

## فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

صدیقه صلواتی<sup>۱</sup> \*طناز فانوسی<sup>۲</sup> دانیال دهقان<sup>۳</sup> حامد تابش<sup>۴</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: سازمان‌های مراقبت سلامت در جهت ارتقای کیفیت خدمات توجه روز افزونی به مساله ایمنی بیمار پیدا کرده اند و فرهنگ ایمنی بیمار شرط کلیدی برای بهبود ایمنی بیمار است. هدف این مطالعه تعیین و مقایسه فرهنگ جاری ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در بیمارستان‌های دانشگاهی و خصوصی شهر اهواز می باشد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی، ۱۴۲ نفر پرستار از سه بیمارستان خصوصی و پنج بیمارستان دانشگاهی شهر اهواز به روش تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه تعیین فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستانها (HSOPSC) جمع آوری شد. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیکی و سازمانی پرستاران و بخش دوم دارای تعداد ۴۲ سوال است که ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار را مورد ارزیابی قرار می دهد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تی مستقل در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین درصد پاسخ‌های مثبت به پرسشنامه فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های دانشگاهی و خصوصی به ترتیب برابر  $(16\% \pm 55/8)$  و  $(15\% \pm 56/3)$  بود. نقاط قوت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دانشگاهی سه بعد یادگیری سازمانی و بهبود مداوم  $(54/71\%)$ ، کار تیمی درون واحدهای بیمارستان  $(3/76/03)$ ، پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا  $(1/81/1)$  و در بیمارستان‌های خصوصی دو بعد یادگیری سازمانی و بهبود مداوم  $(14/72)$  و پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا  $(5/83)$  بود. از بین ابعاد نیازمند بهبود، کمترین امتیاز فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های دانشگاهی مربوط به بعد ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها  $(7/26)$  و در بیمارستان‌های خصوصی بعد انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها  $(87/33)$  می باشد. اغلب پرستاران  $(3/66)$  بیمارستانهای دانشگاهی و  $(2/68)$  بیمارستانهای خصوصی هیچ گزارشی را در زمینه حوادثی که در ۱۲ ماه گذشته به وقوع پیوسته به سرپرست بخش ارائه نداده اند و تفاوت آماری معناداری بین فرهنگ ایمنی بیمارستان‌های دانشگاهی و خصوصی وجود ندارد.

نتیجه گیری کلی: اقدامات مدیران برای بهبود ایمنی، ارائه بازخورد در رابطه با خطاها، زمینه سازی برای تناوب گزارش‌دهی حوادث و تبادل اطلاعات مربوط به بیمار در بیمارستان‌های تحت مطالعه جهت ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار ضروری بنظر می رسد.

### کلیدواژه‌ها: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی، بیمارستان، پرستاران

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۱۷

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکتری سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران و دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

<sup>۲</sup> - دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران و دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. (\*مؤلف مسئول)

Email: tannaz.fanusi@yahoo.com

شماره تماس: ۰۹۳۶۰۲۶۸۴۴۱

<sup>۳</sup> - کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز و بیمارستان ابن سینا، شیراز، ایران.

<sup>۴</sup> - استادیار و عضو هیئت علمی گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران.

## مقدمه

ایمنی بیمار از اجزای ضروری برای ارائه خدمات مراقبت سلامت با کیفیت است<sup>(۱)</sup>. این در حالی است که خطاهای پزشکی یکی از پنج دلیل معمول مرگ در جهان اعلام شده و سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که ده ها ملیون بیمار در کل جهان قربانی صدمات و مرگ ناشی از مراقبت ها و فعالیت های پزشکی غیر ایمن می شوند<sup>(۲)</sup>. بطور مثال خطاهای پزشکی در آمریکا سالانه منجر به ۴۴۰۰۰ الی ۹۸۰۰۰ مرگ در بیمارستان شده<sup>(۳)</sup> و در انگلیس رویدادهای نامطلوب در ۱۰ درصد از بستری های بیمارستانی اتفاق می افتد و در استرالیا ۱۶/۶ درصد از پذیرش های بیمارستانی منجر به رویدادهای نامطلوب می گردد<sup>(۴)</sup>. صدمات و مرگ ناشی از خطاهای پزشکی هزینه های بسیاری را متوجه بیماران و سیستم مراقبت سلامت می کند. بطور مثال هزینه سالانه خطاهای پزشکی قابل پیشگیری در امریکا بین ۱۷ الی ۲۹ میلیون دلار در سال تخمین زده می شود و این در حالی است که گفته می شود ۵۰ درصد از رویدادهای نامطلوب قابل پیشگیری هستند<sup>(۵،۳)</sup>. در کشور ایران آمار مدونی از میزان خطاهای پزشکی در دست نیست، ولی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اعلام کرده است که هر ساله میلیاردها تومان صرف هزینه نگهداری و مراقبت از بیماران در بیمارستان ها به دلیل اشتباهات پزشکی می شود و افزایش پرونده های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان و پرستاران، نشان دهنده این ادعا است<sup>(۶)</sup>.

سازمان های مراقبت سلامت در جهت بهبود و ارتقای کیفیت خدمات می کوشند و توجه روز افزونی به مساله ایمنی بیمار پیدا کرده اند. یکی از جنبه های ایمنی بیمار که به طور گسترده مورد توجه قرار گرفته است فرهنگ ایمنی بیمار می باشد<sup>(۲،۱)</sup> Cooper توضیح می دهد که اساسی ترین مانع برای بهبود ایمنی مراقبت از بیمار، فرهنگ ایمنی سازمان های مراقبت از سلامت می باشد<sup>(۷)</sup> و یک فرهنگ ایمنی سازنده شرط کلیدی برای بهبود ایمنی بیمار است<sup>(۵)</sup>.

فرهنگ ایمنی بیمار زیر مجموعه ای از فرهنگ سازمانی بوده و به عنوان مجموعه ای از ارزشها، نگرش ها، ادراکات، اعتقادات و رفتارهای مشترکی تعریف می شود که از انجام ایمن فعالیت های افراد در سازمان های سلامت حمایت می کند<sup>(۸،۹)</sup>. اجزای کلیدی فرهنگ ایمنی بیمار شامل اعتقادی مشترک مبنی بر پر خطر بودن مسئولیت مراقبت سلامت، تعهد سازمانی برای کشف و تحلیل خطاها و صدمات وارد بر بیمار و در نهایت ایجاد محیطی است که بین نیاز برای گزارش دهی خطاها و نیاز به کنش انضباطی تعادل ایجاد کند<sup>(۱۰)</sup>.

یک فرهنگ ایمنی مثبت رفتارهای ارائه دهندگان خدمات سلامت را به نحوی هدایت می کند که ایمنی بیمار به یکی از بالاترین اولویت های آنها تبدیل گردد و شامل عناصری همچون یادگیری سازمانی، کار تیمی، ارتباطات باز، بازخورد و پاسخ غیر تنبیهی به خطاها، و ادراکات مشترک مبنی بر اهمیت ایمنی می باشد<sup>(۵-۸)</sup>. فرهنگ ایمنی مثبت می تواند گزارش خطاها و تحلیل آنها توسط ارائه دهندگان مراقبت سلامت را تشویق کند که خود ابزاری موثر برای بهبود ایمنی خواهد بود و اولین گام برای ایجاد فرهنگ ایمنی مثبت، ارزیابی فرهنگ ایمنی جاری است<sup>(۵)</sup>. از طرفی بیمارستان ها باید قبل از اجرای مداخلات ساختاری دست به ایجاد یک فرهنگ ایمنی بیمار در بین کارکنان خود بزنند؛ لذا بر اهمیت آگاهی از فرهنگ موجود ایمنی بیمار تاکید می گردد<sup>(۱۱)</sup>.

ارزیابی فرهنگ ایمنی سازمان باعث می شود که دید روشنی از ابعاد ایمنی بیمار که نیاز به توجه بیشتری دارند بدست آید و به بیمارستان ها این اجازه را می دهد که نقاط ضعف و قوت فرهنگ ایمنی خود و مسائل مربوط به ایمنی بیمار را شناسایی کرده و نیز ارزیابی مقایسه ای بین نمرات فرهنگ ایمنی سازمان خود با سایر بیمارستان ها داشته باشند<sup>(۸)</sup>.

تعدادی از محققان داخلی به بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان ها پرداخته اند از جمله در مطالعه عبدی و همکاران امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های

شامل تمامی پرستاران بیمارستان های دانشگاهی و خصوصی شهر اهواز بود. برآورد حجم نمونه به این ترتیب بود که تعداد ۱۰ درصد از پرستاران هر یک از بیمارستانهای دانشگاهی محل پژوهش و ۱۰ درصد از مجموع پرستاران بیمارستان های خصوصی تعیین گردید و در مجموع حجم نمونه برابر با ۱۴۲ نفر (۴۴ نفر از بیمارستانهای خصوصی و ۹۸ نفر از بیمارستان های دانشگاهی) در نظر گرفته شد و پرستاران با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. بدین ترتیب که لیست پرستاران در هر بیمارستان اخذ گردید و به نسبت تعداد پرستاران شاغل در هر بخش، پرستاران وارد مطالعه شدند و انتخاب آنها از شیفت های مختلف کاری صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت از داشتن تحصیلات کارشناسی و بالاتر و سابقه کار بیش از شش ماه بود.

در این مطالعه جهت سنجش فرهنگ ایمنی بیمار از پرسشنامه تعیین فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستانها (HOSPSC) (Hospital Survey On Patient Safety Culture) استفاده شد، که یکی از ابزار های معمول مورد استفاده برای سنجش فرهنگ ایمنی بیمار می باشد که مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفته است.<sup>(۱۵)</sup>

پایایی و روایی این پرسشنامه در دو مطالعه داخلی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است<sup>(۱۵،۱۳)</sup> و پایایی آن در بیمارستانهای شهر اهواز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ بررسی و برابر با ۰/۸۰٪ تعیین شد. بخش اول پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و سازمانی پرستاران را مورد سوال قرار می دهد و بخش دوم پرسشنامه دارای تعداد ۴۲ سوال است که ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار را مورد ارزیابی قرار می دهد و بر مبنای مقیاس ۵ گزینه ای لایکرت تدوین شده است. در انتهای پرسشنامه نیز پاسخگویان در زمینه وضعیتی که برای ایمنی بیمار برای واحد خود در نظر می گیرند و تعداد گزارش دهی خطا در طی ۱۲ ماه گذشته مورد سوال واقع می شوند. نحوه

منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در تمامی ابعاد در حد پایین و متوسط بوده است و ابعاد واکنش غیر تنبیهی به خطاها و کار تیمی بین واحدهای بیمارستان کمترین امتیاز و بعد کار تیمی در داخل بخش بیشترین امتیاز را بدست آوردند<sup>(۱۲)</sup>. در مطالعه دیگری که توسط عبادی فرد آذر و همکاران برای تعیین فرهنگ ایمنی بیماران در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد بعد کار تیمی درون واحدهای بیمارستان بیشترین مقدار امتیاز و بعد پاسخ غیر تنبیهی به خطاها پایین ترین مقدار امتیاز را در میان ابعاد مختلف به خود اختصاص دادند<sup>(۱۳)</sup>. در مطالعه بقایی و همکاران برای بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه نتایج نشان داد که حیطة کار تیمی درون واحدها نقطه قوت و حیطة های پاسخ غیر تنبیهی به اشتباهات، مسائل کاری مربوط به کارکنان، فراوانی گزارش دهی وقایع، باز بودن مجاری ارتباطی و حمایت مدیریت از ایمنی بیمار نقاط نیازمند بهبود در زمینه فرهنگ ایمنی بیمارستان های تحت مطالعه می باشد<sup>(۱۴)</sup>.

با توجه به ضرورت آگاهی مسئولان بیمارستانها از وضعیت جاری فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی راه هایی جهت بهبود و ارتقای آن؛ و با عنایت به این که پرستاران ارائه دهندگان خدمت در خط مقدم بیمارستان ها می باشند که نقش ویژه ای را در ارائه خدمت به بیماران دارند لذا محقق بر آن شد تا پژوهشی را به هدف تعیین و مقایسه دیدگاه پرستاران در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های دانشگاهی و خصوصی شهر اهواز اجرا نماید.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی مقایسه ای بود که به صورت مقطعی در بیمارستان های منتخب دانشگاهی و خصوصی شهر اهواز (۵ بیمارستان آموزشی درمانی و ۳ بیمارستان خصوصی) در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. جامعه پژوهش

خصوصی استخدام قراردادی (۷۷/۳٪) بودند. تعداد کمی از پرستاران تحت مطالعه دارای تحصیلات ارشد و بالاتر بودند (پنج درصد در بیمارستان های دانشگاهی و دو درصد در بیمارستان های خصوصی). بیشترین تعداد پرستاران (۲۹/۶٪) در بیمارستان آموزشی و ۴۷/۷٪ در بیمارستان خصوصی) دارای سابقه کاری ۵-۱ سال بودند.

میانگین درصد پاسخ های مثبت به پرسشنامه فرهنگ ایمنی در بیمارستان های دانشگاهی و خصوصی به ترتیب برابر (۱۶٪ ± ۵۵/۸) و (۱۵٪ ± ۵۶/۳) بود. نتایج بررسی دیدگاه های پرستاران در زمینه ابعاد ۱۲ گانه ایمنی بیمار به تفکیک بیمارستانهای خصوصی و دانشگاهی در جدول شماره یک ارائه گردیده است. از دیدگاه پرستاران در بیمارستان های دانشگاهی سه بعد فرهنگ ایمنی شامل یادگیری سازمانی و بهبود مداوم (۷۱/۵۴٪)، کار تیمی درون واحدهای بیمارستان (۷۶/۰۳٪)، پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا (۸۱/۱٪) و در بیمارستانهای خصوصی دو بعد یادگیری سازمانی و بهبود مداوم (۷۲/۱۴) و پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا (۸۳/۵) به عنوان نقاط قوت فرهنگ ایمنی تعیین شدند، همچنین ابعاد انتظارات و اقدامات سوپروایزر/مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی (۴۳/۶۷٪) در بیمارستان های دانشگاهی و ۳۹/۵۲٪ در بیمارستان های خصوصی)، ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها (۲۶/۷٪) در بیمارستان های دانشگاهی و ۳۵/۷۳٪ در بیمارستان های خصوصی)، تناوب گزارش دهی حوادث (۳۳/۴۷٪) در بیمارستان های دانشگاهی و ۴۹/۴٪ در بیمارستان های خصوصی)، انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها (۴۱/۹۲٪) در بیمارستان های دانشگاهی و ۳۳/۸۷٪ در بیمارستان های خصوصی) به عنوان ابعاد نیازمند بهبود از دیدگاه پرستاران شناسایی شدند.

امتیاز دهی به پرسشنامه بدین صورت است که جواب های کاملاً موافقم / موافقم و اغلب اوقات / همیشه، به عنوان پاسخ های مثبت برای سؤالات مثبت و جواب های کاملاً مخالفم / مخالفم و هرگز / به ندرت نیز به عنوان پاسخهای منفی تلقی می شوند و امتیاز هر حیطه برابر با میانگین درصد پاسخ های مثبت آن حیطه است. ابعادی که دارای درصد پاسخ مثبت بالاتر از ۷۵٪ هستند به عنوان نقاط قوت و ابعادی که درصد پاسخ مثبت به آنها پایین تر از ۵۰٪ باشد به عنوان ابعاد نیازمند بهبود در نظر گرفته می شوند.

در این مطالعه جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد، آزمون تی مستقل جهت مقایسه میانگین نمره ایمنی بین بیمارستانهای خصوصی و دانشگاهی بکار گرفته شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر هدف از انجام مطالعه را به پرستاران توضیح داد و شرکت در مطالعه نیز آزاد بود و رضایت پرستاران جهت انجام پژوهش اخذ گردید. پرسشنامه ها، بدون نام توسط پرستاران تکمیل گردید و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه خواهد ماند. لازم به ذکر است که این طرح مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بوده و مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه قرار گرفته است.

### یافته ها

در این مطالعه میزان پاسخگویی به پرسشنامه ها ۱۰۰ درصد بود. اغلب پرستاران تحت مطالعه زن بودند (۹۱/۸٪) در بیمارستان دانشگاهی و ۸۱/۸٪ در بیمارستان خصوصی) و حدود نیمی از ایشان در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال بودند. (۴۳/۹٪) در بیمارستان دانشگاهی و ۵۰٪ در بیمارستان خصوصی). به ترتیب ۵۸/۲٪ و ۴۰/۹٪ از پرستاران بیمارستان های دانشگاهی و خصوصی متاهل بودند. اغلب پرستاران بیمارستان های دانشگاهی (۴۵/۹٪) دارای وضعیت استخدامی پیمانی و در بیمارستان های

جدول شماره ۱: میانگین درصد پاسخ های مثبت به ابعاد ۱۲ گانه فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

میانگین درصد پاسخ های مثبت		حیطه های فرهنگ ایمنی بیمار
بیمارستان های خصوصی	بیمارستان های دانشگاهی	
۴۹/۴	۳۳/۴۷	حیطه ۱: تناوب گزارش دهی حوادث
۵۳/۷۷	۵۶/۱۵	حیطه ۲: درک کلی از ایمنی
۳۹/۵۲	۴۳/۶۷	حیطه ۳: انتظارات و اقدامات سوپروایزر/مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی
۷۲/۱۴	۷۱/۵۴	حیطه ۴: یادگیری سازمانی، بهبود مداوم
۵۴/۹	۷۶/۰۳	حیطه ۵: کار تیمی درون واحدهای بیمارستان
۷۰	۵۶/۲۷	حیطه ۶: باز بودن مجاری ارتباطی و صداقت در برقراری ارتباطات
۳۵/۷۳	۲۶/۷	حیطه ۷: ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها
۸۳/۵	۸۱/۱	حیطه ۸: پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا
۶۹	۶۴/۶	حیطه ۹: مسائل مربوط به حجم کاری و تعداد کارکنان
۶۰	۶۴/۴۴	حیطه ۱۰: حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی
۵۴/۳	۵۴/۴۰	حیطه ۱۱: کار تیمی مابین واحدهای بیمارستان
۳۳/۸۷	۴۱/۹۲	حیطه ۱۲: انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها

نتایج نشان داد که اغلب پرستاران (۶۶/۳٪) بیمارستانهای دانشگاهی و (۶۸/۲٪ بیمارستانهای خصوصی) هیچ گزارشی را در زمینه حوادثی که در ۱۲ ماه گذشته به وقوع پیوسته به سرپرست بخش ارائه نداده اند (جدول شماره دو).

جدول شماره ۲: تعداد گزارشات ارائه شده توسط پرستاران در زمینه حوادث بوقوع پیوسته در طی ۱۲ ماه گذشته

بیمارستان		دانشگاهی		کل بیمارستان ها	
تعداد گزارشات	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
هیچ گزارشی	۶۵	۳۰	۶۶/۳	۹۵	۶۶/۹
۱ تا ۲	۲۸	۸	۲۸/۶	۳۶	۲۵/۴
۳ تا ۵	۱	۴	۹/۱	۵	۳/۵
۶ تا ۱۰	۳	۱	۳/۱	۴	۲/۸
۱۱ تا ۲۰	۰	۰	۰	۰	۰
بیشتر از ۲۰	۱	۱	۲/۳	۲	۱/۴
کل	۹۸	۴۴	۱۰۰	۱۴۲	۱۰۰

وضعیت رعایت ایمنی بیمار در بیمارستانهای تحت مطالعه از دیدگاه پرستاران در جدول شماره سه ارائه شده است؛ اغلب پرستاران (۸۱/۶٪) بیمارستانهای دانشگاهی و (۸۳/۹٪) بیمارستانهای خصوصی) بیمارستان محل وضعیت رعایت ایمنی بیمار در بیمارستانهای تحت مطالعه از دیدگاه پرستاران در جدول شماره سه ارائه شده است؛ اغلب پرستاران (۸۱/۶٪) بیمارستانهای دانشگاهی و (۸۳/۹٪) بیمارستانهای خصوصی) بیمارستان محل خدمتشان را از نظر رعایت ایمنی بیمار در وضعیت عالی، خیلی خوب و قابل قبول توصیف نموده اند. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت آماری معناداری در زمینه فرهنگ ایمنی، بین بیمارستان های دانشگاهی و خصوصی وجود ندارد

جدول شماره ۳: وضعیت بیمارستان از نظر رعایت ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

بیمارستان		دانشگاهی		کل بیمارستان ها	
وضعیت بیمارستان	تعداد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
عالی	۱۱	۵	۱۱/۴	۱۶	۱۱/۳
بسیار خوب	۲۲	۴	۳۱/۸	۳۶	۲۵/۴
قابل قبول	۴۷	۲۰	۴۵/۵	۶۷	۴۷/۲
نامناسب	۱۳	۲	۴/۵	۱۵	۱۰/۶
ضعیف	۵	۳	۶/۸	۸	۵/۶
کل	۹۸	۴۴	۱۰۰	۱۴۲	۱۰۰

**بحث و نتیجه گیری**

هدف این مطالعه تعیین فرهنگ ایمنی بیمارستان های دانشگاهی و خصوصی شهر اهواز بود و بر اساس نتایج از بین ابعاد ۱۲ گانه ایمنی بیمار، دو بعد یادگیری سازمانی- بهبود مداوم و پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا به عنوان نقاط قوت فرهنگ ایمنی در بیمارستانهای دانشگاهی و خصوصی تعیین شدند، علاوه بر این، بعد کار تیمی درون واحدهای بیمارستان نیز نقطه قوت فرهنگ ایمنی در بیمارستان های دانشگاهی شناخته شد.

در مطالعه عبدی و همکاران نیز همچون مطالعه حاضر، بعد کار تیمی درون واحدها بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داد اما برخلاف نتایج مطالعه حاضر، بعد واکنش غیر تنبیهی به خطاها دارای کمترین امتیاز بود همچنین در مطالعه عبدی و همکاران، کار تیمی بین واحدها دارای کمترین امتیاز در میان ابعاد بود<sup>(۱۲)</sup>.

در مطالعه عبادی فرد آذر و همکاران میانگین درصد پاسخ های مثبت به پرسشنامه فرهنگ ایمنی برابر با ۶۲٪ و بالاتر از مطالعه حاضر بود و دو بعد کار تیمی درون واحدهای بیمارستان و یادگیری سازمانی بالاترین امتیاز فرهنگ سازمانی را داشت اما بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، بعد پاسخ غیر تنبیهی به خطاها ضعیف ترین بعد فرهنگ ایمنی بیمار شناخته شد<sup>(۱۳)</sup>.

در مطالعه بقایی و همکاران مشابه با مطالعه حاضر، نقطه قوت فرهنگ ایمنی حیطه کار تیمی درون واحدها شناخته شد اما پاسخ غیر تنبیهی به اشتباهات بر خلاف نتایج مطالعه ما نقطه ضعف فرهنگ ایمنی در این مطالعه معرفی گردید<sup>(۱۴)</sup>.

همچنین نتایج مطالعه El-Jardali و همکاران برای تعیین فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های لبنان نیز مشابه نتایج مطالعه حاضر بود و کار تیمی در بخشها، یادگیری سازمانی و بهبود مداوم از ابعاد دارای بالاترین نمره فرهنگ ایمنی بودند<sup>(۸)</sup> در مطالعه Noord و همکاران که در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار در بخش های

اورژانس هلند انجام شد پاسخگویان کار تیمی درون بخش اورژانس و ارتباطات باز را بهترین ابعاد ایمنی بیمار ارزیابی نمودند<sup>(۱۶)</sup>.

در مطالعه Alahmadi که برای ارزیابی فرهنگ ایمنی ۱۶ بیمارستان دولتی و خصوصی عربستان سعودی انجام شد نقاط قوت فرهنگ ایمنی یادگیری سازمانی و بهبود مداوم، بازخورد و ارتباطات در زمینه خطاها، و نقاط ضعف فرهنگ ایمنی عبارت بودند از تناوب گزارش دهی، پاسخ غیر تنبیهی به خطاها، مسائل مربوط به کارکنان و کار تیمی در درون واحدهای بیمارستان. ۶۰٪ از پاسخگویان درجه ایمنی بیمارستان را عالی و خیلی خوب، ۳۳٪ قابل قبول ۷٪ ضعیف ارزیابی کردند. ۴۳٪ در طی یکسال گذشته حادثه ای را گزارش ندادند و ۳۰٪ یک الی ۲ گزارش ارائه نموده اند<sup>(۱۷)</sup>.

در مطالعه Chen که برای اندازه گیری فرهنگ ایمنی کارکنان (شامل پزشکان و پرستاران و کارکنان غیر بالینی) ۵۰ بیمارستان آموزشی در تایوان انجام شد نیز نتایج مشابه مطالعه حاضر بود بدین ترتیب که بالاترین نمره مثبت مربوط به بعد کار تیمی در بخش ها بود<sup>(۱)</sup>.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر ابعاد نیازمند بهبود در هر دو دسته از بیمارستان های خصوصی و دانشگاهی عبارت بودند از چهار بعد انتظارات و اقدامات سوپروایزر/مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی، ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها، تناوب گزارش دهی حوادث، انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها.

در مطالعه بقایی و همکاران بعد فراوانی گزارش دهی وقایع همچون مطالعه حاضر دارای پایین ترین امتیاز بوده و سایر ابعاد نیازمند بهبود در مطالعه مذکور عبارت از پاسخ غیر تنبیهی به اشتباهات، مسایل کاری مربوط به کارکنان، باز بودن مجاری ارتباطی و حمایت مدیریت از ایمنی بودند<sup>(۱۴)</sup>.

در مطالعه عبدی و همکاران ابعاد واکنش غیر تنبیهی به خطاها و کار تیمی بین واحدهای بیمارستان دارای

کمترین امتیاز فرهنگ ایمنی<sup>(۱۲)</sup> و در مطالعه عبادی فرد و همکاران ابعاد کارکنان و پاسخ غیر تنبیهی به خطا نقاط ضعف فرهنگ ایمنی شناخته شدند<sup>(۱۳)</sup> که مشابه نتایج مطالعه حاضر نیست.

در مطالعه Noord و همکاران ابعاد با کمترین امتیاز عبارت از تناوب وقایع گزارش شده، کار تیمی بین بخش های بیمارستان و حمایت از سوی مدیریت بیمارستان بود<sup>(۱۶)</sup> در مطالعه ای El-Jardali و همکاران ابعاد با کمترین نمره عبارت از انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها، مسائل مربوط به کارکنان و پاسخ غیر تنبیهی به خطاها بودند<sup>(۸)</sup>. در مطالعه Chen بعدی که کمترین امتیاز مثبت را به خود اختصاص داد بعد مسائل مربوط به کارکنان بود<sup>(۱)</sup>.

در مطالعه Bodur و Filiz که برای روا و پایا سازی نسخه ایتالیایی پرسشنامه تعیین فرهنگ ایمنی بیمار و ادراک از ایمنی بیمار در بیمارستان های عمومی در ترکیه در سال ۲۰۰۸ انجام شد سه بعد کار تیمی درون بخشها، ادراک کلی از ایمنی و انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها دارای امتیاز ۵۰٪ الی ۷۰٪ و بقیه ابعاد دارای امتیاز کمتر از ۵۰٪ بودند<sup>(۲)</sup>.

در زمینه ضعف بیمارستان های تحت مطالعه در بعد انتظارات و اقدامات سوپروایزر/مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی لازم به ذکر است که ارتقای فرهنگ ایمنی بیمارستان به عنوان تحولی بزرگ بوده و نیازمند تغییر ارزشها، باورها و رفتار کارکنان سازمان هم راستا با ارزشهای فرهنگ ایمنی می باشد و چنین تحولی نیازمند پشتیبانی مدیران ارشد سازمان و رهبران و سرپرستان می باشد.

با عنایت به این مساله که بیمارستان های تحت مطالعه از نظر ارتباطات و ارائه بازخورد در زمینه خطاها و تناوب گزارش دهی دارای ضعف می باشند لذا این فرصت را نخواهند داشت که با درس گرفتن از خطاها و اشتباهات بتوانند آگاهی خود را در زمینه دلایل بروز اشتباهات و نحوه برخورد با آن ارتقا دهند. در این زمینه ایجاد

سیستمی مناسب و جامع جهت گزارش دهی خطاها و حوادث ناگوار ضروری به نظر می رسد چرا که منجر به شناسایی انواع، چگونگی و علت بروز خطاها شده و در جهت طراحی فرآیندها و اتخاذ تدابیری برای کاهش و یا ریشه کنی خطاها و حوادث مشابه کمک کننده خواهد بود.

نتایج مطالعه حاضر مبنی بر این بود که میزان گزارش حوادث طبق دیدگاه پرستاران اندک است به نحوی که بیش از نیمی از پرستاران عنوان نمودند که طی یکسال گذشته هیچ گزارشی از وقایع و حوادث نداشتند و یا صرفاً یک الی ۲ گزارش از حوادث ارائه داده اند که این همسو با نتایج سه مطالعه داخلی می باشد؛ چنانکه در مطالعه بقایی و همکاران ۲۶ درصد معتقد بودند که هیچ حادثه ای در واحد کاری خود گزارش نکرده اند و ۴۴ درصد بیان کردند که یک الی دو گزارش ارائه نمودند<sup>(۱۴)</sup> و در مطالعه عبدی و همکاران نیز طی ۱۲ ماه گذشته به طور متوسط در یکی از بیمارستان های تحت مطالعه یک الی دو مورد و در دو بیمارستان دیگر هیچ موردی از خطا و حادثه گزارش نشده بود<sup>(۱۲)</sup>. در مطالعه عبادی فرد و همکاران نیز ۵۷ درصد طی ۱۲ ماه گذشته هیچ حادثه ای گزارش نکردند و ۳۰ درصد بین یک الی دو گزارش داشتند<sup>(۱۳)</sup>.

در مطالعه El-Jardali و همکاران ۶۰٪ از پاسخگویان عنوان نمودند که هیچ گزارشی را در طی ۱۲ ماه گذشته تکمیل نکرده اند<sup>(۸)</sup>. این میزان در مطالعه Bodur و Filiz برابر با ۸۴٪ از پرسنل مراقبت سلامت بیمارستانهای عمومی مورد بررسی بود<sup>(۲)</sup>.

با توجه به اینکه بعد تناوب گزارش دهی حوادث جزو ابعاد نیازمند بهبود و بعد پاسخ غیرتنبیهی به خطاها به عنوان نقطه قوت فرهنگ ایمنی در مطالعه حاضر شناخته شده و از طرفی میزان گزارش دهی حوادث در طی یکسال گذشته اندک است لذا اتخاذ رویکردهایی جهت بهبود گزارش دهی حوادث در بخش های بیمارستان ضروری بنظر می رسد.

داخلی و خارجی می تواند به دلیل تفاوت فرهنگ سازمانی بیمارستانهای تحت مطالعه باشد.

از محدودیت های این مطالعه می توان به خطای یادآوری در زمینه تعداد گزارش حوادث به وقوع پیوسته در ۱۲ ماه گذشته توسط پرستاران اشاره نمود.

ارزیابی فرهنگ ایمنی، ادراکات مربوط به ایمنی در سازمان و نگرش مدیران و کارکنان نسبت به مساله ایمنی را روشن می سازد. تعیین فرهنگ ایمنی بیمار نوعی ابزار تشخیصی برای شناسایی حوزه هایی است که در سازمان نیاز به بهبود دارند<sup>(۱۸)</sup>. در این مطالعه نیز به ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمارستانهای دانشگاهی و خصوصی شهر اهواز پرداخته شد و نتایج، ضرورت توجه بیشتر به ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در زمینه های انتظارات و اقدامات سوپروایزر/مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی، ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها، تناوب گزارش دهی حوادث، انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها را نشان داد. رهبری سازمان متعهد به فراهم سازی مراقبت های سلامتی ایمن، به عنوان یکی از عوامل زمینه ساز برای بهبود ایمنی بیمار شناخته شده است. مدیران و سرپرستان سازمان به عنوان رهبران می بایست مسائل سیستمی را که در سازمان وجود دارد مورد توجه قرار دهند تا زمینه یادگیری سازمانی و فردی در سازمان فراهم گردد. ارتباطات موثر در سازمان و ارائه بازخورد در زمینه گزارش خطاها منجر به یادگیری سازمانی از خطاها و شناسایی روشهای پیشگیری از این اشتباهات در آینده خواهد بود همچنین در زمینه افزایش ایمنی بیمار در زمان انتقال وی در بین واحدها، اتخاذ تدابیری همچون ساخت پروتکل های استاندارد انتقال بیمار بین بخش های بیمارستان می تواند کمک کننده باشد.

اجرای مداخلاتی در زمینه ارتقای فرهنگ ایمنی در بیمارستانهای مورد مطالعه و بررسی تاثیر مداخلات، جهت پژوهش های بعدی پیشنهاد می گردد.

دیدگاه اغلب پرستاران شاغل در بیمارستان های دانشگاهی و خصوصی تحت مطالعه مبنی بر این بود که وضعیت رعایت ایمنی بیمار در بیمارستان محل خدمتشان وضعیت عالی، خیلی خوب و قابل قبول دارد و درصد اندکی (۱۶/۲) در کل بیمارستان های تحت مطالعه) وضعیت ایمنی بیمارستان را نامناسب و ضعیف توصیف نمودند.

در دو مطالعه داخلی نیز نتایج در زمینه دیدگاه پاسخگویان درباره وضعیت رعایت ایمنی بیمار در بیمارستان محل خدمتشان مشابه با مطالعه حاضر بود به این ترتیب که در مطالعه عبدی و همکاران وضعیت ایمنی بیمار توسط افراد تحت مطالعه در دو بیمارستان قابل قبول توصیف شده بود در حالیکه امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در تمامی ابعاد مورد بررسی در حد پایین و متوسط بوده است<sup>(۱۲)</sup> و در مطالعه عبادی فرد و همکاران نیز از بین پرستاران تحت مطالعه ۲۲٪ نمره ایمنی خوب و عالی و ۶۰٪ نمره ایمنی قابل قبول به بیمارستان محل اشتغال خود اختصاص دادند<sup>(۱۳)</sup>.

در مطالعه Noord و همکاران میانگین نمره ای که پاسخگویان به ایمنی بیمار در بخشهای اورژانس دادند برابر با ۵۷/۱ (سطح متوسط) بود در حالیکه ۸۹/۱٪ از پاسخگویان ایمنی بیمار را بالا و قابل قبول اعلام نمودند<sup>(۱۶)</sup>. در مطالعه El-Jardali و همکاران نیز بیش از ۷۰٪ پاسخگویان درجه عالی یا خیلی خوب را به فرهنگ ایمنی بیمار اختصاص دادند<sup>(۸)</sup>. در مطالعه Filiz Bodur میزان ۸۶٪ از پاسخگویان پاسخ مثبت به درجه ایمنی بیمارستان های عمومی مورد بررسی در ترکیه داده بودند در حالیکه فرهنگ ایمنی بیمارستانها در سطح پایینی قرار داشت<sup>(۲)</sup>. مطالعه Chen نیز نشان داد که میانگین پاسخ مثبت برای ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار برابر با ۶۴٪ بوده در حالیکه کارکنان بیمارستان احساس مثبتی نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار در سازمانشان داشتند<sup>(۱)</sup>. تفاوت نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعات



## تقدیر و تشکر

جندی شاپور اهواز به خاطر حمایت مالی این طرح و پرستاران زحمتکش بیمارستان های تحت مطالعه به خاطر همکاری در تکمیل پرسشنامه ها تشکر و قدردانی می نمایند.

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شماره ۱۰۱ S ۹۰ می باشد و به تایید کمیته اخلاق (با کد ۸ eth-۹۱۵) نیز رسیده است، لذا نویسندگان مقاله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی

## فهرست منابع

1. 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):152.
2. 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. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10(28):1-9.
3. Leong P, Afrow J, Weber HP, Howell H. Attitudes toward patient safety standards in US dental schools: a pilot study. *J Dent Educ.* 2008;72(4):431-7.
4. González-Formoso C, Martín-Miguel MV, Fernández-Domínguez MJ, Rial A, Lago-Deibe FI, Ramil-Hermida L, et al. Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: A randomized trial. *BMC Fam Pract.* 2011;12(50):1-10.
5. Zwart DL, Langelaan M, van de Vooren RC, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJ, et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Fam Pract.* 2011;12(117):1-7.
6. Health team in Hamshahri magazine. Available from : <http://www.hamshahrionline.ir/details/89071>. Accessed 8 may 2012.
7. Castle N, Sonon K. A culture of patient safety in nursing homes. *Qual Saf Health Care.* 2006;15(6):405-8.
8. 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.
9. Åberg AC, Lundin-Olsson L, Rosendahl E. Implementation of evidence-based prevention of falls in rehabilitation units: A staff's interactive approach. *J Rehabil Med.* 2009;41(13):1034-40.
10. 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.
11. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, van der Wal G, Groenewegen PP. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(1):230.
12. Abdi ZH, Maleki MR, Khosravi A. [Perceptions of patient safety culture among staff of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences] *Payesh.* 2011;10(4): 411-9. persian
13. Ebadi fard azar F, Rezapoor A, Tanoomand Khousehmehr A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. [Study of patients' safety culture in Selected Training hospitals affiliated with Tehran university of medical sciences]. *J Hosp.* 2011;11(2):55-64. persian
14. Baghaei R, Nourani D, Khalkhali H, Pirnejad H. [Evaluating Patient Safety Culture in Personnel of Academic Hospitals in Urmia University of Medical Sciences in 2011]. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty.* 2012;10(2):155-64. Persian
15. Saari A, Forooshani A. [The psychometric properties of the farsi version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" in iran's hospitals]. *Iran J Public Health.* 2012;41(4):80-6. Persian
16. 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.
17. Alahmadi H. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2010; 19(17):1-5.
18. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care.* 2003;12(2): 17-23.

## Nurses' Perspectives on Patient Safety Culture

Salavati S., PhD Cond.<sup>1</sup>

\*Fanoosi T.,BS<sup>2</sup>  
Tabesh H., PhD.<sup>4</sup>

Dehghan D., BS<sup>3</sup>

### Abstract

**Background & Aim:** Health care organizations have growing recognition to patient safety for improving the quality of services. The main requirement to improve patient safety is patient safety culture. The aim of this study was to determine the current patient safety culture from the perspective of nurses working in university and private hospitals of Ahvaz city.

**Material & Methods:** In this analytic cross-sectional study, 142 nurses working in five academic and three private hospitals in Ahvaz city were randomly selected. Data was collected by Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire (HSOPSC). The first part of the questionnaire included nurses' and organizational characteristics; the second part consisted of 42 questions to evaluate 12 dimensions of patient safety culture. Data was analyzed by descriptive statistics and independent T test using SPSS-PC (v.16).

**Results:** The average percentage of positive responses to patient safety culture questionnaire was  $55.8 \pm 16\%$  and  $56.3 \pm 15\%$  in academic and private hospitals respectively. The strengths of patient safety culture in academic hospitals were related to three dimensions of organizational learning-continuous improvement (71.54%), teamwork across hospital units (76.03%), and non-punitive response to errors (81.1%); and the strengths in private hospitals were related to the dimensions of organizational learning-continuous improvement and non-punitive response to errors. The lowest score of patient safety culture was related to communications and giving feedback about errors in university hospitals (26.7%), and patient transportation in hospital and communication among units in private hospitals (33.87%). Most nurses (68.2% in private and 66.3% in academic hospitals) have not reported any events to supervisor in the past 12 months. There was no statistically significant difference between academic and private hospitals in patient safety scores.

**Conclusion:** Managers actions to promote safety, giving feedback in response to errors, creating an appropriate context for reporting accidents and exchange of patient information in the studied hospitals seems to be crucial.

**Keywords:** Patient safety, Safety culture, Hospital, Nurses

Received: 8 Jul 2013

Accepted: 9 Oct 2013

---

<sup>1</sup>- Ph.D candidate of health policy, Health Management and Economic Dept, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran and School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. Ahvaz. Iran.

<sup>2</sup>- Master student of Health Services Management, student research committee, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz and School of Health Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. (\*Corresponding author)

Tel: 09360268441

E-mail: tannaz.fanusi@yahoo.com

<sup>3</sup>- BS in Health Services Management, student research committee, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz and Ebne-Sina hospital, Shiraz, Iran.

<sup>4</sup>- Assistant professor of biostatistics, biostatistics Dept , School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.