

فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان های استان مازندران

*سیمین شریفی^۱

احمد ایزدی طامه^۲

خدیجه حاتمی پور^۳

نرجس خاتون صادقی گوغری^۴

لیلا صفا بخش^۵

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران یکی از گروه های مهم در بهبودی و امنیت بیماران بوده و نقش مهمی در کاهش میزان مرگ بیماران دارند. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت فرهنگ ایمنی بیماران از دیدگاه پرستاران انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه با طرح توصیفی-همبستگی در یک بازه زمانی دو ماهه در سال ۱۳۹۰ در بیمارستان های تنکابن، چالوس و رامسر انجام شد. نمونه شامل همه پرستاران بود. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه "پیمایش بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار" بود که در ۱۲ بعد وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار را در بیمارستان ها مورد سنجش قرار می داد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از شاخص های میانگین و انحراف معیار و آزمون تی و آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار spss نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته ها: از بین ۱۲ بعد پرسش-نامه فرهنگ ایمنی بیمار، پرستاران بالاترین نمره را به بعد "کار گروهی درون بخش های بیمارستانی" (میانگین و انحراف استاندارد ۰/۹۸ ± ۰/۰۲) و "یادگیری سازمانی- ارتقا مداوم" (میانگین و انحراف استاندارد ۰/۷۵ ± ۰/۰۶) از حداکثر نمره ۵) و کمترین نمره را به بعد "کارکنان" (میانگین و انحراف استاندارد ۱/۱۱ ± ۲/۳۹) و "پاسخ غیر تنبیهی به خطا" (میانگین و انحراف استاندارد ۰/۹۸ ± ۲/۵۳) از حداکثر نمره ۵) دادند. ۵۳/۷ درصد از پرستاران "یک تا دو مورد" ثبت گزارش خطا در بخش محل کارشان را در یکسال اخیر" گزارش کردند. بر اساس آزمون همبستگی پیرسون بین ابعاد پرسش-نامه فرهنگ ایمنی بیمار و مشخصات شخصی-اجتماعی، تنها بین متغیر سن و سابقه کار با بعد "همکاری گروهی بین واحد های بیمارستانی" (فاکتور شماره اول) همبستگی معنادار منفی ($p < 0/05$) مشاهده شد.

نتیجه گیری کلی: به نظر می رسد فرهنگ ایمنی بیمار در برخی ابعاد نیازمند اصلاح است تا محیط بالینی امن تری برای بیماران ایجاد شود. پیشنهاد می شود فرهنگ "غیر تنبیهی" جایگزین فرهنگ تنبیه و سرزنش شود تا اعضای کادر بهداشتی اشتباهات خود را بیان کنند.

کلید واژه ها: ایمنی، فرهنگ ایمنی، بیمار، پرستار، بیمارستان

تاریخ دریافت: ۹۳/۱/۹

تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۲۴

^۱ دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران (شعبه بین الملل)- مربی دانشکده ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم

پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (*نویسنده مسئول) شماره تماس: 021- 88655379 Emai: siminsharifi1@gmail.com

^۲ استادیار گروه علوم انسانی دانشگاه امام حسین(ع)، تهران، ایران

^۳ دانشجوی دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران

^۴ دانشجوی دکتری سالمند شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران و مربی دانشکده ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان،

زاهدان، ایران

^۵ دانشجوی دکتری آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

مقدمه

یکی از مهمترین مسائل در بخش سلامت و بویژه در مراکز درمانی کیفیت مراقبت است. کیفیت مراقبت از عناصری تشکیل شده که ایمنی بیمار یکی از مهمترین آنها می باشد. اما آمارهای موجود در این زمینه حکایت از نامناسب بودن شرایط ایمنی در مراقبت از بیماران دارد^(۱). آمار فوت ناشی از خطاهای پزشکی در آمریکا بین ۴۴ تا ۸۸ هزار مورد در سال است که به مراتب بیش از آمار فوت ناشی تصادفات جاده ای، سرطان پستان و سندرم اکتسابی نقص سیستم ایمنی است و هزینه ای معادل ۳۷.۶ بلیون دلار سالیانه خسارت را در پی دارد^(۲). در ایران آمار دقیقی از خطاهای پزشکان و پرستاران در دست نیست. اما به نقل از ریاست نظام پزشکی (۱۳۹۲): "هنوز در کشور نظام واقعی ثبت خطای پزشکی نداریم و... این آمار به روز نیست. بر حسب گزارشات نیم درصد مداخلات پزشکی در کشور در زمره خطاهای پزشکی قرار می گیرد که در نرم جهانی این آمار سه درصد است"^(۳). در مورد میزان خطاهای پرستاری در ایران هم مانند خطاهای پزشکی آمار دقیقی موجود نیست. و برخی پژوهش ها در ایران و کشورهای دیگر، میزان خطاهای پرستاران و دانشجویان پرستاری را زیاد ارزیابی کرده اند^(۴،۵،۶).

در مطالعه جولایی و همکاران میانگین وقوع خطاهای دارویی برای هر پرستار در طول مدت سه ماه ۱۹/۵ مورد بوده است. اما میانگین تعداد گزارش خطای دارویی در عرض سه ماه در بخش های همان مطالعه برای هر پرستار ۱/۳ مورد بوده است که تفاوت قابل ملاحظه ای در "انجام خطای دارویی" و "گزارش آن خطا" به چشم می خورد^(۷). به نظر می رسد فرهنگ سازمان از مهم ترین فاکتورهای تعیین کننده ایمنی بیماران در بیمارستان ها محسوب می شود^(۸). مطالعات متعددی در زمینه فرهنگ سازمانی و فرهنگ بیمارستانی نشان می دهد نوع فرهنگ سازمانی بر انگیزش شغلی، عملکرد سازمانی، بهره وری و کارایی تاثیر دارد^(۹،۱۰،۱۱). فرهنگ ایمنی شامل سه جزء:

فرهنگی که هم اکنون وجود دارد، فرهنگ گزارش کردن اشتباهات و فرهنگ یادگیری است. فرهنگ گزارش حوادث پیش نیاز رسیدن به فرهنگ یادگیری است و تنها در سازمانی ایجاد می شود که محیط غیر تنبیهی داشته باشد. جایی که فرد بتواند خطاهای خود را بدون خجالت بیان کند^(۱۲). پرستاران از تاثیر گذارترین گروه های کادر بهداشتی هستند که تاثیر به سزایی در بهبودی و امنیت بیماران دارند. خستگی و محیط کاری پرستاران می تواند بر وضعیت بیماران تاثیر منفی داشته باشد. همچنین در برخی از مطالعات بین تعداد پرستاران و میزان مرگ بیماران ارتباط معکوس معناداری یافت شده است^(۱۳،۱۴). با توجه به اهمیت نظر پرستاران در مورد فرهنگ ایمنی بیماران به عنوان یکی از موثرترین گروه های کادر بهداشتی بر سلامت و بهبودی بیماران، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران انجام شد. پرسش نامه های متعددی در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار وجود دارند که ابعاد متعددی از این فرهنگ مانند: مدیریت/ سرپرستی، میزان ریسک، فشار کاری، شایستگی، قوانین و مسایل دیگر را اندازه گیری می کنند. ابزارها از نظر محتوا (تعداد ابعادی که ذکر شده است)، میزان تاکید و تعداد سوالات با یکدیگر تفاوت اساسی دارند^(۱۵). در این مطالعه از نسخه بومی شده پرسشنامه "ارزیابی بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار" استفاده شده است.

روش بررسی

جامعه این مطالعه توصیفی- تحلیلی- همبستگی را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان های شهر های تنکابن، رامسر و چالوس شامل ۴۵۶ نفر تشکیل می دادند که پس از دریافت نامه از معاونت پژوهشی و کسب اجازه از مدیران پرستاری و مطالعه پرسش نامه توسط آنان، پرسش نامه ها توسط یکی از پژوهشگران در بین پرستاران در تمام سطوح (پرستار، سرپرستار و مترون) توزیع شد. هر پرستار در صورت تمایل در مطالعه شرکت می کرد (معیار

ورود) و در غیر اینصورت از مطالعه حذف می شد. پرسش نامه ها در طی دو ماه جمع آوری شد. به همه شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه ها بصورت کلی و بدون نام گزارش می شوند. برای جمع آوری داده ها از پرسش-نامه بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار (Hospital Survey on Patient Safety Culture) که توسط آژانس کیفیت و پژوهش مراقبت از سلامت (Culture Agency for Healthcare Research and Quality) منتشر شده است، استفاده شد. این پرسش- نامه در ایران (دانشگاه علوم پزشکی تهران) از طریق تحلیل عاملی تاییدی با فرهنگ ایران معتبر سازی شده است (مقدار تابع برازش برابر با ۱۴/۲۵ بود و با توجه به این مقدار برای تابع برازش، مقدار شاخص نیکویی برازش ۰/۹۶ به دست آمد. دامنه همبستگی درونی سوالات بین ۰/۵۷ تا ۰/۸ بود). آلفای کرونباخ مربوط به همبستگی درونی کل حیطه ها عدد ۰/۸۲ و ضریب اسپیرمن براون ۰/۸۱ به دست آمد^(۱۶).

در کل تعداد ۲۲۸ پرسش نامه برگشت داده شد. پنج مورد از پرسش نامه ها مخدوش بود که از مطالعه حذف گردید. میزان پاسخ ۵۰ درصد بود. پرسش نامه بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیماران شامل ۱۲ بعد است: "باز بودن مجاری ارتباطی" (۳ سوال)، "ارتباطات و رایه بازخورد در مورد خطاها" (۳ سوال)، "تناوب گزارش دهی رخدادها" (۳ سوال)، "انتقال و جابجایی بیماران" (۵ سوال)، "حمایت مدیریت از ایمنی بیماران" (۳ سوال)، "پاسخ غیر تنبیهی به خطاها" (۳ سوال)، "ارتقا یادگیری مداوم سازمانی" (۳ سوال)، "درک کلی از ایمنی بیمار" (۴ سوال)، "مسایل مربوط به کارکنان" (۴ سوال)، "انتظارات مدیر/سوپروایزر" (۴ سوال)، "کار تیمی بین بخشهای بیمارستانی" (۴ سوال)، "کار گروهی در درون بخشهای بیمارستانی" (۳ سوال) بود. برای بدست آوردن نظرات پاسخ دهندگان از مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت استفاده شده که در آن ۱ به معنای کاملاً ناموافقم تا ۵ کاملاً موافقم می باشد. (دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۶۸) و ۱۱

سوال در مورد مشخصات شخصی (سن، جنس، وضعیت تاهل، پست سازمانی، میزان سابقه کار و بخش محل خدمت) بود. ابعاد دارای درصد پاسخ مثبت بالاتر از ۷۵ درصد یا میانگین بالاتر از ۳/۷۵ از نمره ۵ به عنوان نقاط قوت و ابعاد با درصد پاسخ مثبت پایین تر از ۵۰ درصد یا میانگین نمره کمتر ۲/۵ از نمره ۵ به عنوان ابعاد نیازمند بهبود تعریف شد^(۱۷). میانگین نمرات پس از معکوس کردن سوالات با بار منفی معنایی محاسبه شد یعنی جواب های کاملاً موافقم و موافقم بعنوان پاسخ های مثبت برای سوالات مثبت و جواب های کاملاً مخالفم و مخالفم به عنوان پاسخ های مثبت برای سوالات منفی تلقی شد.

تحلیل آماری با نرم افزار SPSS نسخه شانزده و در سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای برآورد ۰/۰۵ انجام شد. به این منظور از آمار توصیفی، تحلیل آزمون تی و آنالیز واریانس یکطرفه و همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج آنالیز واریانس یکطرفه پس از اصلاح بونفرونی مورد بررسی قرار گرفت و از مقایسه میانگین ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار و مشخصات فردی در هیچ مورد اختلاف معناداری مشاهده نشد. از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی همبستگی بین ابعاد پرسش نامه امنیت بیمار و خصوصیات فردی و اجتماعی در پرستاران استفاده شد. به منظور تعیین سهم و اهمیت حیطه ها در میزان نمره کل مربوط به فرهنگ ایمنی بیمار از آزمون رگرسیون رتبه ای استفاده شد.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی پرستاران 33 ± 8 بود. و اکثریت آن ها (۶۵٪) کمتر از ۳۴ سال سن داشتند. اکثریت پرستاران مونث (۹۷٪) و متاهل (۶۹٪) بودند. بیشتر پرستاران کمتر از ۵ سال سابقه کار داشتند (۴۰٪). اکثریت نمونه (۸۶٪) دارای مدرک لیسانس و شاغل در بخشهای متفاوت بیمارستانی بودند. ۶/۲ درصد (۱۲ نفر) بهیار و ۶/۷ درصد (۱۳ نفر) سرپرستار، سوپروایزر و یا

مدیر خدمات پرستاری بودند. اکثریت پاسخ دهندگان مطالعه شاغل در بخشهای ویژه و اورژانس بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی برخی خصوصیات فردی پرستاران (N=۲۲۳)

متغیر	تعداد (%)
سن	۲۰-۲۴ ۲۵(۱۱/۲)
	۲۵-۲۹ ۵۴(۲۴/۲)
	۳۰-۳۴ ۶۸(۳۰/۵)
	۳۵-۳۹ ۲۳(۱۰/۳)
	۴۰ < ۵۳(۲۳/۸)
جنس	مرد ۶(۲/۹)
	زن ۲۰۱(۹۷/۱)
وضعیت تاهل	مجرد ۶۵(۳۱/۲)
	متاهل ۱۴۳(۶۸/۸)
پست سازمانی	پرستار ۱۵۱(۸۵/۸)
	سرپرستار، سوپروایزر، مترون ۱۳(۷/۴)
	بهبیار ۱۲(۶/۸)
	۵ سال < ۷۸(۳۹/۶)
سابقه کار	۵ تا ۱۰ سال ۵۵(۲۷/۹)
	۱۰ تا ۱۵ سال ۱۸(۹/۱)
	۱۵ تا ۲۰ سال ۲۲(۱۱/۲)
	۲۰ تا ۲۵ سال ۱۴(۷/۱)
	۲۵ سال > ۱۰(۵/۱)
	اورژانس و بخش های ویژه ۸۰(۵۱/۹۵)
بخش محل خدمت	داخلی ۲۶(۱۶/۸۸)
	اطفال ۳۵(۲۲/۷۳)
	جراحی ۱۳(۸/۴۴)

از بین ۱۲ بعد پرسش-نامه فرهنگ امنیت بیمار، پرستاران بالاترین نمره را در بعد "کار گروهی در بخش" (میانگین و انحراف استاندارد 0.98 ± 0.02 از حداکثر نمره ۵) و "یادگیری سازمانی- ارتقا مداوم" (میانگین و انحراف استاندارد 0.75 ± 0.06 از حداکثر نمره ۵) و کمترین نمره را در بعد "کارکنان" (میانگین و انحراف استاندارد 1.11 ± 0.39 از حداکثر نمره ۵) و "پاسخ غیر تنبیهی به خطا" (میانگین و انحراف استاندارد 0.98 ± 0.53 از حداکثر نمره ۵) کسب کردند. (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲: میانگین نمره کسب شده توسط پرستاران در هر بعد از "فرهنگ ایمنی بیمار"

ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران	(انحراف معیار) میانگین
بعد اول: کار تیمی بین بخشهای بیمارستانی	۳/۵۵(۰/۹۵)
بعد دوم: کار تیمی درون بخشی	۴/۰۲(۰/۹۸)
بعد سوم: نقل و انتقال بیمار	۳/۴۲(۱/۰۷)
بعد چهارم: تناوب گزارش دهی رخدادها و حوادث	۲/۹۳(۱/۰۳)
بعد پنجم: پاسخ غیر تنبیهی به خطاها	۲/۵۳(۰/۹۸)
بعد ششم: باز بودن مجاری ارتباطی	۳/۶۸(۱/۰۹)
بعد هفتم: باز خورد و ارتباط در مورد خطا	۳/۸۱(۰/۸۳۰)
بعد هشتم: یادگیری سازمانی- ارتقا مداوم	۴/۰۶(۰/۷۵)
بعد نهم: انتظارات و اقدامات در راستای ایمنی بیمار	۳/۵(۰/۹۱)
بعد دهم: حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۳/۳۸(۰/۹۵)
بعد یازدهم: مسایل مربوط به کارکنان	۲/۳۹(۱/۱۱)
بعد دوازدهم: درک کلی از ایمنی بیمار	۳/۱۸(۱/۰۲)

بیشترین عباراتی که پرستاران با آن موافق بودند گزینه "کارکنان در این بخش یکدیگر را حمایت می کنند" (0.78 ± 0.21 از حداکثر نمره ۵) و "زمانی که کارهای زیادی در مدت کمی باید انجام شود، ما برای انجام بهتر کارها با یکدیگر به صورت گروهی کار می کنیم" (۹۱ 0.17 ± 0.4 از حداکثر نمره ۵) بود.

بیشترین عباراتی که پرستاران با آن مخالف بودند گزینه "ما در وضعیت بحرانی کار میکنیم یعنی سعی می کنیم کارهای زیادی را خیلی سریع انجام دهیم" (1.01 ± 0.19 از حداکثر نمره ۵) و عبارت "ما تعداد کافی پرستار داریم

که از عهده کار بخش بر بیایند (۱۹/ ۱±۳۷/۲ از حداکثر نمره ۵) بود. ۵۳/۷ درصد از پرستاران "یک تا دو مورد" "ثبت گزارش خطا در بخش محل کارشان را در یکسال اخیر" گزارش کردند. اکثریت پاسخ دهندگان مطالعه شاغل در بخشهای ویژه و اورژانس بودند (۴/۴۴/٪). از بررسی آزمون همبستگی پیرسون بین ابعاد پرسش-نامه فرهنگ امنیت بیمار و مشخصات شخصی- اجتماعی بین

بعد اول (کار گروهی بین بخشهای بیمارستانی) و متغیرهای سن و سابقه کار در دو مورد همبستگی معنادار منفی مشاهده شد. در ادامه آزمون رگرسیون رتبه ای برای پیش بینی این بعد بر اساس سن و سابقه کار پرستاران انجام شد که مدل رگرسیونی قادر به پیش بینی گزینه های بعد اول فرهنگ امنیت بیمار بر اساس متغیرهای سن و سابقه کار نبود. از بررسی مقایسه ۱۲ بعد فرهنگ امنیت بیمار با خصوصیات دموگرافیک، اختلاف معناداری مشاهده نشد. (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۳: ارتباط برخی عبارات فرهنگ ایمنی بیمار با متغیرهای "سن" و "سابقه کار" پرستاران (N=۲۲۳)

متغیر	سن	سابقه کار
		همبستگی پیرسون (r) (p<۰/۰۵)
همکاری مناسبی بین بخشهایی که باید با یکدیگر کار کنند، وجود دارد (بعد اول)	-۰/۲۱ (p<۰/۰۱)	-۰/۲۲۳ (p<۰/۰۰۱)
بخشهای مختلف بیمارستانی به خوبی با یکدیگر کار می کنند تا بهترین مراقبت را برای بیماران فراهم نمایند (بعد اول)	-۰/۲۱۲ (p<۰/۰۰۱)	-۰/۲۳۱ (p<۰/۰۰۱)
بخش های بیمارستانی هماهنگی خوبی با یکدیگر ندارند (بعد اول)	۰/۱۴۴ (p<۰/۰۵)	۰/۱۸۱ (p<۰/۰۱)

بحث و نتیجه گیری

میانگین فرهنگ ایمنی در بیمارستان های مورد مطالعه ۶۷/۴ درصد بود که مشابه مطالعه عبادی فرد و همکاران بوده و در مقایسه با سایر کشورها در سطح متوسط قرار دارد^(۱۷). بیش ترین میزان موافقت پرستاران در مورد فرهنگ ایمنی بیماران در بیمارستان محل کارشان مربوط به ابعاد "یادگیری سازمانی و ارتقا مداوم" و "کار تیمی درون واحد های بیمارستان" بود که نشان دهنده تداوم اجرای برنامه های یادگیری و ارتقا مداوم امنیت در بیمارستان های مورد پژوهش می باشد. همچنین کار گروهی افراد در درون بخشها نیز نقطه قوت دیگر جامعه ی پرستاران می باشد که این میزان در همه بخشها

بخصوص در بخشهای ویژه و اورژانس بارز بود که نتایج آن مشابه نتایج مطالعات دیگر می باشد^(۱۸،۱۹،۲۰،۲۱،۲۲). در مطالعه اخیر ضعیف ترین ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران ابعاد "پاسخ غیر تنبیهی به خطاها"، "مسایل مربوط به کارکنان" و "میزان تناوب گزارش خطا" بود که مشابه نتایج مطالعات در کشورهای دیگر است^(۱۸،۱۹،۲۰،۲۳). این وضعیت می تواند گویای آن باشد که فرهنگ غیر تنبیهی به خطا در این بیمارستانها شاید نیازمند بازنگری باشد. در پژوهش های دیگر نیز نتایج مطالعه شبیه مطالعه حاضر بود و هر جا که فرهنگ پاسخ غیر تنبیهی به خطا بیشتر وجود داشت ابراز انجام خطا توسط کارکنان بیشتر بوده است و گزارش نکردن خطا در آن گروه مراکز مراقبتی مشاهده می شود که فرهنگ تنبیهی در آن غالب

پرستاران شرکت کننده در این پژوهش احتمال ایجاد خطا در اثر کمبود منابع انسانی را درک کرده اند^(۱۸،۲۰). در مطالعات دیگر هم بعد "مسایل مربوط به کارکنان" یکی از عوامل اصلی پیش بینی کننده ایمنی بیماران و یکی از ابعادی است که نمره پایینی به آن داده شده است. امروزه داشتن نیروی کار پرانگیزه، توانمند و قوی یکی از بزرگترین چالشهای بیمارستانها است. شواهد ارتباط قوی بین کافی بودن اعضای کادر بهداشتی و بازده سلامت در بیماران را نشان داده است. El-Jardali به نقل از **Sunders & Cook** می نویسد: "بیشترین فجایع در سازمان زمانی اتفاق می افتد که کارکنان کافی در آن نباشد." پرسنل بهداشتی در بیمارستانهایی که کارکنان آنها محدود است، زیاد تر از حد معمول کار می کنند و استرس کاری و بیخوابی ممکن است منجر به ایجاد خطا حین کار شود^(۱۲). کمبود نیروی انسانی در مطالعات متعدد یکی از مشکلات شایع از نظر پرستاران شاغل در بیمارستانها است^(۲۵،۲۶،۲۷). شاید لازم باشد مدیران برای تغییر فرهنگ امنیتی در بیمارستان، سیستم امنیت بیماران را مجددا ارزیابی و طرح ریزی کنند و به جای تمرکز بر فرد، به تمرکز بر خطا و اطلاع رسانی مناسب و پیش گیری از خطاهای مشابه آن پردازند.

از مقایسه عبارات فرهنگ ایمنی بیمار با مشخصات فردی در هیچکدام از ابعاد اختلاف معناداری مشاهده نشد. در مطالعه El-Jardali از مقایسه میانگین نمره رعایت امنیت بیماران بر اساس متغیرهای "بخش محل کار"، "پست سازمانی"، "داشتن گواهینامه اعتبار بیمارستان" و "سابقه کار" تفاوت معناداری مشاهده شد. اگرچه در این مطالعه بخش خاصی نام برده نشده است ولی به نظر می رسد هر بخش بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار متفاوت است که این وابسته به مدیریت و ارتباطات و نحوه کار گروهی کارکنان در آن بخش باشد. همچنین پرستاران بیش از دیگر کارکنان کادر بهداشتی حوادث را گزارش می کردند و در ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار نمره بالاتری نسبت به پزشکان کسب کردند. همچنین

باشد^(۶،۱۲،۱۸) جولایی و همکاران دلایل عدم گزارش خطا را ترس از واکنش مدیر و همکاران، ترس از مورد سرزنش قرار گرفتن، خوردن برچسب بی کفایتی، ایجاد نگرش منفی در بیمار و دادگاهی شدن ذکر می کنند^(۷).

منطقی به نظر می رسد که پس از مشاهده خطا، در مورد آن بحث شود تا از وقوع مجدد آن اجتناب گردد. در گزارش خطاهای بیمارستانی هم خطاهای ایجاد شده و هم احتمال بالقوه ایجاد خطا ثبت می شود تا مورد بررسی قرار گرفته و اصلاح شود و یا احتمال خطا در مورد آن به مراجع ذی صلاح گزارش شود. یکی از بزرگترین موانع برای گزارش خطای بیمارستانی، فرهنگ آن بیمارستان می باشد. اگر کارکنان کادر بهداشتی خطاهای امنیتی در مورد بیماران را به دلیل "ترس از سرزنش شدن و مورد انتقاد قرار گرفتن" گزارش نکنند، عواقب سوء آن به بیماران، بیمارستان و جامعه برمی گردد. برای ایجاد فرهنگ "براز خطا" لازم است فرهنگی ایجاد شود که هر کارمندی بتواند وقوع خطا یا احتمال وقوع خطا را بدون ترس از سرزنش شدن افشا کند^(۲). ارتباط مناسب اعضای گروه بهداشتی برای حذف هر گونه تهدید به امنیت بیماران ضروری و اساسی است. مشکلات ارتباطی بین اعضای تیم بهداشتی به عنوان عامل مهم مساعدت کننده در ایجاد خطاهای بهداشتی محسوب می شود. نصیری پور و همکاران پیشنهاد می کنند وقوع خطا به جای آنکه مسولان نظام سلامت را به تنبیه افراد خطاکار وادار کند، باید آنان را به فکر طراحی و سپس ارتقای مکانیسمی بیاندازد که با یافتن علل سیستماتیک وقوع خطا همراه باشد. "فرهنگ یادگیری از خطا" می بایست جایگزین فرهنگ "میج گیری" شود^(۲۴).

بعد "مسایل مربوط به کارکنان" از دیگر ابعادی بود که پرستاران کمترین میزان موافقت را با آن داشتند که در مطالعه **Chen & Li** (۳۹ درصد) و در مطالعه **Alahmadi** به میزان ۲۷ درصد گزارش شد که مشابه نتایج مطالعه حاضر بود و می تواند نشان دهنده نیروی انسانی ناکافی برای انجام کار در بالین بیمار باشد که

Safe Practices for Better Health Care Fact Sheet) "، "برنامه تبادلات ابداعات مراقبت از سلامت آژانس کیفیت و پژوهش سلامت" (AHRQ Health Care Innovations Exchange)، امنیت بیمار و خطاهای پزشکی آژانس کیفیت و پژوهش سلامت" (AHRQ Medical Errors and Patient Safety)، "شبکه امنیت بیمار آژانس کیفیت و پژوهش سلامت" (AHRQ Patient Safety Network) و گیره که پس از بومی سازی و اصلاح آن قابل اجرا در بیمارستان ها و مقایسه نتایج آن بصورت سالیانه می باشد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش یکی از تکالیف کلاسی دوره دکتری پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بوده است که به صورت مستقل و با هزینه شخصی انجام شده است و طبق نامه به شماره ۲۵۰۸۱ مورخ ۱۳۹۰/۴/۱ در دانشکده آزاد اسلامی واحد تنکابن ثبت شده است. در انتها پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از کلیه اساتید بزرگوار دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن و همچنین پرستاران شاغل در بیمارستان های مازندران که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند تشکر و قدردانی کنند.

پرستارانی که سابقه کار کمتر از یکسال داشتند و کارکنان بیمارستانهایی که گواهینامه اعتبار داشتند، نمره فرهنگ ایمنی بیماران را بالاتر ارزیابی کرده و حوادث را بیشتر گزارش می کردند^(۱۱). در مطالعه حاضر نیز بین سن و سابقه کار با کار تیمی بین بخش های بیمارستانی همبستگی منفی معناداری مشاهده شد و با افزایش سن و سابقه کار، این بعد از فرهنگ ایمنی بیمار کاهش می یابد که می تواند گویای تجربیات پرستاران و آشنایی بیش تر با فرهنگ بیمارستانی باشد که در آن شاغل می باشند.

میزان برگشت پرسش نامه ها در مطالعه حاضر یکی از محدودیت های این مطالعه بود (۵۰ درصد) اگرچه به طور کلی میزان برگشت پرسش نامه ها کمتر از انواع دیگر روش های جمع آوری داده است و از سوی دیگر هر چه پرسش نامه طولانی تر شود، نمونه های کمتری تمایل به پاسخگویی دارند^(۲۸). اما شاید بین افرادی که پرسشنامه را برگشت دادند و کسانی که آن را برگشت نداده اند از نظر برخی خصوصیات فردی و اجتماعی تفاوت وجود داشته باشد که محقق قادر به بررسی آن به دلیل محدودیت های زمانی و مالی نبود و نیازمند بررسی بیش تر می باشد.

در راستای ارتقا فرهنگ ایمنی بیماران برنامه های متعددی در سطح جهانی وجود دارد مانند "۱۰ نکته ایمنی بیمار در بیمارستان ها" (10 Patient Safety Tips for Hospitals)، "۳۰ شیوه ایمن برای مراقبت های بهداشتی بهتر با جزوات اطلاع رسانی" (30

فهرست منابع

1. Mahfoozpour S, Ainy E, Mobasheri F, Faramarzi A. [Patients' safety culture status among educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2011.] *Pajoohandeh J.* 2012;17(3):134-41. Persian
2. French J. Medical Errors and Patient Safety in Health Care. *Canadian Journal of Medical Radiation Technology.* 2006; 37(4):9-13
3. Zali A. ["Still in the "registration system for medical error" not real / half percent of medical error statistics in Iran"]. Available from: www.yjc.ir/fa/news/4668018. Accessed February 12, 2014. Persian
4. Mirzaei M, Khatony A, Safari Faramani R, Sepahvand E. [Prevalence, Types of Medication errors and Barriers to Reporting Errors by Nurses in an Educational Hospital in Kermanshah.] *Hayat.* 2014;19(3):28-37. Persian

5. Seidi M, Zardosht R. [Survey of Nurses' Viewpoints on Causes of Medicinal Errors and Barriers to Reporting in Pediatric Units in Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences]. *J Fasa Univ Med Sci*. 2012;2(3):142-7. Persian
6. Hughes CM, Lapane KL. Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(4):281-6.
7. Jolae S, Hajibabae F, Peyravi H, Haghani H. [Nursing medication errors and its relationship with work condition in Iran University of Medical Sciences.] *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009;3(1):65-76. Persian
8. 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). Persian
9. Mirfakhr Aldini S H, Farid D, Sayadi Touranlou H. [Use of EFQM in analysis of organizational culture dimensions (Case Study: Yazd Health Care Institutions)]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*. 2010; 17(2):30-42. Persian
10. Nasiripour AA, Raeisi P, Hedayati P. [The Relationship between Organizational Cultures and Employees Productivity in Ecucayional Hospital of Iran University Medical Sciences]. *Journal of Health Administration*. 2009.12(35):17-24. Persian
11. Hoseini Sh, Yarmohamadian MH, Ajami S. [The Relationship between organizational culture and organizational maturity of staff in Isfahan Medical University Hospitals]. *Journal of Hospital*. 2009; 8(2).37-44. Persian
12. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):45.
13. Laschinger HKS, Leiter MP. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *J Nurs Adm*. 2006;36(5):259-67.
14. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*. 2008;38(5):223-9
15. Singla AK, Kitch BT, Weissman JS, Campbell EG. Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. *J Patient Saf*. 2006;2(3):105-15.
16. 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*. 2012;11(2):19-30. Persian
17. Rezapoor A, Tanoomand Khoushhehmehr A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. [Study of patients' safety culture in Selected Training hospitals affiliated whith Tehran university of medical sciences.] *Hospital*. 2012;11(2):55-64. Persian
18. Alahmadi H. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):1-5.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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
23. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009 Comparative Database Report. Rockville, MD: *AHRQ Publication*. No.10-0026; 2009.
24. Nasiripour A.A, Raeissi P, Tabibi S.J, Keikavoosi Arani L. [Hidden threats inducing medical errors in Tehran public hospitals]. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2011; 15(2):152-62. Persian
25. Dehghan nayeri N, Nazari AA, Salsali M, Ahmadi F. [Wok force role in nursing productivity: qualitative research]. *Hayat*. 2006; 12(3):5-15. Persian

26. Rostami H, Montazam H, Ghagramanian A, Mirghafoorvand M.[nurses' and patients ' viewpoint about patient education barriers]. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*.2010; 18(1):50-5. Persian
27. Sharifi S, Mohamad Alizade S. [Attitudes and Perceived Barriers to Carry Out Research among Hospital Nurse Administrator in hospitals of Kerman]. *I J N*. 2009; 59(22):51-9. Persian
28. Burns N, Grove .K. The practice of nursing research : conduct, critique and utilization. 5th ed. Philadelphia: WB. Saunders Company; 2005.

Patient Safety Culture from Mazandaran Clinical Nurses' Perspective

¹*Sharifi S., PhD Cand ²Izadi-tame A., PhD. ³Hatamipour KH., PhD Cand
⁴Sadeghigooghary N., PhD Cand ⁵Safabakhsh L., PhD Cand⁵

Abstract

Background & Aim: Nurses are one the important groups in patients' recovery and safety and have an important role in the reduction of their mortality. The aim of the study was to identify nurses' perceptions of patient safety culture in Mazandaran's hospitals.

Material & Methods: It was a descriptive correlational study which has been done in a two month period in the hospitals of Tonekabon, Chaloos, and Ramsar. The sample was recruited by census (n= 456). Data was collected by Persian version of HSOPS, developed by Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) that measures 12 dimensions of patient safety culture, and analysed by descriptive statistics and t- test, one way ANOVA, and Pearson correlation coefficient using SPSS-PC (v. 16).

Results: Amongst the 12 dimensions of AHRQ, the nurses assigned the highest score to "team work within units" (4/02 ± 0/98) and "Organizational learning-continuous development" (4/06± 0/75). They assigned the least score to "Staff" (2/39±1/11) and "non-punitive response to error" (2/53±0/98). Nurses (%53/7) reported 1-2 errors during the last year. There were significant negative correlations between the dimension of "team work within units", age, and years of experience (P< 0/05).

Conclusion: It seems the patient safety culture requires some modifications to be able to create a safer clinical environment. It is suggested that punitive culture be replaced with non -punitive culture so that health care staff share their clinical errors.

Key words: Safety, Patient, Safety Culture, Nurse, Hospital

Received: 29 March 2014

Accepted: 14 June 2014

¹ Doctoral student, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences (International Branch) and Lecturer, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran (*Corresponding Author) Tell: 021- 88655379 Email: siminsharifi1@gmail.com

² Assistant professor, Human Sciences Department. Imam Hussein University. Tehran,Iran

³ Doctoral student , and faculty member, Dept of Nursing, Tonekabon branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran

⁴ Doctoral student. Gerontology department. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran and Faculty member, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

⁵ Doctoral student, Medical education department. Isfahan University of Medical Sciences and Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran