری نشان داد ($P = 0/005$). بدین گونه که گروهی که تعداد حوادث گزارش شده بیش از 10 مورد داشته‌اند، امتیاز بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها داده‌اند.

بعد کفایت کارکنان مورد نیاز بیمارستان به طور میانگین، معادل 48 درصد نمره‌ی مربوط را کسب کرده است و در وضعیت ضعیف قرار دارد. اختلاف معنی‌داری میان میانگین نمره‌ی کفایت کارکنان با متغیرهای بخش محل کار ($P = 0/003$) و ردیف شغلی ($P = 0/002$) مشاهده شد. از نظر بخش محل کار، نمره‌ی کفایت کارکنان در بخش رادیولوژی و اتاق عمل به طور معنی‌داری بیشتر از کارکنان بخش‌های جراحی، زنان و اورژانس بوده است. از نظر ردیف شغلی، نمره‌ی کفایت کارکنان در گروه تکنسین‌ها و پزشکان به طور معنی‌داری بیشتر از کارکنان پرستار، ماما، بهیار و خدمات بوده است. میانگین نمره‌ی انتقال و تحویل بیمار در بیمارستان معادل 68 درصد از امتیاز مربوط را کسب کرده است و در وضعیت به نسبت خوبی قرار دارد. میانگین نمره‌ی کار تیمی بین واحدها با متغیر ردیف شغلی اختلاف معنی‌داری

کسب کرد و در وضعیت به نسبت خوبی قرار دارد. اختلاف معنی‌داری میان میانگین نمره‌ی حمایت مدیریت با متغیرهای سابقه‌ی کار در بیمارستان ($P = 0/026$) و بخش محل کار ($P = 0/041$) مشاهده شد. از نظر سابقه‌ی کار، نمره‌ی حمایت مدیریت توسط کارکنان دارای کمتر از یک سال سابقه، به طور معنی‌داری بیشتر از کارکنان با $11-15$ سال و کارکنان بالای 16 سال سابقه بوده است. حمایت مدیریت در بخش‌های سی‌سی‌یو و اورژانس به طور معنی‌دار کمتر از داروخانه، اتاق عمل و نیروهای چرخشی برآورد شده است.

میانگین نمره‌ی ادراک کلی از ایمنی بیمار $3/37$ بوده است که معادل 67 درصد از امتیاز مربوط را کسب کرد و در وضعیت به نسبت خوبی قرار دارد. اختلاف معنی‌داری میان میانگین نمره‌ی ادراک کلی از ایمنی بیمار با متغیرهای سابقه‌ی کار تخصصی فعلی ($P = 0/026$) و ردیف شغلی ($P = 0/041$) مشاهده شد. از نظر سابقه‌ی کار تخصصی فعلی، نمره‌ی ادراک کلی از ایمنی بیمار توسط کارکنان با بیش از 16 سال سابقه، به طور معنی‌داری کمتر از سایر کارکنان بوده است. ادراک کلی از ایمنی بیمار در ماما و خدمات به طور معنی‌دار بیشتر از کارکنان پزشک، منشی و بهیار بوده است. میانگین نمره‌ی فیدبک و ارتباطات درباره‌ی خطا مربوط به ایمنی بیمار، $3/52$ بوده است که معادل 70 درصد از امتیاز مربوط را کسب کرد و در وضعیت به نسبت خوبی قرار دارد. اختلاف معنی‌داری میان میانگین نمره‌ی فیدبک و ارتباطات درباره‌ی خطا در بین متغیرهای ساعات کاری در هفته ($P = 0/003$)، بخش محل کار ($P = 0/004$) و ردیف شغلی ($P = 0/038$) وجود داشت. کارکنان با ساعات کاری بیشتر از 80 ساعت در هفته نمره‌ی فیدبک و ارتباطات درباره‌ی خطا را کمتر از کارکنان با $20-39$ ساعت کار ارزیابی نموده‌اند. کارکنان ماما نسبت به پرستاران و کارکنان ماما و پرستار نسبت به پزشکان و کمک بهیار نمره‌ی فیدبک و ارتباطات درباره‌ی خطا را بیشتر ارزیابی نموده‌اند. بخش‌های سی‌سی‌یو و زایشگاه نیز نمره‌ی بیشتری نسبت به کارکنان درمانگاه، داروخانه، داخلی، جراحی و اورژانس به فیدبک و ارتباطات درباره‌ی خطا داده‌اند. میانگین نمره‌ی ارتباطات باز

تعامل مستقیم یا غیر مستقیم با بیمار در رابطه با درجه‌ی ایمنی بیمار از دید پرسنل بیمارستان اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است ($P = 0/373$) و بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، این اختلاف در بخش زایشگاه و در کارکنان ماما به طور معنی‌دار امتیاز بالاتری را نسبت به سایر بخش‌ها و کارکنان کسب نموده است ($P < 0/05$). در کل، نمره‌ی فرهنگ ایمنی بیمار $3/3$ (از 5) بود که بالغ بر 66 درصد امتیاز مربوط را کسب نموده است. اختلاف معنی‌داری میان نمره‌ی کلی فرهنگ ایمنی بیمار با متغیرهای دموگرافیک پژوهش وجود نداشت ($P > 0/05$).

بحث

مراقبت‌های بهداشتی درمانی یکی از پیچیده‌ترین فعالیت‌هایی است که انسان‌ها با آن درگیر هستند و به طور ذاتی با پتانسیل ایجاد خطر همزمان با بیمار بودن برخوردار است. ایمنی در تشخیص و درمان بیماران از اولویت‌های نظام بهداشت و درمان هر کشوری در خدمت‌رسانی به مردم می‌باشد (۱۹). نظام سلامت آن گونه که افراد می‌پندارند، ایمن نمی‌باشد و نظام سلامت ما نیازمند معرفی و بهبود سیستمی است که موجب بهبود عملکرد آن گردد (۱۵). مطالعات نشان داده است که ارتباط معنی‌داری میان درک فرهنگ ایمنی و نتایج کلینیکی وجود دارد (۲۰). پژوهش حاضر با رویکرد بعدشناختی فرهنگی انجام گردیده است. این رویکردی است که بیشتر مورد استفاده قرار گرفته است (۲۱، ۱۸). Mannion و Linsley با مطالعه‌ی رفتار پرخطر و ایمنی بیمار از دیدگاه فرهنگی بر نقش و اهمیت تغییر فرهنگ از فرهنگ فردی به فرهنگ اجتماعی تأکید نموده‌اند (۲۲). در این پژوهش، میزان بازگشت پرسش‌نامه 56 درصد بوده است که با پژوهش‌های Hellings (به نقل از Moody و همکاران) در سال 2010 در بیمارستان‌های بلژیک همخوانی دارد. بیشترین کارکنان شرکت کننده در پژوهش پرستاران بوده‌اند. پرستاران نقش کلیدی در ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار ایفا می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده است که درک و رفتار ایمنی توسط پرستاران تأثیر بسزایی در ارتقای فرهنگ ایمنی

نشان داد ($P < 0/001$). اختلاف معنی‌دار نمره‌ی انتقال و تحویل بیمار به صورت نمره‌ی بالاتر بهیاران و پرستاران نسبت به پزشکان و تکنسین‌ها بوده است. میانگین نمره‌ی پاسخ غیر تنبهی در ارتباط با ایمنی بیمار $2/70$ بوده است که معادل 54 درصد از امتیاز مربوط را کسب کرده است و در وضعیت ضعیف قرار دارد. میانگین نمره‌ی پاسخ غیر تنبهی با متغیرهای تعداد حوادث گزارش شده ($P = 0/024$)، بخش محل کار ($P = 0/020$) اختلاف معنی‌داری نشان داد. بدین گونه که گروهی که تعداد حوادث گزارش شده $10-6$ مورد داشته‌اند، امتیاز بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها داده‌اند. اختلاف معنی‌دار بین بخش بیهوشی و نیروهای گردشی (نمره‌ی بالاتر) با بخش اطفال و زنان بوده است.

از نظر گزارش خطا، 64 درصد از کارکنان، سابقه‌ی هیچ گونه گزارش خطا را نداشته‌اند. 24 درصد از کارکنان گزارش کرده‌اند که 1 تا 2 بار خطاهایی را گزارش کرده‌اند. 7 درصد از کارکنان 3 تا 5 بار، 3 درصد 6 تا 10 بار و 1 درصد 11 تا 20 بار و 1 درصد بیش از 20 بار گزارش خطا را بیان نموده‌اند. از نظر تعامل با بیمار، 79 درصد از پاسخ دهندگان بیان نموده‌اند که تماس مستقیم با بیمار دارند و 21 درصد عنوان نموده‌اند که تعامل یا تماس مستقیم با بیمار ندارند. نتایج آزمون t مستقل، اختلاف معنی‌دار نمره‌ی ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در بین این دو گروه نشان داد که اختلاف معنی‌دار میان بعد حمایت مدیریت و چگونگی تعامل با بیمار وجود دارد ($P = 0/017$). در کارکنانی که تعامل مستقیم با بیمار داشته‌اند، نمره‌ی حمایت مدیریت به طور معنی‌داری کمتر بوده است. بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین نمره‌ی درجه‌ی ایمنی بیمار در بیمارستان $3/36$ بوده است که به طور نسبی قابل قبول است. توزیع جواب‌های پاسخ‌دهندگان بر اساس معیار لیکرت بدین شرح بوده است که 3 نفر 2 درصد وضعیت را عالی ارزیابی نموده‌اند. 15 درصد (22 نفر) وضعیت را خوب دانسته‌اند و 49 درصد (73 نفر) آن را قابل قبول گزارش کرده‌اند. 23 درصد (34 نفر) درجه‌ی ایمنی بیمار را ضعیف دانسته‌اند و 11 درصد (16 نفر) نیز آن را غیر قابل قبول ارزیابی نموده‌اند. بر اساس نتایج آزمون t مستقل میان

کارکنان در گروه پرستار، بهیار، منشی و خدمات، به طور معنی‌داری کمتر از تکنسین‌ها و پزشکان بوده است که می‌تواند در ارتباط با کمبود شدید آن‌ها باشد. این کمبود در بخش‌های جراحی، زنان و اورژانس بیشتر بوده است. بعد از آن عامل پاسخ غیر تنبیهی به خطا مطرح شده است که ۵۴ درصد امتیاز را به خود اختصاص داده است و اختلاف معنی‌دار بین بخش بی‌هوشی و نیروهای گردشی (نمره بالاتر) با بخش اطفال و جراحی زنان بوده است که می‌تواند با نحوه‌ی مدیریت بخش، کمبود کارکنان و نوع کار در ارتباط باشد. کار تیمی بین واحدها با ۶۲ درصد امتیاز و حمایت مدیریت با ۶۵ درصد از جمله موارد دیگری هستند که امتیاز پایینی کسب نموده‌اند. حمایت مدیریت توسط کارکنان دارای کمتر از یک سال سابقه، به طور معنی‌داری بیشتر از کارکنان با ۱۱-۱۵ سال و کارکنان بالای ۱۶ سال سابقه بوده است. به عبارت دیگر، کارکنان با سابقه‌ی بالاتر، حمایت کمتری از مدیریت بیان نموده‌اند که نیازمند برنامه‌ریزی در جهت رفع موانع حمایتی، بهبود اطلاع‌رسانی و ارتباط مدیریت با آن‌ها است. این حمایت مدیریت بایستی برای کارکنانی که به طور مستقیم با بیمار ارتباط دارند، به ویژه در بخش‌های سی‌سی‌یو و اورژانس در اولویت قرار گیرند. کار تیمی درون واحد در بخش‌های اورژانس و آی‌سی‌یو و جراحی نمره‌ی بالاتری نسبت به درمانگاه، داروخانه، اطفال و زنان داشته است که می‌تواند به علت نیروی انسانی تخصصی‌تر و اهمیت بیشتر کار در این واحدها باشد. به علاوه کارکنان با سابقه‌ی ۱ تا ۵ سال، نمره‌ی کمتری به کار تیمی درون واحد داده‌اند که می‌تواند ناشی از عدم تقویت کار تیمی باشد. از نظر ردیف شغلی نیز کار تیمی درون واحد در کارکنان منشی و کمک بهیاران کمتر است که می‌تواند به کم بودن ساعات آموزشی آن‌ها به دلیل نوع استخدام یا توجه به لزوم این گونه آموزش‌ها باشد. نتایج این پژوهش با پژوهش Hellings و همکاران در بیمارستان‌های بلژیک (۱۶) و همچنین در پژوهش Waltson و همکاران در ۴ بیمارستان عربستان همخوانی نشان می‌دهد (۱۷). Hellings و همکاران (۱۶) پاسخ غیر تنبیهی به خطا و مدیریت کارکنان و Waltson

بیمار دارد (۲۳). به علاوه ارتباط معنی‌داری میان درک فرهنگ ایمنی توسط پرستاران و نتایج کلینیکی منتخب وجود دارد (۲۰). این موضوع می‌تواند در ارتباط با سایر رده‌های شغلی از قبیل پزشکان، ماماها، تکنسین‌ها و بهیاران نیز کاربرد داشته باشد. در این پژوهش، نمره‌ی فرهنگ ایمنی بیمار از نظر پرسنل مامایی زایشگاه به طور معنی‌داری بالاتر از سایر کارکنان بوده است. بیش از ۷۰ درصد از کارکنان، سابقه‌ی کاری کمتر از ۱۰ سال را ذکر نموده‌اند و سابقه‌ی کاری بیش از ۲۱ سال نیز ذکر نشده است. این موضوع بیانگر وجود نیروی انسانی به طور نسبی جوان و با انگیزه در بیمارستان می‌باشد. با توجه به ارتباط مثبت میان ادراک پرستاران با سابقه‌ی خدمت، نوع استخدام و شیفت کاری آن‌ها، تأکید می‌شود که پرستاران نیازمند راهنمایی در مورد چگونگی استفاده از اطلاعات برای اجرای پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار می‌باشد و بدون راهنمایی، زمینه‌ی خشک مقرراتی می‌تواند از تغییر سیستم جلوگیری کند (۲۴).

در بیمارستان مورد مطالعه، ۶۸ درصد از کارکنان، سابقه‌ی هیچ گونه گزارش خطا را نداشته‌اند و ۲۴ درصد از کارکنان گزارش کرده‌اند که ۱ تا ۲ بار خطاهایی را گزارش کرده‌اند که در جمع بالغ بر ۹۲ درصد از کارکنان را شامل می‌گردد. برآوردها نشان می‌دهد که در کشورهای توسعه یافته از هر ۱۰ بیمار یک بیمار در زمان دریافت خدمات مراقبتی صدمه می‌بیند. در کشورهای در حال توسعه‌ی خطر مراقبت‌های سلامتی به اندازه‌ی ۲۰ برابر بیش از کشورهای توسعه یافته است (۸، ۷). مطالعات نشان داده است که ۱۶/۶ درصد از پذیرش‌ها با عوارض (حوادث) ناخواسته همراه بوده است که به طور تقریبی نیمی از این حوادث ناخواسته (۵۱/۲ درصد) قابلیت بالای پیش‌گیری را دارند. آمار بالای بروز حوادث و خطاها بیانگر عدم گزارش موارد عظیمی از خطاهای اتفاق افتاده در بیمارستان‌ها می‌باشد که خود نیازمند مداخله‌ی مؤثر و سریع می‌باشد. دلیل تعداد پایین گزارش موارد خطا، می‌تواند در نگرش کارکنان از پاسخ تنبیهی به خطا باشد. کارکنان کافی در میان عوامل فرهنگ ایمنی بیمار با کسب ۴۸ درصد امتیاز، کمترین امتیاز را کسب نموده است. نمره‌ی کفایت

ارزیابی نموده‌اند. بخش‌های سی‌سی‌یو و زایشگاه نیز نمره‌ی بیشتری نسبت به کارکنان درمانگاه، داروخانه، داخلی، جراحی و اورژانس به فیدبک و ارتباطات درباره‌ی خطا داده‌اند. به طور کلی می‌توان بیان نمود که فیدبک‌ها در بخش‌های تخصصی نظیر سی‌سی‌یو و زایشگاه نمره‌ی بهتری دریافت کرده‌اند که سایر بخش‌ها نیازمند توجه بیشتر هستند. این فیدبک‌ها باید به سمت پاسخ‌های غیر تنبیهی تقویت شوند. ارتباط ضعیف در بین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی از عوامل اصلی خطاهای پزشکی شناخته شده است (۲۶). رابطه‌ی معنی‌داری میان شیوه‌ی تصمیم‌گیری، ارتباط باز و درک مدیر با رفتار ایمنی نیز نشان داده شده است (۲۳). آمار ۶۴ درصد در ارتباط با کارکنانی که هیچ‌گونه سابقه‌ی گزارش خطا را نداشته‌اند، نشان دهنده‌ی آن است که بیمارستان بایستی در زمینه‌ی استقرار سیستم گزارشگری خطا نیز اقدام نماید. بهبود کار تیمی و آموزش بهتر پرسنل می‌تواند به کاهش خطاها کمک کند. همچنین سیستم کامپیوتری تجویز دارو و افشای حوادث ناخواسته برای بیماران از جمله اهرم‌هایی هستند که می‌توان در راستای ارتقای ایمنی بیمار استفاده نمود (۲۷).

هر چند بیمارستان فاطمه‌ی الزهرا نجف آباد به صورت غیر تصادفی انتخاب شده است و امکان تعمیم نتایج به سایر بیمارستان‌های کشور وجود ندارد، ولی با توجه به روند بهبود کیفیت در بیمارستان و موفقیت‌هایی که در زمینه‌ی کسب نموده مانند اخذ گواهینامه ای‌زو ۹۰۰۱ و اخذ اولین گواهینامه آزمایشگاه مرجع سلامت به نظر نمی‌رسد که وضعیت سایر بیمارستان‌ها از این بیمارستان بهتر باشد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش با استفاده از نسخه‌ی تعدیل‌شده‌ی پرسش‌نامه‌ی فرهنگ ایمنی بیمار متعلق به National patient safety agency انجام شده است. این پژوهش در ۱۲ بعد پرسش‌نامه انجام شده است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، هر چند از نظر نمره‌ی کلی، فرهنگ ایمنی بیمار در وضعیت به طور نسبی قابل قبولی قرار دارد، ولی ابعاد پاسخ غیر تنبیهی به خطا، کمبود کارکنان، کار تیمی بین واحدها و حمایت مدیریت

همکاران (۱۷) حمایت مدیریت، سیستم گزارشگری و کارکنان کافی را به عنوان ابعادی که نیازمند مداخله سریع بوده‌اند، شناسایی نموده‌اند. Kim و همکاران در کره‌ی جنوبی با پرسش‌نامه‌ی مشابهی به بررسی وضعیت ایمنی بیمار در بین پرستاران پرداخته‌اند و گزارشگری خطا و هماهنگی بین بخش‌ها را از موارد دارای اولویت شناسایی نموده‌اند (۱۸). مهم‌ترین عوامل جهت ایجاد یک سازمان ایمن، تعهد رهبران به ایمنی به عنوان یک مسئولیت سیستمی و همچنین وجود فرهنگ ایمنی می‌باشد. رهبران باید مشکلات ایمنی بیماران را به عنوان مشکلات سیستم خودشان در نظر بگیرند. رهبران باید پیشرفت سیستم خود را پایش کنند. تمام انواع خطاهای پزشکی و حوادث ناخواسته باید به عنوان اطلاعاتی جهت بهبود سیستم در نظر گرفته شوند. بهبود سیستم می‌تواند نتایج طولانی مدت بهتری نسبت به آموزش کارکنان برای بهتر کار کردن داشته باشد (۲۵). میانگین نمره‌ی تحویل و انتقال بیمار، ۶۹ درصد بوده است. که این مورد با پژوهش انجام شده در بیمارستان‌های عربستان و بلژیک همخوانی نشان نمی‌دهد؛ به طوری که این مورد در بیمارستان‌های بلژیک به عنوان یکی از ابعادی که نیازمند مداخله سریع بوده‌اند، ذکر شده است. اختلاف معنی‌دار نمره‌ی انتقال درون بیمارستانی به صورت نمره‌ی بالاتر به‌بیماران و پرستاران نسبت به پزشکان و تکنسین‌ها بوده است که می‌تواند در ارتباط با دخالت بیشتر آن‌ها در فرایند انتقال باشد. ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار نیاز به یک فرهنگ باز و تشویقی دارد که ارتباطات باز در این زمینه تأثیرگذار می‌باشد (۱۶).

میانگین امتیاز کسب شده در ارتباطات باز ۶۸ درصد بوده است. کارکنان با ساعات کاری بیشتر از ۸۰ ساعت در هفته و کارکنان با (۶-۱۰) سال سابقه‌ی کار، نمره‌ی بیشتری به ارتباطات باز داده‌اند که می‌تواند در ارتباط با حضور بیشتر و آشنایی بیشتر با چگونگی ارتباطات سازمانی باشد. کارکنان با ساعات کاری بیشتر از ۸۰ ساعت در هفته نمره‌ی کمتری به فیدبک و ارتباطات درباره‌ی خطا داده‌اند. کارکنان ماما نسبت به پرستاران و کارکنان ماما و پرستار نسبت به پزشکان و کمک بهیار نمره‌ی فیدبک و ارتباطات درباره‌ی خطا را بیشتر

کارکنان با سابقه‌ی کار کمتر از ۶ متمرکز باشد.

– جهت برطرف نمودن کمبود کارکنان با اولویت برطرف نمودن کمبود پرستار، بهیار، منشی و خدمات در بخش‌های جراحی، زنان و اورژانس اقدام شود.

– اطلاع‌رسانی و ارتباط مدیریت با کارکنان با سابقه‌ی بیش از ۱۱ سال در اولویت ارتباطات سازمانی قرار گیرد.

– آموزش انتقال درون بیمارستانی با اولویت تکسین‌ها در برنامه قرار گیرد.

– بیمارستان در زمینه‌ی حوادث گزارش شده نیازمند طراحی و حمایت سیستم گزارش‌دهی حوادث می‌باشد.

– با سنجش مجدد فرهنگ ایمنی بیمار پس از انجام مداخلات طراحی شده، به بررسی میزان اثربخشی اقدامات انجام شده پرداخته شود.

– به علاوه سایر بیمارستان‌ها نیز می‌توانند با الگوبرداری در این زمینه به سنجش و ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار بپردازند.

تشکر و قدردانی

در انتها لازم است که از همکاری مدیریت و کارکنان بیمارستان به جهت همکاری در اجرا و معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد به جهت حمایت و پشتیبانی این پژوهش صمیمانه سپاسگزاری گردد.

به عنوان اولویت فرصت‌های بهبود در بیمارستان شناسایی شده‌اند. اقدام در این زمینه می‌تواند به ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار منجر گردد و در کاهش میزان خطرات تهدید کننده‌ی بیمارستان و در نهایت در ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی مؤثر واقع گردد.

پیشنهادها

با توجه به اهمیت جایگاه فرهنگ ایمنی بیمار در سازمان‌های بهداشتی و درمانی و نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد که ارتقای آن می‌تواند در ارتقای کیفیت و عملکرد بیمارستان فاطمه‌ی الزهرا نجف آباد تأثیر بسزایی داشته باشد. از این رو پیشنهاد می‌گردد که:

– ابعادی که نیازمند مداخله سریع بوده‌اند شامل: پاسخ غیر تنبیهی به خطا، کمبود کارکنان، کار تیمی بین واحدها و حمایت مدیریت به عنوان اولویت‌های اقدام قرار گیرند.

– آموزش کار تیمی درون واحد در ارتباط با فرهنگ ایمنی بیمار در درمانگاه، داروخانه، اطفال و زنان و بین پرسنل با سابقه‌ی ۵-۱ سال و با اولویت ردیف‌های منشی و کمک بهیار متمرکز باشد.

– آموزش در زمینه‌ی برقراری ارتباطات باز در مورد کارکنان با ساعات کاری کمتر از ۸۰ ساعت در هفته و

References

1. Porter ME, Teisberg E. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston, MA: Harvard Business Press; 2006. p. 3-8.
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital Accreditation standard. Suwanee, GA: The Commission; 2000.
3. Williams S, Osborn S. National Patient Safety Agency: an introduction". Clinical Governance: An International Journal 2004; 9(2): 130-1.
4. Hadzadeh F, Khalighinejad N, Ataie M. An Introduction to Clinical Governance and Clinical Excellence. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences Press; 2008. p. 10-55. [In Persian].
5. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington, DC: National Academies Press; 2004. p. 14-45.
6. Kohn L, Corrigan JM, Donaldson M. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
7. Leape LL, Abookire S. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: from Information to Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005. p. 5-18.
8. Peters GA, Peters BJ. Medical Error and Patient Safety: Human Factors in Medicine. New York, NY: CRC Press INC; 2008. p. 22-40.
9. Savage GT, Ford EW. Patient Safety in Health Care Management. New York, NY: Emerald Group Publishing;

2008. p. 50-77.
10. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003; 12 (Suppl 2): ii17-ii23.
 11. Page A. Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Washington, DC: National Academies Press; 2004. p. 15-33.
 12. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 44.
 13. Fleming M. Patient Safety Culture Measurement and Improvement: A "How To" Guide. *HEALTHCARE QUARTERLY* 2005; 8(SPECIAL ISSUE): 14-9.
 14. Matsubara S, Hagihara A, Nobutomo K. Development of a patient safety climate scale in Japan. *Int J Qual Health Care* 2008; 20(3): 211-20.
 15. Dabagh A, Akbari EM, Fathi M. Medical Errors in the Health System. *J Army Univ Med Sci I R Iran* 2006; 4(3): 957-66. [In Persian].
 16. Hellings J, Schrooten W, Klazinga NS, Vleugels A. Improving patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2010; 23(5): 489-506.
 17. Walston SL, Al-Omar BA, Al-Mutari FA. Factors affecting the climate of hospital patient safety: a study of hospitals in Saudi Arabia. *Int J Health Care Qual Assur* 2010; 23(1): 35-50.
 18. Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *West J Nurs Res* 2007; 29(7): 827-44.
 19. Hasanzadeh A, Fakhim Alizadeh S. Quality in Healthcare. Tehran, Iran: Social Security Research Institute; 2007. p. 2-26. [In Persian].
 20. Bonner AF, Castle NG, Men A, Handler SM. Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *J Am Med Dir Assoc* 2009; 10(1): 11-20.
 21. Hurwitz B, Sheikh A. Health Care Errors and Patient Safety. New Jersey, NJ: Wiley; 2009.
 22. Linsley P, Mannion R. Risky behaviour and patient safety: a critical culturist perspective. *J Health Organ Manag* 2009; 23(5): 494-504.
 23. Moody RF, Pesut DJ, Harrington CF. Creating Safety Culture on Nursing Units: Human Performance and Organizational System Factors That Make a Difference. *Journal of Patient Safety* 2006; 2(4): 198-206.
 24. Hughes CM, Lapane KL. Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(4): 281-6.
 25. Clarke JR, Lerner JC, Marella W. The role for leaders of health care organizations in patient safety. *Am J Med Qual* 2007; 22(5): 311-8.
 26. Moghaddasi H, Sheikhtaheri A, Hashemi N. Reducing medication errors: Role of computerized physician order entry system. *J Health Adm* 2007; 10(27): 57-67. [In Persian].
 27. Sorokin R, Riggio JM, Hwang C. Attitudes about patient safety: a survey of physicians-in-training. *Am J Med Qual* 2005; 20(2): 70-7.

The Patient Safety Culture in Fatemeh Zahra Hospital of Najafabad, Iran*

Ahmad Reza Izadi PhD¹, Jahangir Drikvand MD², Ali Ebrazeh³

Original Article

Abstract

Introduction: Health care organizations, especially hospitals, must focus on patient safety as their main strategy. Cultural change is the most important challenge that they are faced with in creating a safe system. The present article aims to improve the patient safety culture with an assessment of the safety in Fatemeh Zahra Hospital, Najafabad, Iran.

Methods: This descriptive and cross-sectional research was conducted in 2010. Patient's safety culture was measured using the Persian adaptation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. This survey was validated by the opinion of 15 experts. The reliability of the questionnaire was determined by Cronbach's alpha and was 0.846. The questionnaire was sent to all medical employees of Fatemeh Zahra Hospital. Data were analyzed with t-test and one-way ANOVA by SPSS Software. A P-value of less than 0.05 was considered as statistically significant, and 95% confidence interval was calculated.

Results: Overall, 196 of the 350 individuals responded to the surveys. The overall response rate was 56%. Supervisor expectations and actions gained 76% of all scores, teamwork within hospital units 75%, organizational learning 73%, feedback and communication about error 70%, transitions 69%, communication openness 68%, management support 65%, teamwork across units 62%, non-punitive response to error 54%, and staffing gained 48%. 64% of all employees had no reports of error. The mean patient safety score was 3.36 (out of 5). According to t-test results, there was no significance difference between patient safety scores in direct and indirect contacts with patient ($P = 0.373$). Moreover, according to the results of ANOVA, there was a significant difference between the scores of the maternity department and midwives, and other wards and employees ($P < 0.000$). There was no significant difference between the patient safety culture scores of employees of different wards, work experience in the ward (their current place of work), work experience in the hospital, and type of contact with patients ($P < 0.05$).

Conclusion: Although the total score of patient safety culture was acceptable, non-punitive response to error, staffing, teamwork across units, and management support are in need of immediate intervention. The hospital can improve the patient safety culture by planning and taking action in these areas.

Keywords: Patient Safety; Quality of Healthcare; Medical Errors; Hospitals

Received: 21 Aug, 2011

Accepted: 23 Oct, 2012

Citation: Izadi AR, Drikvand J, Ebrazeh A. **The Patient Safety Culture in Fatemeh Zahra Hospital of Najafabad, Iran.** Health Information Management 2013; 9(6): 907.

* Research Article of Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

1- Health Service Management, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran (Corresponding Author)
Email: izadi@iaushk.ac.ir

2- Pediatrics, Chief Hospital Administrator, Fatemeh Zahra Hospital, Najafabad, Isfahan, Iran

3- Lecturer, PhD Student, Health Service Management, Chaloos Branch, Islamic Azad University, Chaloos, Iran