

فرهنگ ایمنی بیمار و عوامل تأثیرگذار بر آن از دیدگاه پرستاران مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز

طیبه رضایی^۱، اکرم قهرمانیان*^۲، فرحناز عبدالله زاده^۳، محمد اصغری جعفرآبادی^۴، زهرا شیخ علیپور^۵، زینب فدایی^۶

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۶/۱۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۹/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: در راستای بهبود ایمنی بیمار، کشورها بر آن هستند تا ایمنی سیستم‌ها را پایش کنند و در این مسیر لازم است فرهنگ ایمنی بیمار نیز بررسی و در بین کارکنان توسعه یابد. این پژوهش باهدف تعیین وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار و عوامل تأثیرگذار بر آن در مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) در تبریز انجام گرفت.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه پژوهش پرستاران بخش‌های جراحی بودند که تعداد ۱۰۱ پرستار به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری، پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار (HSOPSC) و اطلاعات جمعیت شناختی پرستاران بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل، ANOVA، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره در نرم‌افزار آماری SPSS22 استفاده شد.

یافته‌ها: در ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار، بیشترین میانگین نمرات مربوط به ابعاد یادگیری سازمانی-بهبود مداوم، حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی و ادراک کلی از فرهنگ ایمنی و کم‌ترین میانگین نمره مربوط به ابعاد کار تیمی مابین واحدهای سازمانی، امور مربوط به کارکنان و پاسخ غیرتنبیهی به خطاها بود. طبق نتایج آزمون همبستگی پیرسون، متغیرهای سن ($P < 0.01$) و سابقه کار ($P < 0.05$) با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه مثبت معنی‌داری داشت. در مدل رگرسیون تنها متغیر سن تأثیر معنی‌داری بر فرهنگ ایمنی بیمار داشت ($B=0.98$, $CI\%95=0.97-1.88$, $P=0.03$).

بحث و نتیجه‌گیری: در راستای رسالت اصلی بیمارستان‌ها که ارائه خدمات اثربخش و ایمن است، توجه به فرهنگ ایمنی بیمار باید در اولویت برنامه‌های مدیریتی قرار گرفته و در راستای افزایش این فرهنگ، زمینه برای ارتقای ایمنی بیمار فراهم گردد.

واژه‌های کلیدی: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی، پرستاران، مرکز آموزشی درمانی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۹۹، دی ۱۳۹۶، ص ۷۷۶-۷۶۷

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز تلفن: ۰۹۱۲۳۸۷۹۲۴۷

Email: ghahramaniana@gmail.com

مقدمه

پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه

مراقبت‌های سلامت است(۴).

طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی ده‌ها میلیون نفر سالانه در

اثر خطاهای بالینی و فرآیندهای غیر ایمن درمانی جان خود را

از دست داده و یا دچار ناتوانی می‌شوند. خطاهای بالینی یکی از

چالش‌های مهم و تهدیدکننده نظام سلامت در تمامی

بیمارستان‌ها یکی از مهم‌ترین اجزای نظام مراقبت بهداشتی

درمانی هستند(۱). که مأموریت اصلی آن‌ها تأمین مراقبت با کیفیت

برای بیماران است(۲). کیفیت مراقبت مفهومی چندبعدی است که

ایمنی بیمار از مهم‌ترین ابعاد آن است(۳). درواقع ایمنی بیمار

به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای

^۱ کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، مجتمع آموزش عالی سلامت مرنده، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ استادیار گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مربی گروه داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، تبریز، ایران

^۴ دانشیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده بهداشت، تبریز، ایران

^۵ استادیار گروه داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، تبریز، ایران

^۶ دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مجتمع آموزش عالی سلامت مرنده، دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه

کودکان

کشورهاست (۵) که میزان آن در سراسر جهان بسیار بالا بوده و یکی از پنج علت مهم مرگ‌ومیر است (۶). تلاش برای بهبود وضعیت ایمنی بیماران یکی از اعمال کلیدی است که در شروع قرن بیست و یکم مورد توجه سازمان‌های بهداشتی قرار گرفته است، چراکه خطاهای بسیار زیاد در حال حاضر در سراسر جهان، در اعمال مراقبتی و درمانی بیماران رخ می‌دهد (۷). با توجه به این که تضمین ایمنی بیمار، نگرانی حرفه‌ای همه افرادی است که درگیر مراقبت از بیمار هستند و ایمنی بیمار اولین و مهم‌ترین مسئله‌ای است که ذاتاً مربوط به هویت حرفه‌ای است، ارزیابی ایمنی و شناسایی نقاط قابل ارتقاء می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد (۸).

مطالعات بسیاری، در ابعاد مختلف ایمنی بیمار در سراسر جهان انجام شده است که اکثریت آن‌ها مقولات اثرگذار بر ایمنی بیمار مانند خطاهای پزشکی، دارویی، گزارش دهی خطاها و فرهنگ ایمنی و غیره را بررسی کرده‌اند (۹). اخیراً انگیزه قوی برای بهبود ایمنی بیماران در بسیاری از کشورها به وجود آمده است که در این میان سازمان بهداشت جهانی پیش قدم شده است (۱۰). به طوری که شواهد جهانی در خصوص بروز صدمه به بیمار در اثر ناکافی بودن ایمنی بیمار، سازمان بهداشت جهانی را بر آن داشت تا در سال ۲۰۰۲ قطعنامه‌ای تصویب کند که بر اساس آن کشورها موظف شدند تا ایمنی سیستم‌های پایش و مراقبت‌های بهداشتی را تقویت کنند (۱۱). همچنین در پاسخ به نیاز مبرم به توسعه مداخلات ایمنی بیمار، دفتر مدیران شرقی سازمان بهداشت جهانی، برنامه بیمارستان‌های دوستدار ایمنی را آغاز نموده است. این برنامه به صورت پایلوت در ۷ کشور منطقه (مصر، اردن، مراکش، پاکستان، سودان، تونس و یمن) آزمایش شد (۱۲).

علیرغم اینکه حفظ ایمنی بیماران در مراکز درمانی یکی از دغدغه‌های سیاست‌گذاران در حوزه بهداشت و درمان است و تلاش‌های زیادی از سوی بسیاری از سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت در این راستا صورت گرفته است، هنوز خطاهای بالینی پابرجاست و هزینه‌های مالی و انسانی قابل‌ملاحظه را به خود اختصاص می‌دهند (۱۳). پژوهش‌های صورت گرفته در عرصه سلامت حاکی از نامناسب بودن شرایط ایمنی در مراقبت از بیماران بوده و بر بهبود فرایندها و رویه درمانی تأکید داشته‌اند. تلاش‌هایی که در زمینه بهبود ایمنی بیمار صورت می‌پذیرد می‌بایست بهبود کیفیت را نشانه گرفته و با شناسایی فرآیندهای درمانی غیر ایمن و رویه‌های نامناسب در جهت رفع آن‌ها برآید (۱۴). بنابراین بهبود ایمنی بیمار یک اولویت بین‌المللی مشترک است، و در این مسیر این امر مشخص شده که فرهنگ ایمنی یک فاکتور اساسی مؤثر بر ایمنی بیمار است (۱۵). فرهنگ مجموعه ارزش‌ها، باورها، هنجارها، الگوهای رفتاری و آداب و سنن مشترک کارکنان می‌باشد که

نمایانگر چگونگی انجام کارها در چنین محیطی هست و به طور فزاینده‌ای به عنوان استراتژی مهم و پیشرو جهت بهبود کاستی‌ها در ایمنی بیمار شناخته شده است (۱۶، ۱۷).

استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سازمان و جایگزینی فرهنگ سکوت و خاموشی با فضای باز برای گزارش خطاها و افزایش یادگیری سازمانی منجر به بهبود ایمنی بیمار می‌شود (۱۸). با وجود فرهنگ ایمنی بیمار، کارکنان می‌توانند بدون واگم، خطاها و عوارض ناخواسته را گزارش و فرصت یادگیری از اشتباهات خود را به دست آورند که خود باعث پیشگیری از خطاهای سیستماتیک و افزایش ایمنی بیمار می‌شود. سه مؤلفه اصلی فرهنگ ایمنی شامل ابعاد روان‌شناختی، رفتاری و بعد موقعیت است که می‌توان برای اندازه‌گیری کمی و کیفی فرهنگ ایمنی از آن‌ها استفاده کرد. جنبه موقعیتی فرهنگ ایمنی می‌تواند در ساختار سازمان مانند سیاست‌ها، روش کار و مدیریت سازمانی دیده شود. مؤلفه رفتاری را می‌توان به وسیله سنجش موارد خود گزارش دهی و اندازه‌گیری نتایج و مشاهدات اندازه‌گیری کرد. مؤلفه روان‌شناختی اغلب توسط پرسشنامه‌های جو ایمنی مورد بررسی قرار می‌گیرد که برای اندازه‌گیری هنجارها، ارزش‌ها، نگرش‌ها و ادراکات افراد نسبت به ایمنی طراحی شده‌اند (۱۹). در حال حاضر بیشتر کشورهای توسعه‌یافته پی برده‌اند که صرفاً داشتن سیستم‌های مدیریتی و فناوری پیشرفته برای دستیابی به توسعه پایدار کافی نیست بلکه ارتقای رفتارهای ایمن در کارکنان، ارزش‌ها، باورها و نگرش‌های آنان به ایمنی و نیز نگرش سازمان به ایمنی که در اصل فرهنگ ایمنی آنان را تشکیل می‌دهد، راه پیشگیری از حوادث است (۲۰). ارتقای فرهنگ ایمنی در یک سازمان با ارزشیابی از سطح موجود فرهنگ ایمنی آن موسسه آغاز می‌شود چراکه احتیاط‌های ایمنی بدون ارزشیابی مناسب منجر به بالا رفتن هزینه‌ها و همچنین منجر به ریسک‌های تازه پیش‌بینی نشده می‌گردد (۲۱).

این مطالعه باهدف بررسی فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران بخش‌های جراحی مرکز آموزشی و درمانی امام رضا (ع) و عوامل تأثیرگذار بر فرهنگ ایمنی بیمار و همچنین با توجه به نتایج به وجود آمده، ارائه پیشنهادهایی علمی و کاربردی در جهت ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار انجام گرفته است.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی است، که در سال ۱۳۹۵ در شهر تبریز، در بخش‌های جراحی مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)، باهدف تعیین فرهنگ ایمنی بیمار از دید پرستاران و عوامل تأثیرگذار بر آن انجام شد. جامعه پژوهش، پرستاران بخش‌های جراحی با سابقه کار بالای ۶ ماه و مدرک کارشناسی و بالاتر، به

تعداد ۱۰۱ پرستار بودند که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری داده‌ها، از طریق پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان (Hospital Survey On Patient Safety Culture) انجام شد، این پرسشنامه توسط آژانس کیفیت تحقیقات مراقبت سلامت آمریکا در سال ۲۰۰۴ طراحی شده (۲۲) و دارای ۴۲ عبارت می‌باشد که ادراک کارکنان را در ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار شامل: (۱) کار تیمی درون واحدهای سازمان، (۲) اقدامات و تدارکات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار، (۳) یادگیری سازمانی-بهبود مداوم، (۴) حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار، (۵) درک کلی از ایمنی موجود، (۶) ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها، (۷) باز بودن مجاری ارتباطی، (۸) تناوب گزارش‌دهی رخدادها، (۹) کار تیمی مابین واحدهای سازمانی، (۱۰) مسائل کاری مربوط به کارکنان، (۱۱) انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی و (۱۲) پاسخ غیر تنبیهی در مواقع بروز خط می‌سجد. مقیاس پاسخ‌دهی به عبارات در حیطه‌های ۱ تا ۹ مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (با نمره‌گذاری ۵ تا ۱ به ترتیب) و در حیطه‌های ۱۰ تا ۱۲ مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از همیشه تا هرگز (با نمره‌گذاری ۵ تا ۱ به ترتیب) می‌باشد. علاوه بر ۴۲ عبارت (در ۱۲ بعد)، پرسشنامه حاوی ۲ سؤال منفرد درباره تعداد حوادث گزارش شده در ۱۲ ماه گذشته و ارزیابی وضعیت ایمنی بیمار در واحد کاری است. دامنه نمرات برای ۴۲ عبارت اصلی پرسشنامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه مقری و همکاران در ایران تأیید شده است (۲۳). در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه با روش پایایی همسانی درونی کنترل و ضریب آلفای کرونباخ فرهنگ ایمنی و ابعاد آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌ها، در مورد ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار از میانگین درصد پاسخ‌های مثبت استفاده شده است. بدین صورت که ابتدا درصد پاسخ‌های مثبت (پاسخ‌های کاملاً موافق و موافق در ابعاد ۱ تا ۹ و پاسخ‌های همیشه و بیشتر مواقع در ابعاد ۱۰ تا ۱۲) برای تک تک سؤالات هر بعد مشخص و سپس میانگین درصد پاسخ‌های مثبت سؤالات آن بعد، تقسیم بر تعداد کل سؤالات همان بعد محاسبه گردید. نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار نیز از طریق محاسبه میانگین درصد پاسخ‌های مثبت ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار محاسبه گردید. در تحلیل نهایی و طبق راهنمای استفاده از پرسشنامه، ابعادی که میانگین درصد پاسخ‌های مثبت آن، حداقل ۷۰ درصد بود، جزء نقاط قوت فرهنگ ایمنی، بین ۵۰ تا ۷۰ درصد خنثی و در مواردی که کم‌تر از ۵۰ درصد بود، به عنوان نقاط ضعف فرهنگ ایمنی محسوب شدند. معیارهای ورود و خروج در این مطالعه برای پرستاران داشتن حداقل شش ماه سابقه اشتغال در واحد مربوطه، داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

معیارهای خروج عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش مربوطه و تغییر بخش در حین انجام این مطالعه بود. پس از کسب مجوزهای لازم از سوی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کمیته اخلاق با کد اخلاقی (۵/۴/۶۶۲۱-۹۴/۰۶/۲۹) و مدیران مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)، و کسب رضایت آگاهانه از پرستاران بخش‌های جراحی، داده‌ها از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شدند. بعد از تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، داده‌ها کدبندی و وارد رایانه شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای متغیرهای کمی میانگین (انحراف معیار) و برای متغیرهای کیفی فراوانی (درصد) گزارش شد. برای بررسی رابطه بین متغیرها از آزمون‌های ANOVA، تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش Enter استفاده شد. سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اکثریت پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش، زن (۸۵/۱٪)، استخدام پیمانی (۴۸/۵٪)، متأهل (۸۲/۲٪) و سطح تحصیلات اکثریت آن‌ها (۹۱/۱٪) کارشناسی بود. میانگین سنی پرستاران 37.06 ± 2.03 و سابقه کار آن‌ها در بخش جراحی 6.78 ± 2.36 سال بود. سایر مشخصات جمعیت شناختی در جدول ۱ آمده است. در ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار، بیشترین میانگین نمرات مربوط به ابعاد یادگیری سازمانی-بهبود مداوم (۳/۴۹)، حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی (۳/۳۸) و ادراک کلی از فرهنگ ایمنی (۳/۳۵) و کم‌ترین میانگین نمره مربوط به ابعاد کار تیمی مابین واحدهای سازمانی (۲/۸۱)، امور مربوط به کارکنان (۲/۲۷) و پاسخ غیرتنبیهی به خطاها (۲/۲۷) بود. با توجه به میانگین درصد پاسخ‌های مثبت در ابعاد فرهنگ ایمنی در هیچ‌کدام از ابعاد نقاط قوتی وجود نداشت، ابعاد اقدامات و تدارکات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها، باز بودن مجاری ارتباطی، تناوب گزارش‌دهی رخدادها، کار تیمی مابین واحدهای سازمانی، مسائل کاری مربوط به کارکنان، انتقال بیمار در بیمارستان، تبادل اطلاعات مربوط به وی و پاسخ غیرتنبیهی در مواقع بروز خطا جزء نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بوده و در بقیه ابعاد وضعیت خنثی حاکم بود (جدول ۲).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که متغیرهای سن ($P < 0.01$) و سابقه کار ($P < 0.05$) با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه مثبت معنی‌داری دارند بدین صورت که با افزایش هر سال سن و سابقه کار فرهنگ ایمنی پرستاران ۰،۹۸ ارتقاء پیدا کرده است. در تحلیل رگرسیون خطی چندگانه با ورود متغیرهای زمینه‌ای سن، سابقه

کار، سابقه کار در بخش‌های جراحی و ساعات کار در هفته به‌عنوان متغیر مستقل و فرهنگ ایمنی بیمار به‌عنوان متغیر وابسته به روش Enter، مدل معنی‌دار بود ($P < .05$) و نتایج نشان داد که این متغیرها می‌توانند نزدیک به ۱۲ درصد از واریانس نمرات فرهنگ ایمنی بیمار را تبیین کنند. در مدل تنها متغیر سن تأثیر معنی‌داری بر مدل داشت ($P < .05$) و با افزایش یک سال سن پرستار، فرهنگ ایمنی بیمار $0/988$ برابر ارتقا می‌یافت ($B=0/98, CI\%95=0/97-$). (جدول شماره ۱ و ۳). ($1/88, P=0/03$).

جدول (۱): متغیرهای زمینه‌ای پرستاران ($N=101$) در بخش‌های جراحی بیمارستان امام رضا (ع) و مقایسه فرهنگ ایمنی بیمار بر اساس این متغیرها

متغیرهای کیفی	فراوانی	درصد	P Value
بخش			
عمومی	۲۱	۲۰/۸	©۰/۳۸۷
گوش - حلق - بینی	۸	۷/۹	
اورولوژی	۱۴	۱۳/۹	
نورولوژی	۹	۸/۹	
فک و صورت	۶	۵/۹	
توراکس	۱۱	۱۰/۹	
اورتوپدی	۱۰	۹/۹	
پیوند کلیه	۹	۸/۹	
تروما	۱۳	۱۲/۹	
جنسیت			
مرد	۱۵	۱۴/۹	®۰/۳۰۴
زن	۸۶	۸۵/۱	
وضعیت استخدام			
استخدام رسمی	۳۲	۳۱/۷	©۰/۵۴۸
استخدام پیمانی	۴۹	۴۸/۵	
قراردادی	۱۳	۱۲/۹	
طرحی	۷	۶/۹	
وضعیت تأهل			
مجرد	۱۸	۱۷/۸۷	®۰/۵۹۴
متأهل	۸۳	۸۲/۲	
سطح تحصیلات			
کارشناسی	۹۲	۹۱/۱	®۰/۳۵۹
کارشناسی ارشد و بالاتر	۹	۸/۹	
متغیرهای کمی پرستاران			
سن پرستاران	Mean	SD	(P Value)Igr
سابقه کار	۳۷/۰۶	۲/۰۳	۰/۲۸(۰/۰۰۴×)
سابقه کار در واحد مربوطه	۱۲/۷۳	۲/۱۵	۰/۲۲(۰/۰۲۸××)
ساعات کار در هفته	۶/۷۸	۲/۳۶	۰/۱۱(۰/۲۵۲)
	۴۴/۷۷	۳/۲۹	۰/۰۷(۰/۴۷۹)

© نتایج آزمون ANOVA گزارش شده است. ® نتایج آزمون تی مستقل گزارش شده است. † نتایج آزمون همبستگی پیرسون گزارش شده است.

* در سطح کم‌تر از ۰/۰۱ معنی‌دار است. ** در سطح کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار است.

جدول (۲): میانگین، درصد پاسخ مثبت و قضاوت در رابطه با ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار از دید پرستاران

ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار	میانگین مجموع نمرات بعد	انحراف معیار	میانگین نمره عبارات بعد	درصد پاسخ مثبت	قضاوت
کار تیمی درون واحدهای سازمان	۱۳/۳۶	۳/۰۹	۳/۳۴	۵۴/۲۵	خنثی
اقدامات و تدارکات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار	۱۲/۸۵	۲/۵۴	۳/۲۲	۴۸/۲۵	ضعف
یادگیری سازمانی-بهبود مداوم	۱۰/۴۹	۱/۹۸	۳/۴۹	۵۸/۶۷	خنثی
حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار	۱۰/۱۳	۲/۲۶	۳/۳۸	۵۶	خنثی
درک کلی از ایمنی موجود	۱۳/۴۲	۲/۴۶	۳/۳۵	۵۰/۵۰	خنثی
ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها	۹/۸۱	۲/۱۷	۳/۲۷	۴۲/۶۷	ضعف
باز بودن مجاری ارتباطی	۹/۶۸	۲/۳۹	۳/۲۲	۳۸	ضعف
تناوب گزارش‌دهی رخدادها	۸/۹۳	۲/۰۳	۲/۹۸	۳۲/۶۷	ضعف
کار تیمی مابین واحدهای سازمانی	۱۱/۱۹	۲/۷۷	۲/۸۱	۳۵	ضعف
مسائل کاری مربوط به کارکنان	۹/۰۷	۲/۶۹	۲/۲۷	۱۷	ضعف
انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی	۱۲/۳۸	۲/۹۰	۳/۰۹	۴۴	ضعف
پاسخ غیرتنبیهی در مواقع بروز خطا	۶/۸۱	۲/۰۲	۲/۲۷	۱۲	ضعف

جدول (۳): متغیرهای پیشگویی کننده فرهنگ ایمنی بیمار

متغیر پیشگویی کننده	B	P Value	فاصله اطمینان B /۹۵٪		R ²	P Value مدل
			حد پایین	حد بالا		
سن	۰/۹۸	×۰/۰۳	۰/۹۷	۱/۸۸	۰/۱۱۴	۰/۰۲۰×
سابقه کار	-۰/۲۸	۰/۵۸	-۱/۳۳	۰/۷۶		
سابقه کار در بخش جراحی	-۰/۰۳	۰/۹۰	-۰/۵۷	۰/۵۰		
ساعات کار در هفته	۰/۲۲	۰/۰۷	-۰/۰۲	۰/۴۷		

*در سطح کم‌تر از ۰/۰۵ معنی دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

در رابطه با ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار مطالعه حاضر نشان داد در ابعاد ۱۲ گانه فرهنگ ایمنی بیمار، بیشترین میانگین نمرات مربوط به ابعاد یادگیری سازمانی-بهبود مداوم، حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی، و کم‌ترین میانگین نمره مربوط به ابعاد کار تیمی مابین واحدهای سازمانی، امور مربوط به کارکنان و پاسخ غیرتنبیهی به خطاها بود. در مطالعه رضاییان و همکاران بعد کار تیمی بین واحدهای بیمارستان و حمایت مدیریت بیشترین امتیاز و پاسخ غیر تنبیهی به خطاها کم‌ترین نمره را کسب کرد که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد (۲۵).

مطالعه مقری در بیمارستان‌های عمومی وابسته به شهر تهران (۲۷) و مطالعه یعقوبی فر در بیمارستان‌های شهر سبزوار نیز در دو بعد امور مربوط به کارکنان و پاسخ غیر تنبیهی به خطاها کم‌ترین امتیاز را داشته و از این نظر با مطالعه ما هم‌خوانی دارد (۲۸). در مطالعه عبدی و همکاران، کار تیمی مابین واحدها و پاسخ غیر تنبیهی به خطاها دارای کم‌ترین امتیاز بود (۲۹). مطالعه الجردالی و همکاران در بیمارستان‌های لبنان بیشترین نمره فرهنگ ایمنی را

پرستاران نقش کلیدی در ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار ایفا می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درک و رفتار ایمنی توسط پرستاران تأثیر بسزایی در ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار دارد (۲۴). در این مطالعه میانگین ساعت کاری در هفته برای پرستاران، بالای حد استاندارد ساعت کاری یعنی ۳۶ ساعت در هفته برای شاغلین می‌باشد. افزایش ساعت کاری باعث خستگی و فرسودگی شغلی و در نهایت تهدیدی برای ایمنی بیمار به شمار می‌رود (۲۵). مطالعه رضاییان و همکاران در بیمارستان‌های شهر یاسوج نیز نشان داد که ۶۸/۷ درصد شرکت‌کنندگان در هفته بالای ۴۰ ساعت و بیشتر مشغول به کار هستند و از نتایج این مطالعه حمایت می‌کند (۲۵). ولی مطالعه Hellings در بلژیک نشان داد تنها ۳/۵ درصد افراد ساعت کاری بیش از ۶۰ ساعت در هفته داشتند (۲۶). این تفاوت می‌تواند به علت متفاوت بودن جامعه پژوهش و ساعت کاری پرستاران در پژوهش فوق باشد. با توجه به کمبود پرستار در کشور ما اغلب پرستاران خارج از استاندارد در هفته مشغول کار هستند.

در دو بعد کار تیمی درون واحد و یادگیری سازمانی - بهبود مداوم ارزیابی کردند که در مورد دوم با مطالعه ما هم‌خوانی دارد (۳۰). در مطالعه Noord و همکاران که در بخش‌های اورژانس هلند انجام دادند کار تیمی درون واحد و باز بودن مجاری ارتباطی بهترین ابعاد فرهنگ ایمنی و تناوب گزارش دهی خطاها، کار تیمی بین واحدها و حمایت از سوی مدیریت کم‌ترین نمره ارزیابی شدند (۳۱). در مطالعات انجام‌گرفته در اژانس تحقیقات سلامت و کیفیت آمریکا نیز پاسخ غیر تنبیهی به خطاها و امور مربوط به کارکنان کم‌ترین امتیاز را کسب کرده بود (۳۲) که با مطالعه ما هم‌خوانی دارند. تنبیه و سرزنش به خاطر خطاها باعث پنهان‌کاری در این زمینه و عدم به اشتراک‌گذاری و درس‌آموزی از خطاهای رخ داده خواهد شد و احتمال بروز خطا افزایش می‌یابد. انجمن پزشکی آمریکا توصیه نموده است که سازمان‌ها برای ارتقاء در این زمینه می‌بایست این فرهنگ را که خطاها و اشتباهات، ناشی از نارسایی‌های پرسنلی و فردی است را کنار گذاشته و خطاها را به‌عنوان فرصت‌هایی برای یادگیری محسوب کنند (۳۰). در رابطه با امور مربوط به کارکنان مطالعه شریفی و همکاران در بیمارستان‌های شهر مازندران (۳۳) و مطالعه Chen در تایوان (۳۴) و الاحمدی در عربستان سعودی (۳۵) نیز کم‌ترین نمره را کسب کرده بودند، که می‌تواند به دلیل کمبود نیروی انسانی و افزایش رخداد خطا و کاهش ایمنی بیمار باشد. در مطالعه‌ای که Joffe در رابطه با خستگی پرسنل اورژانس در کشور آمریکا انجام داده، مشخص شد که یکی از استراتژی‌های پیشگیری از خطاهای پزشکی، کاهش خستگی است و مدیران بخش اورژانس باید سیاست‌های برنامه‌ریزی خاصی را به‌منظور کاهش خستگی در نظر بگیرند (۳۶).

در راستای اجرای برنامه‌های دوستدار ایمنی بیمار، گزارش خطاها و یادگیری از آن می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. ولی با توجه به این مطالعه و بررسی سایر مطالعات، هنوز فرهنگ لازم برای گزارش دهی خطاها در بیمارستان‌ها فراهم نشده است که می‌تواند با ممیزی علل عدم گزارش دهی خطاها و رفع موانع موجود به ارتقای روند گزارش دهی خطاها کمک نموده و گام مؤثری در ارتقای ایمنی بیمار برداشت.

همچنین نتایج میانگین درصد پاسخ‌های مثبت مطالعه حاضر نشان داد که در بیشتر ابعاد شامل: اقدامات و تدارکات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها، باز بودن مجاری ارتباطی، تناوب گزارش‌دهی رخدادها، کار تیمی مابین واحدهای سازمانی، مسائل کاری مربوط به کارکنان، انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی و پاسخ غیر تنبیهی در مواقع بروز خطا ضعف وجود دارد و بقیه ابعاد در وضعیت خنثی هستند و هیچ نقطه قوتی برای فرهنگ ایمنی در این

مطالعه نشان داده نشد. مطالعه مقری نیز در همین ابعاد به جز اقدامات و تدارکات سرپرست واحد، همانند این مطالعه دارای نقاط ضعف بود (۲۷). مطالعه الجردالی در لبنان ابعاد کار تیمی درون واحد، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار و یادگیری سازمانی - بهبود مداوم را جزو نقاط قوت و امور مربوط به کارکنان، انتقال و تبادل اطلاعات بیمار در بیمارستان را جزو نقاط ضعف بیان کرد (۳۰). در مطالعه الاحمدی در عربستان سعودی بیمارستان‌های خصوصی و دولتی را از نظر فرهنگ ایمنی ارزیابی کرده بود، یادگیری سازمانی - بهبود مداوم و بازخورد و ارتباطات در زمینه خطاها جزو نقاط قوت، و تناوب گزارش دهی خطاها، پاسخ غیر تنبیهی به خطاها، امور مربوط به کارکنان و کار تیمی درون واحدی جزو نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیان شده است (۳۵). مطالعه چن و لی در تایوان بعد امور مربوط به کارکنان را به‌عنوان بعدی که کم‌ترین امتیاز مثبت داشت بیان کرد (۳۴). با بررسی متغیرهای جمعیت شناختی در این مطالعه، سن به‌عنوان یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر روی فرهنگ ایمنی بیمار بیان شد. و رابطه معنادار مثبتی بین سن و فرهنگ ایمنی بیمار وجود داشت که می‌تواند به دلیل تجربیات بیشتر در زمینه ایمنی و فرهنگ ایمنی بیمار باشد. مطالعه حقیقی و همکاران در بیمارستان‌های شهر تهران (۳۷)، مطالعه حیدری در کارخانه مواد در اراک (۳۸) و مطالعه ارقامی (۳۹) نیز از این یافته‌ها حمایت می‌کند. مطالعه زراوشانی در اتاق عمل بیمارستان‌های قزوین (۴۰) هیچ ارتباط معناداری را با سن، جنس و میزان تحصیلات نشان نداد و در مطالعه شریفی و همکاران در بیمارستان‌های مازندران (۳۳)، بین سن و سابقه کار با بعد کار تیمی بین بخشی ارتباط معنادار منفی مشاهده شد که می‌تواند به دلیل تجربیات بیشتر در آشنایی با فرهنگ آن بیمارستان باشد، و با مطالعه ما هم‌خوانی ندارد.

در حال حاضر یکی از مهم‌ترین مسائلی که در سیستم‌های بهداشتی و در برنامه‌های اعتباربخشی بیمارستان‌ها مدنظر می‌باشد، اعتباربخشی با محوریت ایمنی بیمار می‌باشد. در این راستا لازم است فرهنگ‌سازی در جهت ایمنی در اولویت برنامه‌های مدیریتی قرار گرفته و جو حاکم طوری باشد که کارکنان بدون ترس از سرزنش و توبیخ بتوانند نظرات و اشتباهات خود را بیان کنند. به‌طور کلی می‌توان گفت ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها می‌تواند نقشی چندجانبه بر عهده گیرد. از یک طرف می‌تواند وضعیت فرهنگ ایمنی حاکم بر مرکز و درجه قوت یا ضعف آن را برای مدیران و سرپرستان روشن نماید، از طرف دیگر این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی کارکنان در خصوص ایمنی بیمار، به بهبود وضعیت آن کمک نماید و در پایان نیز مدیران می‌توانند پس از انجام مداخلات ضروری جهت بهبود ایمنی، از آن به‌عنوان ابزار ارزیابی این مداخلات استفاده نمایند. بنابراین افزایش آگاهی پرسنل (مدیریت

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده مسئول مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز (شماره طرح مصوب: TBZMED.REC.1384.525) می‌باشد. نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز و پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش اعلام می‌دارند.

دانش ایمنی، بهبود نظام انگیزش (تشویق و تنبیه)، مدیریت مشارکت ایمنی کارکنان، ایجاد توازن و تعادل در کار و زمان (زمان‌سنجی مجدد) و ریشه‌یابی علل تعارضات بین اهداف ایمنی و عملیاتی می‌تواند به‌عنوان پیشنهادهایی جهت ارتقاء سطح نگرش کارکنان به ایمنی و درنهایت کاهش زمینه‌های بروز رفتارهای ناپایمن مطرح گردند. به علت محدود بودن منابع مالی پژوهش و زمان پژوهش این مطالعه فقط در بخش‌های جراحی و یک مرکز آموزشی درمانی انجام گرفت و به‌عنوان محدودیت این پژوهش محسوب می‌شود. لذا پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر بخش‌های بیمارستان‌ها نیز تکرار شود.

References:

1. McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bull World Health Organ* 2000;78(6):803-10.
2. Nouri H. Applying SERVQUAL model in Rasoule Akram hospital. *Tehran: Iran University of medical science*; 2006.
3. Teams RR. Quarterly, Health Services Research, Inquiry, *Frontiers of Health Services Management, and Quality Management in Health Care. Professionals engaged in the practice and daily implementation of QI, eg, practice management, employer-based initiatives, and patient safety, might subscribe to: Health Affairs, Joint Commission Journal on Quality and Safety, American Journal of Medical Quality, Journal of Ambulatory Care Management, and. Policy.* 2002;15:1-2.
4. Nash DB, Goldfarb NI. *The quality solution: the stakeholder's guide to improving health care: Jones & Bartlett Learning*; 2006.
5. Eslami S, Abu-Hanna A, De Keizer NF. Evaluation of outpatient computerized physician medication order entry systems: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc* 2007;14(4):400-6.
6. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human: building a safer health system. National Academy of Science, Institute of Medicine.* 2002.
7. Shahrabadi R, Moeini B, Roshanai G, Dashti S, Kafami V, Haghghi M. Assessing Hamadan's Nurses Perceptions of Patient Safety Culture's Dimensions. *Hospital* 2014;12(4):83-90.
8. Kahraman C, Kaya İ, Şenvar Ö. Healthcare failure mode and effects analysis under fuzziness. *Hum Ecol Risk Assess* 2013;19(2):538-52.
9. Patterson ES, Cook RI, Render ML. Improving patient safety by identifying side effects from introducing bar coding in medication administration. *J Am Med Inform Assoc* 2002;9(5):540-53.
10. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety sci* 2007;45(6):653-67.
11. Newhouse RP, Poe S. *Measuring patient safety: Jones & Bartlett Learning*; 2005.
12. Michaels RK, Makary MA, Dahab Y, Frassica FJ, Heitmiller E, Rowen LC, et al. Achieving the National Quality Forum's "Never Events": prevention of wrong site, wrong procedure, and wrong patient operations. *Ann Surg* 2007;245(4):526-32.

13. Heemstra HE, Giezen TJ, Mantel-Teeuwisse AK, de Vruueh RL, Leufkens HG. Safety-related regulatory actions for Orphan drugs in the US and EU. *Drug safety* 2010;33(2):127-37.
14. Mafarri J. Questionnaire safety culture in hospitals (HSOPSC) and assess patient safety culture from the perspective of diagnostic medical staff and hospitals Tehran University of Medical Sciences. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2010.
15. Milligan FJ. Establishing a culture for patient safety—The role of education. *Nurse Educ Today*. 2007;27(2):95-102.
16. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care* 2005;14(4):231-3.
17. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12(suppl 2):ii17-ii23.
18. Nasiripour A, Raeisi P, Hedayati S. The Relationship between organizational cultures and employees productivity. *J Health Admin* 2009;12(35):17-24.
19. Cooper Ph. D M. Towards a model of safety culture. *Saf Sci* 2000;36(2):111-36.
20. Tabibi J, Nasiripour A, Maleki M, Raessi P, Mahmmoudi M, Azimi L. Survey of employees' safety attitude in a teaching hospital Tehran 2010. *Iran Occup Health* 2011;7(4):5.
21. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care* 2009;21(5):348-55.
22. Handler S, Castle N, Studenski S, Perera S, Fridsma D, Nace D, et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. *Qual Saf Health Care* 2006;15(6):400-4.
23. Javad M, Amin G, Mahbobe M, Forooshani R, Abas ASA, Mohammad A. Validation of Farsi version of hospital survey on patient Safety culture questionnaire, using confirmatory factor analysis method. *Hospital J* 2012;11(2).
24. Moody RF. Safety culture on hospital nursing units: Human performance and organizational system factors that make a difference: ProQuest Information & Learning; 2007.
25. Rezaean M, Aqaie Borz Abad P, Yazdanpanah A, Zinat Motlagh S. Patient Safety Culture Status From The Perspective Medical Staff Of Yasuj Hospitals In 2015. *Armaghane Danesh* 2016;20(10):935-46.
26. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur* 2007;20(7):620-32.
27. Moghri J. Validation of Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPSC) and assessment patient safety culture from physicians, nurses and radiology and laboratory staff view. (Dissertation). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009.
28. Yaghoobifar M TA, Haghgoshayi E, Tebrayi Y. Evaluation of patient safety culture and identify strengths and weaknesses in Sabzevar hospitals in 1390. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2012;2(20).
29. Abdi J, Maleki M, Khosravi A. Staff perceptions of patient safety culture in hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Quarterly Monitoring* 2011;10(4):411-9.
30. El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *Int J Qual Health Care* 2010;22(5):386-95.
31. van Noord I, de Bruijne MC, Twisk JW. The relationship between patient safety culture and the

- implementation of organizational patient safety defences at emergency departments. *Int J Qual Health Care* 2010;22(3):162-9.
32. Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under contract No. 233-02-0087, Task Order No. 18.) AHRQ Publication No. 07-0025. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2009;
33. Sharifi S, Izadi-tame A, Hatamipour K, Sadeghigooghary N, Safabakhsh L. Patient safety culture from Mazandaran clinical nurses' perspective. *Iran J Nurs* 2014;27(88):77-87.
34. Chen I-C, Li H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res* 2010;10(1):1.
35. Alahmadi H. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care* 2010;19(5):1-5.
36. Joffe MD. Emergency department provider fatigue and shift concerns. *Clin Pediatr Emerg Med* 2006;7(4):248-54.
37. Haghighi M, Zinat Motlagh K, Zinat Motlagh F, Taghdisi M. Assessment of patient safety culture among employees of healthcare providers' hospitals in Tehran. *Health Sys Res* 2014;10(1):49-57.
38. Heidari M, Farshad A, Arghami S. A study on relationship between production link worker's safety attitude and their safe act in of arak metal industry. *Iran Occup Health* 2007;4(3):1-9.
39. Arghami S, Pouya Kian M, Mohammadfam I. Effects of safety signs on the modification of unsafe behaviours. *ZUMS* 2009;17(68):93-8.
40. Zaroshani V, Sheykhi S, Amini M, Mohamadizeydi M, editors. Investigation of safety attitude among operating room staff of of educational hospital of Qazvin university of medical sciences. Tehran: Conference on Safe Society of Tehran; 15 October, 2009.

PATIENT SAFETY CULTURE AND THE FACTORS INFLUENCING FROM THE PERSPECTIVE OF NURSES OF MEDICAL CENTER OF IMAM REZA (AS) TABRIZ

Tayyebeh Rezaei¹, Akram Ghahramanian^{*2}, Farahnaz Abdullahzaed³, Mohammad Asghari-jafarabadi⁴, Zahra Sheikhalipour⁵, Zeinab Fadaei⁶

Received: 04 Sep, 2017; Accepted: 29 Nov, 2017

Abstract

Background & Aim: In order to improve patient safety were forced to strengthen the safety of monitoring systems. It is also necessary to reform its weaknesses and to develop it among the staff. This study aimed to determine the status of patient safety culture in the Medical Center of Imam Reza in Tabriz and factors affecting it.

Methods & Materials: This study is a descriptive-correlational research. The study population included surgical nurses. The data collection instrument included Hospital Survey on Patient Safety Culture. To analyze the data, descriptive statistics and independent t-tests, ANOVA, Pearson correlation coefficient and multivariate linear regression analysis were employed using SPSS V₂₀ statistical software.

Results: In the dimensions of patient safety culture, the highest mean scores are related to dimensions of organizational learning- continuous improvement, support of hospital management of safety and general perception of safety culture, and the lowest mean scores are related to dimension of teamwork between organizational units, matters related to employees and non-punitive response to errors. Pearson correlation test results in age ($P < .01$) and work experience ($P < .05$) had a significant positive correlation with patient safety culture. In the regression model only the age variable had a significant impact on patient safety culture ($B = .988$, $CI\% 95 = .097-1.880$, $P = .030$).

Conclusion: In order to increase the quality of care and safe care, patient safety culture were a priority in Management plans and Increase staff awareness of patient safety, promote patient safety in hospitals is provided.

Keyword: Hospital, Nurses, Patient Safety, Safety Culture

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Tel: +989123879247

E-mail: ghahramaniana@gmail.com

¹ Master of Surgical Nursing, Marand Health Education Complex, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Assistant Professor of Internal Surgery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

³ Instructor of Internal Medicine Surgery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Statistics and Epidemiology, Tabriz University of Medical Sciences, Faculty of Health, Tabriz, Iran

⁵ Assistant Professor of Internal Surgery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁶ Tabriz University of Medical Sciences, Marand Health Education Complex, Ph.D Student, Nursing Education, Tehran University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Midwifery, Department of Pediatrics