



# ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره): دیدگاه پرستاران

علی دواتی<sup>۱</sup>/ سودابه وطن خواه<sup>۲</sup>/ کیمیا شریفی<sup>۳</sup>

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف تعیین و مقایسه دیدگاه پرستاران در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه شاهد انجام شد.

روش کار: این مطالعه به شکل توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۴ و با استفاده از پرسشنامه «پیمایش بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار» انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه شاهد بود. تحلیل داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: تعداد ۹۴ نفر از ۱۲۰ پرستار در پژوهش مشارکت داشتند. نمرات ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار به ترتیب مربوط به بعد ایمنی بخش محل خدمت پرستاران (۲/۶۱)، ایمنی بیمار (۲/۳۹)، ایمنی بیمارستان (۲/۲۶)، ارتباطات (۲/۲۱)، تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته (۲/۱۴)، و کمترین میانگین مربوط به بعد سوپروایز واحد (۱/۸۵) بود. در کل میانگین نمرات ابعاد در سطح پایین (میانگین کمتر از ۲/۵) گزارش شده است. قوی‌ترین همبستگی بین بعد بخش محل کار و سوپروایزر وجود داشت ( $r=0/44$ ,  $p=0/00$ ).

نتیجه‌گیری: حمایت مدیریت ارشد از ایمنی بیمار، رویکرد کارگروھی، سنجش اثربخشی تغییرات ایمنی بیمار و برخورد محترمانه کارکنان با یکدیگر، از جمله نقاط قوت بیمارستان در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار بودند. همچنین وجود فرهنگ سرزنش، کمبود تعداد کارکنان، ساعت کار طولانی، عدم تشویق فرهنگ ایمنی بیمار، عدم توجه به پیشنهادهای کارکنان، نبود فرهنگ پیشگیری، هماهنگی ناکافی بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی، از جمله نقاط ضعف تاثیرگذار بر کاهش ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بودند. انجام چنین مطالعاتی می‌تواند راهگشایی برای بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و در پی آن ارتقای کیفیت خدمات سلامت باشد.

واژه‌های کلیدی: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی، خطای پزشکی، بیمارستان

• وصول مقاله: ۹۵/۰۴/۱۳ اصلاح نهایی: ۹۶/۰۲/۰۴ پذیرش نهایی: ۹۶/۰۴/۳۱

۱. دانشیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. دانشیار مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. دستیار تخصصی قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛ نویسنده مسئول (kimia\_sharifi@yahoo.com)

در بروز خطاها، باید فرهنگی را جایگزین نمود که به خطاها به عنوان فرصتی برای ارتقا و بهبود نگریسته شود [۱۴].

پژوهش‌ها نشان می‌دهد، بیمارستان‌هایی که در آنها جو ایمنی بهتری حکم فرماست، عملکرد ایمن‌تری دارند و میزان بروز حوادث در آنها کمتر است [۱۵]. بنیاد سلامت انگلستان در سال ۲۰۱۱ مطالعه مروری درباره ارتباط فرهنگ ایمنی با پیامدهای بیمار انجام داد که نتیجه حاصل از آن نشان داد، بین فرهنگ ایمنی و کاهش حوادث ناخواسته، اشتباهات دارویی، طول مدت بستری بیماران، میزان پذیرش مجدد و میزان فوت رابطه مستقیم وجود دارد [۱۶]. مؤسسه ارتقا دهنده سلامت در قرن ۲۱، تغییر فرهنگ ایمنی را به عنوان چالشی عمده در راه دستیابی به مراقبت سلامت ایمن معرفی می‌کند و ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در سازمان و نیز استقرار برنامه‌های جامع ایمنی بیمار در راستای شناسایی بیشتر حوادث ناخواسته را به مدیران پیشنهاد می‌کند [۱۷].

ارزیابی سطح فرهنگ ایمنی موجود، سرآغازی برای ایجاد فرهنگ ایمنی در سازمان است، زیرا حرکت به سوی ایمن‌تر ساختن مراقبت بدون اطلاع از وضع موجود ممکن است به افزایش هزینه‌ها منجر شود و همچنین سازمان را در معرض مخاطرات جدیدی قرار دهد [۱۸، ۱۲]. نتایج مطالعات بررسی فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های عمومی ایران ارتقای فرهنگ ایمنی را ضروری دانسته‌اند [۱۹-۲۰]. برقراری و گسترش فرهنگ ایمنی و طراحی فرآیندهای مراقبت سلامت مطمئن، می‌تواند به بهترین نحو، موجب کاهش صدمات گردد [۲۱]. در این میان پرستاران از جمله بیشترین گروه کارکنان بیمارستان‌ها می‌باشند.

پرستاران به دلیل ماهیت کار خود در حفظ و ارتقای ایمنی بیمار نقش اصلی را ایفا می‌کنند و از آنجا که مسئول ارائه خدمات مراقبت مستقیم و مستمر هستند، صلاحیت آنها از نظر ایمنی بیمار به منظور حصول اطمینان از ارائه مراقبت ایمن و باکیفیت بالا، بسیار حیاتی است [۳، ۶، ۱۰] و این امر در شناسایی عوامل تأثیرگذار بر ایمنی بیمار به آنها کمک می‌کند، بنابراین؛ به منظور دستیابی به موفقیت در اجرای فرآیندهای ایمنی بیمار، نقش پرستاران بسیار حائز اهمیت است [۲۱].

کیفیت مراقبت از جمله مهم‌ترین مسائلی در بخش سلامت و به ویژه در مراکز درمانی است [۱]. بر اساس مطالعات، ایمنی بیمار به عنوان یکی از مؤلفه‌های ضروری و مهم کیفیت مراقبت محسوب می‌گردد [۳-۱].

خطاهای پزشکی به عنوان یکی از پنج علت رایج فوت در دنیا ذکر شده است و براساس تخمین سازمان بهداشت جهانی ارائه خدمات و مراقبت‌های پزشکی غیرایمن به آسیب و فوت ده‌ها میلیون بیمار در سراسر جهان منجر می‌گردد که این میزان در حدود ۳/۷ تا ۱۶/۶ درصد از پذیرش‌های بیمارستانی را شامل می‌شود [۴-۶]. با توجه به لزوم توجه به ایمنی بیمار به عنوان اولویت جهانی، متخصصان مراقبت سلامت باید برای ارائه مراقبت قابل اعتماد و ایمن از آمادگی لازم برخوردار باشند.

برخی محققان استدلال نموده‌اند که راه حل بهبود ایمنی بیمار از طریق ایجاد فرهنگ ایمنی بیمارستان است [۷]. فرهنگ ایمنی بیمار در تعیین توانایی سازمان مراقبت بهداشتی برای رسیدگی و کاهش خطرات بیماران جنبه‌ای کلیدی است و از عوامل مهم ارتقای ایمنی و بهبود کیفیت مراقبت به شمار می‌رود [۱۱-۱۰]. فرهنگ ایمنی روشی برای جلوگیری از خطاهای پزشکی است و بهبود فرهنگ می‌تواند بروز حوادث ناخواسته و حتی هزینه‌های مراقبت سلامت را کاهش دهد [۵، ۸]. در حقیقت این مهم با ترویج ارتباطات و کارگروهی از طریق به کارگیری عوامل فردی و گروهی منجر به خطای پزشکی کمتر و پیامدهای با کیفیت بیمار می‌گردد [۹].

از سویی دیگر، فرهنگ ایمنی را می‌توان نشانگر ارزش‌ها و دیدگاه‌های مدیران و کارکنان در مورد مدیریت خطر و ایمنی دانست [۱۲]. نارسایی و نقصان در فرآیندهای کاری واحدهای سازمانی موجب مشکلات ایمنی بیمار می‌شوند و خطاهای انسانی در این زمینه نقش چندانی ندارند؛ همچنین خطاهای غیرعملدی و سرپیچی از اصول ایمنی باعث بروز مشکلات ایمنی می‌گردند [۱۳]. حل این معضلات مستلزم تغییر فرهنگ است، به گونه‌ای که به جای مقصر شمردن افراد

خطرات بالقوه محیط بیمارستان، پرداختن به مقوله ایجاد محیطی ایمن و به دور از خطا برای حفظ سلامت تمامی ذینفعان این سازمان‌ها ضروری می‌سازد. فرهنگ ایمنی بیمار نشان دهنده اولویت‌های ایمنی بیماران از نظر کارکنان نظام سلامت است. مرکز پزشکی آموزشی درمانی شهید مصطفی خمینی به عنوان تنها بیمارستان تابعه دانشگاه شاهد است و از حیث ارائه خدمات به خانواده معظم شهدا و ایثارگران به پاس قدردانی هرچند کوچک از این بزرگواران دارای اهمیت است. همچنین در کشور کمتر مطالعه‌ای به بررسی بیمارستان‌های بنیاد شهید پرداخته است و درباره فرهنگ ایمنی بیمار نیز پژوهش مشابهی یافت نشد، بنابراین؛ با توجه به مطالب پیشین و ضرورت ارزیابی وضعیت موجود، محققان بر آن شدند تا با هدف تعیین و مقایسه دیدگاه پرستاران با استفاده از بعد گزارش حوادث در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار، در بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) تهران پژوهشی را به انجام برسانند.

### روش کار

این مطالعه به شکل توصیفی و از نوع مقطعی طراحی شد که در سال ۱۳۹۴ در مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی شهید مصطفی خمینی (ره) دانشگاه شاهد شهر تهران انجام گرفت. کلیه پرستاران شاغل در این مرکز شامل ۱۲۰ نفر جامعه پژوهش این مطالعه را تشکیل دادند. در این مطالعه نمونه‌گیری نشد و کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان به صورت سرشماری وارد مطالعه گردیدند.

ابزار گردآوری داده‌های پژوهش حاضر پرسشنامه‌ای شامل دو بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت‌شناسی و بخش دوم مربوط به پرسشنامه استاندارد پیمایش بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار (Hospital Survey on Patient Safety Culture- HSOPSC) بود که در سال ۲۰۰۴ در مرکز پژوهش و کیفیت خدمات سلامت آمریکا آن را طراحی کرده [۲۲-۲۳] و تاکنون بارها - برای ارزیابی نظرات کارکنان بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار در نقاط مختلف دنیا استفاده شده است [۴، ۲۴، ۲۵].

پرسشنامه مزبور، ابزاری روا و پایاست که با استفاده از متون مختلف و آزمون‌های شناختی و تحلیل عاملی به منظور ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان طراحی شده است [۲۶].

روایی پرسشنامه مزبور در مطالعه عبدالله‌زاده، با استفاده از نظرات ۱۰ نفر از اعضای دانشکده پرستاری و مامایی تبریز در سال ۱۳۹۰ بررسی شد [۲۷]. پرسشنامه مذکور دارای ۴۲ سؤال است که پنج حیطه مختلف فرهنگ ایمنی بیمار، شامل محل خدمت (۱۸ سؤال)، سوپروایزر یا مدیر (چهار سؤال)، ارتباطات (شش سؤال)، تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته (سه سؤال) و بیمارستان (۱۱ سؤال) را می‌سنجد. در انتها پرسشنامه دارای دو سؤال بودند. نخست این که پاسخ‌دهندگان به طور کلی چه نمره‌ای را برای ایمنی بیمار در واحد خود در نظر می‌گیرند و هم چنین در ۱۲ ماه گذشته چند مورد گزارش‌دهی خطا داشته‌اند.

برای سنجش پایایی نیز، پرسشنامه به صورت آزمایشی بین ۱۰ نفر از اعضای جامعه موردنظر به صورت تصادفی و در دو نوبت به فاصله زمانی ۱۰ روز توزیع شد (روش آزمون - باز آزمون). پس از تحلیل داده‌ها، آلفای کرونباخ مربوط به همبستگی درونی میان حیطه‌ها برابر با ۰/۸۶ محاسبه شد که پایا بودن ابزار مورد استفاده را تأیید کرد [۲۸].

در این مطالعه نمونه‌گیری انجام نشد، بنابراین؛ پرسشنامه‌ها پس از طی مراحل کسب موافقت بیمارستان در میان تمامی پرستاران شاغل در این بیمارستان توزیع گردید که از ۱۲۰ پرستار تعداد ۹۴ نفر در پژوهش مشارکت داشتند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، براساس اهداف تعیین شده و به منظور قابل مقایسه نمودن یافته‌ها با یافته‌های سایر مطالعات از روش تحلیل پیشنهادی طراحان پرسشنامه «پیمایش بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار» استفاده شد [۲۲]؛ بدین گونه که پس از معکوس کردن سؤالات دارای بار معنایی منفی، پاسخ‌های «بسیار موافقم و موافقم/همیشه و اغلب اوقات» به سؤالات پرسشنامه به عنوان امتیاز مثبت برای هر سؤال و میانگین آنها به عنوان مجموع امتیاز مثبت در حیطه مورد نظر

پژوهش و تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده از مطالعه، رضایت و اعتماد پرستاران را در همکاری و تکمیل پرسشنامه جلب نمود و فرم رضایت آگاهانه از سوی پاسخ‌گویان تکمیل گردید. سپس براساس کدهای تعیین شده تمامی پرسشنامه‌ها با پیگیری‌های مداوم از سوی پژوهشگر جمع‌آوری گردید.

### یافته‌ها

در این پژوهش از ۱۲۰ پرستار جامعه پژوهش، تعداد ۹۴ نفر در پژوهش مشارکت داشتند. بیشتر پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش زن بودند (۷۹/۸ درصد) و این میزان برای جنس مرد نیز ۲۰/۲ درصد بود. میانگین سنی پرستاران مشارکت‌کننده ۳۷/۷±۳/۶ سال بود که ۱۷ درصد در گروه سنی بین ۲۰-۳۰ سال و ۴۰/۴ درصد در بازه سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند. میانگین سابقه کار شرکت‌کنندگان، ۱۳/۵ سال با انحراف معیار شش سال بود و تقریباً ۵۹/۶ درصد پرستاران این مطالعه دارای سابقه کاری ۱۱ تا ۲۰ سال بودند. میانگین ساعات کاری در بین پرستاران این پژوهش ۴۶/۱ ساعت با انحراف معیار ۱۱/۷ بدست آمد. میانگین سابقه کاری پرستاران در واحد‌های کاری فعلی ۱۱/۲ با انحراف معیار ۱۵/۷ سال بود که ۶۰/۶ درصد پرستاران در واحد کاری فعلی خود کمتر از ۱۱ سال سابقه کاری داشتند. بیشتر پرستاران مورد مطالعه (۱۷ درصد) در بخش مراقبت ویژه (ICU) مشغول به کار بودند. (جدول یک)

محاسبه شدند. به طور مشابه پاسخ‌های «ناموافق و کاملاً ناموافق» به ندرت و هرگز» به عنوان امتیاز منفی و پاسخ «هیچ‌کدام و بعضی وقت‌ها» در طیف پاسخ‌های خنثی قرار گرفتند، بنابراین؛ نمرات میانگین ممکن برای میزان فرهنگ ایمنی بیمار بین صفر تا چهار متفاوت بوده است به این ترتیب که نمرات صفر و یک به گزینه‌های «کاملاً ناموافق و ناموافق» و نمرات سه و چهار به گزینه‌های «موافق و کاملاً موافق» اختصاص یافت. میانگین نمرات کمتر از ۲/۵ بیانگر فرهنگ ایمنی بیمار پایین، میانگین نمرات بین ۲/۵ تا ۳/۷۵ نشان‌دهنده وضعیت قابل قبول فرهنگ ایمنی و میانگین نمرات ۳/۷۵ و بالاتر نشان‌دهنده فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان نقطه قوت بیمارستان بوده است. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با بهره‌گیری از آزمون‌های کولموگورف-اسمیرنوف، آزمون Z، آزمون U-مان و یتنی و آزمون کروسکال و الیس تحلیل گردید. قابل ذکر است، نرمالیتی ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار با استفاده از آزمون کولموگورف-اسمیرنوف بررسی شد؛ بنابراین، برای آزمون فرضیات پژوهش از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده شد. هم‌چنین به منظور بررسی اختلاف میانگین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بر اساس جنس پرستاران از آزمون U-مان و یتنی و برای بررسی اختلاف میانگین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار از آزمون کروسکال و الیس استفاده شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه متبوع با ارائه توضیح کاملی در رابطه با هدف

جدول ۱. مشخصات پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۷۵	۲۰-۳۰	۱۶	۱۷
	مرد	۱۹	۳۱-۴۰	۳۸	۴۰/۴
بخش محل کار	ICU	۱۶	بالای ۴۱	۴۰	۴۲/۶
	داخلی	۱۲	کمتر از ۱۱	۲۷	۲۸/۷
	جراحی	۱۴	۱۱-۲۰	۵۶	۵۹/۶
	اطفال	۱۳	بالای ۲۱	۱۱	۱۱/۷
	اورژانس	۱۵	کمتر از ۱۱	۵۷	۶۰/۶
	CCU	۱۲	۱۱-۲۰	۳۵	۳۷/۲
سابقه کار در واحد فعلی	ارتوپدی	۱۲	بالای ۲۱	۲	۲/۱
		۱۲/۸			

نمرات ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در جدول دو ارائه شده است. بیشترین میانگین مربوط به بعد ایمنی بخش محل خدمت پرسه تاران بود (۲/۶۱) و کمترین میانگین نیز مربوط به بعد سوپروایز واحد بود (۱/۸۵). در کل میانگین نمرات ابعاد در سطح پایین (میانگین کمتر از ۲/۵) گزارش شد.

جدول ۲. میانگین نمره ابعاد ایمنی بیمار در بیمارستان مورد مطالعه

ابعاد	تعداد	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار
بخش محل خدمت	۹۴	۱/۵	۳/۶	۲/۶	۰/۴۰
سوپروایز	۹۴	۰/۲	۴/۰	۱/۸	۰/۷۱
ارتباطات	۹۴	۰/۶	۴/۰	۲/۲	۰/۵۸
تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته	۹۴	۰	۴/۰	۲/۱	۰/۶۹
ایمنی بیمار	۹۴	۰/۶	۴/۰	۲/۳	۰/۸۰
بیمارستان	۹۴	۱/۳	۳/۶	۲/۲	۰/۴۴

جدول سه میزان همبستگی بین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار را نشان می دهد. قوی ترین همبستگی بین بعد فرهنگ ایمنی بخش محل کار و بعد فرهنگ ایمنی سوپروایز شناسایی گردید (۰/۰۰۰،  $r=0/44p=$ ).

جدول ۳. تعیین همبستگی بین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار (ضریب همبستگی اسپیرمن)

ابعاد فرهنگی بیمار	مقادیر همبستگی	سوپروایز	ارتباطات	تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته	ایمنی بیمار	بیمارستان	محل کار
سوپروایز	مقدار-P	۱	۰/۲۹۶	۰/۰۱۳	۰/۱۷۹	۰/۳۹۱	۰/۴۴
ارتباطات	مقدار-P	-	۱	۰/۹	۰/۲۶۳	۰/۱۲۴	۰/۳۹۶
تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته	مقدار-P	-	-	۱	۰/۰۸۴	۰/۲۶۴	۰/۲۵۳
ایمنی بیمار	مقدار-P	-	-	-	۱	۰/۲۷۴	۰/۰۴۳
بیمارستان	مقدار-P	-	-	-	-	۱	۰/۳۲۸
محل کار	مقدار-P	-	-	-	-	-	۱

محل کار ( $sig=0/026$ ) و تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته ( $sig=0/036$ ) از نظر آماری معنی دار بوده است. بررسی اختلاف میانگین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار براساس سن شرکت کنندگان نشان داد که برای بعد سوپروایز معنی دار بود ( $sig=0/008$ ) و برای سایر ابعاد نیز معنی دار نبود ( $p>0/05$ ).

بررسی اختلاف میانگین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار براساس جنس پرستاران نشان داد، این اختلاف برای هیچ کدام از ابعاد معنی دار نبود ( $p>0/05$ ). بررسی اختلاف میانگین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار براساس بخش محل کار نشان داد، اختلاف میانگین ابعاد ارتباطات ( $sig=0/029$ )، سوپروایز ( $sig=0/027$ )، بخش

## علی دواتی و همکاران

طبق جدول چهار مربوط به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در دو گروه با حوادث ناخواسته و بدون حوادث ناخواسته، میانگین همه ابعاد در گروهی که حادثه ناخواسته‌ای اعلام ننموده‌اند بیشتر بود و میانگین بعد بخش محل کار نیز در مقایسه این دو گروه از نظر آماری معنی‌دار تشخیص داده شد.

همچنین اختلاف میانگین برای هیچ کدام از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار براساس سابقه کار معنی‌دار نبوده است ( $p > 0.05$ ). نتایج نشان داد که ۲۸/۶ درصد پرستاران بیش از یک بار حوادث ناخواسته را گزارش کرده‌اند. ۲۸/۶ درصد پرستاران نیز هیچ حادثه‌ی ناخواسته‌ای را گزارش نکردند.

جدول ۴. ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار براساس گروه حوادث گزارش شده و گروه بدون حوادث

P-value	z	گروه بروز حوادث ناخواسته		
		گروه بدون حوادث ناخواسته (تعداد=۶۹)	گروه بروز حوادث ناخواسته (تعداد=۲۵)	
		Mean±SD	Mean±SD	
۰/۷۳	-۰/۳۳۳	۱/۸±۰/۷۷	۱/۷±۰/۵۴	سوپروایزر
۰/۷۹	-۰/۲۶	۲/۲±۰/۶۴	۲/۱±۰/۳۸	ارتباطات
۰/۷۲	-۰/۳۵۴	۲/۴±۰/۸۳	۲/۳±۰/۷۴	تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته
۰/۱۷۹	-۱/۳۴	۲/۱±۰/۶۷	۲/۱±۰/۷۷	ایمنی بیمار
۰/۰۵	-۱/۹۲	۲/۳±۰/۴۵	۲/۱±۰/۴۰	بیمارستان
۰/۰۰۹	-۲/۵	۲/۶±۰/۷۷	۲/۴±۰/۴۰	محل کار

نیز نشان داده است که مشکلات ایمنی بیمار ناشی از نارسایی و کمبود در فرآیندهای کاری در درون واحدهاست [۱۳ و ۱۴].

میزان پاسخ موافق پرستاران به گویه‌های بعد مربوط به مدیر واحد در مطالعه حاضر ۲۹/۸ درصد بود که این بعد در مطالعات بقایی و همکاران [۱۳] و عبدی و همکاران [۱۹] و عبادی فرد آذر و همکاران [۳۱] و در مطالعه انسی و همکاران [۳۲] نمره مثبت بالای ۵۰ درصد دریافت نموده است؛ در حالی که در مطالعه حاضر نمره مثبت زیر ۵۰ درصد به این بعد تعلق گرفته است و جزو ابعادی است که نمره مثبت قابل قبول را دریافت نکرده است و نیاز به بررسی و بهبود دارد. مدیر مستقیم کارکنان همواره به دلیل ارتباطات تنگاتنگ با کارکنان در ایجاد تغییر و یا ارتقای کارکنان زیر مجموعه خود نقش تاثیرگذاری دارد. وضعیت نامطلوب این بعد، حاکی از نبود رویکردهای پرورش دهنده ایمنی بیمار و بهبود ایمنی بیمار، همچنین چشم پوشی از خطرات بالینی و عدم توجه به دقت در انجام کار است.

فرهنگ ایمنی در بعد ارتباطات کمتر از ۵۰ درصد نشان داده شد که از این حیث با مطالعه بقایی و همکاران [۱۳] و عبدی

## بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با استفاده از پرسشنامه «بیمایش بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار» به بررسی فرهنگ ایمنی بیمار پرستاران بیمارستان دانشگاه شاهد پرداخت. نظر بیشتر پرستاران مورد مطالعه در مورد اغلب گویه‌های بعد واحد محل کار پرستاران در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار موافق بود. یکی از موارد مورد بررسی در این بعد کار گروهی درون واحدها است که نشان می‌دهد کارکنان از یکدیگر حمایت می‌کنند و زمانی که نیاز به انجام دادن کار زیاد در مدت کوتاهی وجود دارد، همگی به عنوان یک گروه دور هم جمع می‌شوند تا به کمک هم آن را انجام دهند. رویکرد کار گروهی در مطالعه حاضر به عنوان نقطه قوت فرهنگ ایمنی بیمارستان عنوان شده است. در پژوهش عبدی و همکاران [۱۹] بعد کار گروهی در داخل بخش با ۴۷/۲ درصد بیشترین امتیاز را کسب کرده که در این زمینه همسو با مطالعه حاضر است. در مطالعه شرر و فیتز پاتریک [۲۹] و هلینگز و همکاران [۳۰] نیز بعد کار گروهی در داخل بخش با مطالعه حاضر هم راستاست. در مورد اهمیت کار گروهی مطالعات

و همکاران [۱۹] همسو است؛ درحالی که در مطالعه انسی و همکاران [۳۲] عبادی فرد آذر و همکاران [۳۱] نتیجه مثبت قابل قبول به دست آمد. فضای ارتباطی باز بدین مفهوم است که کارکنان امکان مذاکره در مورد راه های مقابله با بروز مجدد خطاها را دارند و شرایط برای بررسی عمل انجام فعالیت های غیرایمن فراهم است که در مطالعه حاضر این میزان در سطح پایین است.

نتایج مثبت مطالعه حاضر در خصوص بعد فراوانی گزارش دهی حوادث از حیث شناسایی و اصلاح اشتباهات قبل از تاثیرگذاری بر بیمار، کمتر از ۵۰ درصد به دست آمد، که با مطالعه بقایی و همکاران [۱۳] و عبدی و همکاران [۱۹] همسو است؛ درحالی که در مطالعه انسی و همکاران [۳۲] و عبادی فرد آذر و همکاران [۳۱] پاسخ مثبت قابل قبول (بالای ۵۰ درصد) گزارش گردید. با توجه به اینکه گزارش دهی و جمع آوری اطلاعات به صورت منظم یکی از شاخص های مهم فرهنگ ایمنی بیمار است به منظور ارتقای این بعد نیز تلاش بیشتری نیاز است. یکی از دلایل مهم پایین بودن میزان گزارش دهی حوادث وجود فرهنگ سرزنش است. تمرکز روی سرزنش افراد باعث غفلت از ضعف های موجود در سیستم می شود، از گزارش دهی خطا جلوگیری می کند و از همه مهم تر امکان تحلیل و پیشگیری را محدود می سازد.

طبق یافته های مطالعه حاضر، بیشترین میانگین مربوط به بعد ایمنی بخش محل خدمت پرستاران بود (۲/۶۱) و کمترین میانگین نیز مربوط به بعد سوپروایز واحد است (۱/۸۵). در کل میانگین نمرات ابعاد در سطح پایین گزارش شده است. مطالعه مقری و همکاران [۲۸] نشان داد قوی ترین بعد فرهنگ ایمنی بیمار، کار گروهی درون بخشی و یادگیری سازمانی بهبود مستمر است که از این نظر با مطالعه حاضر همخوانی دارد، زیرا که یکی از موارد مربوط به بعد محل خدمت رویکرد کار گروهی است.

از نظر اکثر پرستاران (۶۲/۸ درصد) مورد مطالعه، نمره ایمنی بیمار بیمارستان در حد قابل قبول بوده است؛ در حالی که مطالعه ارشد بستان آبادی و همکاران [۳۳] نشان داد، سطح

فرهنگ ایمنی بیمار در واحدهای بیمارستان مورد مطالعه در حد پایین-متوسط است. نتیجه مطالعه شریفی و همکاران [۳۴] و عبادی فرد و همکاران [۳۱] نیز چنین بیان می کند که این نمره در مقایسه با سایر کشورها در سطح متوسط قرار دارد. مقایسه این نتایج نشان می دهد، با آن که در تمامی این مطالعات ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در سطح پایین است اما دیدگاه کارکنان درخصوص نمره کلی فرهنگ ایمنی در مطالعات سطوح متفاوتی را نشان می دهد.

بررسی اختلاف میانگین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار براساس بخش محل کار نشان داد، اختلاف میانگین ابعاد ارتباطات، سوپروایزر، بخش محل کار و تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته از نظر آماری معنی دار بود. اختلاف میانگین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار براساس سن شرکت کنندگان روشن ساخت که این اختلاف برای بعد سوپروایز معنی دار بوده و برای سایر ابعاد نیز معنی دار نبوده است. در حالت اختلاف میانگین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار براساس سابقه کار برای هیچ کدام از ابعاد معنی دار نبوده است؛ که در مطالعه شریفی و همکاران [۳۴] بین سن و سابقه کار با کار گروهی رابطه منفی معنادار گزارش شده است. همچنین در مطالعه ابراهیم پور و همکاران [۳۵] گزارش شده است که بین ویژگی های جمعیت شناسی و شغلی با میزان بروز اشتباهات دارویی توسط پرستاران ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشده است. تفاوت در فرهنگ ایمنی بیمار براساس متغیرهای جمعیت شناسی زمینه را برای تمرکز تصمیم گیری ایجاد تغییر در گروه های دچار بحران فراهم می سازد.

فراوانی بروز حوادث گزارش شده بین پرستاران نشان داد که ۲۸/۶ درصد پرستاران بیش از یک بار حوادث ناخواسته را گزارش کرده اند. در مطالعه ابراهیم پور و همکاران [۳۵] بیان گردید، ۱۸/۳ درصد از پرستاران اشتباه خود را به دلیل اینکه اشتباه دارویی رخ داده چندان جدی نبوده، به کسی گزارش نکرده اند و نتایج پژوهش آنها نشان داد، نزدیک به نیمی از پرستاران در طول سابقه کاری خود حداقل یک اشتباه دارویی داشته اند. مقری و همکاران [۲۸] نیز بیان کردند که



زمینه تعداد گزارش حوادث به وقوع پیوسته در ۱۲ ماه گذشته توسط پرستاران اشاره نمود؛ بدین منظور به پاسخگویان تاکید گردید که بر اساس مستندات به این سوال پاسخ دهند. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش، عدم دسترسی به نمونه‌های بزرگتر بوده است که با توجه به محدودیت‌های دانشگاه امکان این دسترسی فراهم نبود. اجرای مداخلاتی در زمینه ارتقای فرهنگ ایمنی و بررسی تاثیر مداخلات، به عنوان پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه با عنوان بررسی فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) در سال ۹۴ در مقطع دکتری پزشکی در سال ۱۳۹۵ کد ۶۱۵ می باشد که با حمایت دانشگاه شاهد اجرا شده است.

بیش از نیمی از افراد در ۱۲ ماه گذشته گزارشی در مورد خطاها نداشته‌اند. در مطالعه‌ای مروری، میزان خطای دارویی بین پنج درصد تا ۵۰ درصد گزارش شده است که ۶۴/۵ درصد آن به خاطر اشتباهات پرستاران بوده است [۳۶]. این مقایسه‌ها حاکی از نتایج مهمی است که از جمله آن می‌توان به نرخ نسبتاً بالای حوادث ناخواسته و در پی آن به اهمیت تحلیل بروز این حوادث و برنامه‌ریزی برای کاهش آن اشاره نمود. حمایت مدیریت ارشد از ایمنی بیمار، رویکرد کار گروهی، حمایت کارکنان از یکدیگر، وجود بازخورد چرخه گزارش - اعمال تغییرات، عدم چشم‌پوشی از خطای ایمنی بیمار، سنجش اثربخشی تغییرات ایمنی بیمار و برخورد محترمانه کارکنان با یکدیگر، از جمله نقاط قوت بیمارستان در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار بودند. وجود فرهنگ سرزنش و سرزنش فرد به جای سیستم، کمبود تعداد کارکنان، ساعت کار طولانی، عدم تشویق فرهنگ ایمنی بیمار از سوی مدیر، عدم توجه به پیشنهادها، کارکنان، عدم تشکیل جلسات پیشگیری خطا، هراس از اعلام اقدامات احتمالی پیشگیری از وقوع خطا، نبود فرهنگ پیشگیری، هماهنگی ناکافی بخش‌ها و واحدهای بیمارستانی از جمله نقاط ضعف تاثیرگذار بر کاهش ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بودند.

بعد سوپروایزر کمترین امتیاز را در این مطالعه کسب نموده است که این امر نیازمند به دقت بیشتری است. قطعاً مسایلی مانند توجه مدیران و مسئولین مربوطه به موضوع فرهنگ ایمنی بیمار و به کارگیری راهکارهای پیشنهادی کارکنان در این زمینه و تقدیر از کارکنانی که طبق رویه‌های ایمنی فعالیت می‌کنند، می‌تواند به بهبود شرایط موجود یاری رساند.

انجام چنین مطالعاتی می‌تواند راه‌گشای بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و در پی آن ارتقای کیفیت خدمات سلامت باشد. مدیران و مسئولین از این طریق می‌توانند به وضعیت فعلی فرهنگ ایمنی بیمارستان پی برده و با شناسایی نقاط قوت و ضعف موجود در زمینه فرهنگ ایمنی بیمارستان، با استفاده از این ابزار در پی یافتن راهکارهای مناسب و انجام مداخلات ضروری جهت بهبود وضعیت فرهنگ ایمنی برآیند. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به خطای یادآوری در



## References

1. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, WalG, Groenewegen PP. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *Health Services Research* 2008; 8:230-237.
2. Chen I-C, Li H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Health Services Research* 2010; 10(1): 152-160.
3. Ammouri A.A, Tailakh A.K, Muliira JK, Geethakrishnan R, Al Kindi SN. Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review* 2015; 62 (1): 102-110.
4. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *Health Services Research* 2010; 10(28): 1-9.
5. Vifladt A, Simonsenc BO, Lydersend S, Farup PG. Changes in patient safety culture after restructuring of intensive care units: Two cross-sectional studies. *Intensive and Critical Care Nursing* 2016; 32, 58-65.
6. Hwang JI. what are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 2015, 27(3), 232-238.
7. Qin CH, Xie J, Jiang J, Zhen F, Ding S. Reporting Among Nurses and Its Correlation with Hospital Safety Culture. *Journal of Nursing Care Quality* 2015; 30(1): 77-83.
8. Marsteller JA, Wen M, Hsu YJ, Bauer LC, Schwann NM, Young CJ, et al. Safety Culture in Cardiac Surgical Teams: Data from Five Programs and National Surgical Comparison. *The Annals of Thoracic Surgery* 2015; 100:2182-2189.
9. Melissa DZ, McCarroll ML, Mendise TM, Ferris EF, Roulette GD, Zolton J, et al. Safety Culture in the Gynecology Robotics Operating Room. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2014; 21(5): 893- 900.
10. Khater WA, Akhu-Zaheya LM, Al-Mahasneh SI, Khater R. Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. *International Nursing Review* 2015; 62(1): 82-91.
11. Poley MJ, van der Starre C, van den Bos A, van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatric Critical Care Medicine* 2011; 12(6): 306-310.
12. Flin R, Winter J, Cakil Sarac MR. Human factors in patient safety: review of topics and tools. *World Health Organization* 2009: 1-55.
13. Baghaei R, Nourani D, Khalkhali HR, Pirnejad H. Evaluating patient safety culture in personnel of academic hospitals in Urmia University of Medical Sciences in 2011. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2012; 10(2): 150-164.
14. Katherine J, Anne S, Liyan X Junfeng S, Keith M. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A tool to plan and evaluate patient safety programs. *Agency for Healthcare Research and Quality* 2008; 2(8): 1-8.

15. Hartmann CW, Meterko M, Rosen AK, Zhao S, Shokeen P, Singer S, et al. Relationship of Hospital Organizational Culture to Patient Safety Climate in the Veterans Health Administration. *Medical Care Research and Review* 2009; 66(3): 320-338.
16. The health Foundation. Does improving safety culture affect patient outcomes? November 2011. Available at: <http://www.health.org.uk>.
17. Handler SM, Castle NG, Studenski SA, Perera S, Fridsma DB, Nace DA, et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. *Quality & Safety in Health Care* 2006; 15(6):400-404.
18. Warburton RN. Patient safety—how much is enough. *Health Policy* 2005; 71: 223-232.
19. Abdi Z, Maleki RM, Khosravi A. [Perceptions of patient safety culture among staff of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences]. *Payesh*. 2011; 10(4): 411-419. [Persian]
20. Salavati, S., et al. Nurses' perspectives on patient safety culture. *Iran Journal of Nursing* 2013; 26 (84): 24-33.
21. Verklan MT, Walden M. Core curriculum for neonatal intensive care nursing: Saunders; 2010. Available on: <https://www.amazon.com/Curriculum-Neonatal-Intensive-Nursing-AWHONN/dp/032322590X>
22. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
23. Takbiri A. The relationship between caregivers' perceptions of patient's safety culture and inpatients' perceptions of delivered care quality in general teaching hospitals affiliated to medical universities located in Tehran: 2011 [Ms. Thesis]. Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; 2011.
24. Bagnasco A, Tibaldi L, Chirone P, Chiaranda C, Panzone MS, Tangolo D, et al. Patient safety culture: An Italian experience. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20(7-8):1188-95.
25. Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Quality & safety in health care* 2010 Oct;19(5): 17-25.
26. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Society for Quality in Health Care* 2009; 21(5):348-355.
27. Abdolazadeh F, Zamanzadeh V, Boroumand A. [Studying the Relationship between Individual and Organizational Factors and Nurses' Perception of Patient Safety Culture]. *Journal of Caring Sciences* 2012; 1(4):215-222. [Persian]
28. Moghri J, Ghanbarnezhad A, Moghri M, Rahimi Forooshani A, Akbari Sari A, Arab M. [Validation of Farsi version of hospital survey on patient safety culture questionnaire, using confirmatory factor analysis method]. *Hospital Journal* 2012; 11(2):19-29. [Persian]
29. Scherer D, Fitzpatrick JJ. Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative areas. *Association of Operating Room Nurses journal* 2008; 1(2): 163-167.



30. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugles A. Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2007; 20(7):620-632.
31. Ebadi fard azar F, Rezapoor A, Tanoomand Koushehmehr A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. Study of patients'safety culture in Selected Training hospitals affiliated with Tehran university of medical sciences. *HOSPITAL Journal* 2012; 11 (2): 55-64.
32. Anssi K, Jari T, Eila R, Markku E, Hannele T. Patient safety culture in two Finnish State-Run Forensic Psychiatric Hospitals. *Journal of Forensic Nursing* 2013; 9(4): 207-216.
33. Arshadi Bostanabad M, Jebreili M, Kargari Rezapour M. Patient Safety Culture assessment in neonatal intensive care units of Tabriz from the perspective of nurses in 2013. *Iranian Journal of Nursing research* 2015; 10(3): 26-35.
34. Sharifi S, Izadi-tame A, Hatamipour KH, Sadeghigooghary N, Safabakhsh L. Patient safety culture from Mazandaran clinical nurses' perspective. *Iran Journal of Nursing* 2014; 27(88): 77-87.
35. Ebrahimpour F, Shahrokhi A, Ghodousi A. Patients' Safety and Nurses' Medication Administration Errors. *International Journal of Frontier Missiology* 2014; 20 (1) :401-408
36. Bakhshaei P, Babaki SH, Esmaili A, Sinashahi A, Abachizadeh K. [Evaluate patterns of medication errors in healthcare Iran]. *First National Conference on patient safety* 2011; oct 26-28. Ormia a university of medical sciences. Ormia.Iran. [Persian]





## Assessment of Patient Safety Culture at Shahid Mostafa Khomeini Hospital: Nurses' Perspective

Davati A<sup>1</sup>/ Vatankhah S<sup>2,3</sup>/ Sharifi K<sup>4</sup>

### Abstract

**Introduction:** this study aimed to determine and compare the viewpoints of nurses in the field of patient safety culture in the hospital Mostafa Khomeini in Tehran.

**Methods:** This cross-sectional descriptive study in 1394 by using the questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety Culture" was performed. The study population consisted of all nurses working in university hospitals control. Data analysis was conducted in two levels of descriptive and inferential statistics.

**Results:** 94 of 120 nurses participated in the study. Dimension scores patient safety culture was related to the department of nurses (61/2), patient safety (39/2), safety Hospital (26/2), communications (21/2), the frequency of reporting of adverse events (14 / 2), and the lowest supervisor department (85/1), respectively. Overall, the mean scores of all dimensions at a low level (less than 5.2 average) have been reported. The strongest correlation was found between the department of nurses and supervisors ( $p=0.000$ ,  $r=0.44$ ).

**Conclusion:** Senior management support of patient safety, teamwork approach, measure the effectiveness of changes of patient safety, and personnel dealing respectfully with each were of the strengths of the hospital in the field of patient safety culture. Also according to the results Blame culture, lack of personnel, long working hours, lack of encouraging a culture of patient safety, lack of attention to personnel suggestions, the absence of a culture of prevention, inadequate coordination among hospital departments and units were weaknesses that affecting to reduce patient safety culture dimensions. Such studies can clear the way for improved patient safety culture and seeks to improve the quality of health services.

**Keywords:** Patient Safety, Safety Culture, Medical Errors, Hospital

• Received: 3/July/2016 • Modified: 24/April/2017 • Accepted: 22/July/2017

1. Assistant Professor, Department of Social Medicine, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran  
 2. Assistant Professor, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Science, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
 3. Assistant Professor, Health Management and Economic Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
 4. Resident of Cardiology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Corresponding Author (kimia\_sharifi@yahoo.com)