

بررسی ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران از دیدگاه پرستاران شهر همدان

رضا شهرآبادی^۱، بابک معینی^{۲*}، قدرت الله روشنایی^۳، سعید دشتی^۱، وحید کفعمنی^۱، مرتضی حقیقی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۱۱

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۲۰

چکیده:

زمینه و هدف: فرهنگ ارائه دهنده کارهای خدمات درمانی نسبت به ایمنی بیمار یعنی پذیرش و توجه به ایمنی بیمار به عنوان اولین اولویت و ارزش معمول در سازمان و یا به عنوان ارزش‌ها، عقاید، ادراک‌ها و گرایش‌های رایج کارمندان مراکز خدمات بهداشتی نسبت به ایمنی بیماران توصیف می‌گردد که در رفتار آنها متجلی می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران از دیدگاه پرستاران بیمارستان‌های منتخب شهر همدان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی بروی ۲۱۵ نفر از پرستاران سه بیمارستان منتخب شهر همدان که به روش تصادفی انتخاب شده بودند انجام شد. جهت بررسی ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران، از پرسشنامه‌ی فرهنگ ایمنی استنفورد استفاده شد. از نرم افزار SPSS-15 و آزمون‌های توصیفی جهت آنالیز داده‌ها استفاده شد.

نتایج: وضعیت تمام ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مربوطه غیرقابل قبول (ضعیف) می‌باشد. بعد "رهبری واحد برای ایمنی" در مجموع سه بیمارستان با ۲۵/۲۱ درصد پاسخ مثبت، کمترین امتیاز مثبت و بعد "یادگیری و بازخورد" با ۴۱/۱۲ درصد پاسخ مثبت بیشترین امتیاز مثبت را کسب کردند.

نتیجه گیری: با توجه به وضعیت غیرقابل قبول فرهنگ ایمنی بیماران در تمام ابعاد آن در بیمارستان‌های مربوطه پیشنهاد می‌گردد در راستای مفاهیم فرهنگی از قبیل ایجاد "مکانیزم‌های حمایتی برای خانواده‌های بیماران" و ایجاد "فرهنگ بحث در مورد خطاهای در میان پرستاران" اقدامات لازم مانند ارائه برنامه‌های آموزشی از جانب مدیران ارشد پرستاری لحاظ گردد.

کلید واژه‌ها: فرهنگ ایمنی / پرستاران / بیمارستان

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه بهداشت عمومی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران. (** نویسنده و مستول)

تلفن: ۸۳۸۰۰۹۰-۰۸۱۱ فاکس: ۸۳۸۰۵۰-۰۸۱۱ babak_moeini@umsha.ac.ir

^۳ استادیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران

^۴ کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

مقدمه

می‌گردد که در رفتار آنها متجلی می‌شود (۹). از ویژگی‌های مهم فرهنگ اینمنی می‌توان به وجود سیستم گزارش دهی خطاهای، بهره بردن از داده‌های سیستم گزارش دهی در راستای بهبود فرایندها، کاهش سرزنش کردن افراد، کار تیمی، پنهان نکردن خطاهای، ارتباطات مناسب بین همکاران در راستای بهبودی بیمار، مدیریت سازمان و آموزش کارکنان در مورد اینمنی بیماران اشاره کرد (۱۰). از نظر فینگ و همکاران عوامل موثر بر روی اینمنی بیماران شامل روش‌های مدیریتی، حمایت از رفتارها، تمرین و سیاست‌های صحیح، مدیریت و رهبری انعطاف‌پذیر و هماهنگ می‌باشد (۱۱).

هدف از این مطالعه بررسی ابعاد فرهنگ اینمنی بیماران از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب شهر همدان بوده و همچنین با توجه به نتایج حاصله پیشنهاداتی در رابطه با راهکارهای علمی و عملی مناسب در راستای ارتقاء فرهنگ اینمنی ارائه خواهد گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع پژوهش‌های توصیفی- تحلیلی می‌باشد که در سطح سه بیمارستان، دو بیمارستان آموزشی (ب و ج) و یک بیمارستان خصوصی (الف) در شهر همدان در سال ۱۳۹۱ انجام شد. اهمیت فرهنگ اینمنی باعث شده است که ابزارهای زیادی در راستای ارزشیابی وضعیت فرهنگ اینمنی طراحی شود و پژوهش‌های زیادی انجام شود (۱۲-۱۵) این ابزارها هر کدام بر یکی از جنبه‌های فرهنگ اینمنی تاکید دارند. در این پژوهش به منظور بررسی وضعیت ابعاد فرهنگ اینمنی بیماران از ابزار فرهنگ اینمنی بیماران استنفورد^۲ در سال ۲۰۰۹ که به نام ابزار تعدیل شده استنفورد^۳ یا پرسشنامه ارزیابی فرهنگ اینمنی بیماران در سازمان‌های بهداشتی^۴ (۱۶) معروف می‌باشد، استفاده شد. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۲۰۰۳ توسط سینگر و همکاران توسعه داده شد و پس از آن توسط گینسبرگ در سال ۲۰۰۹ توسعه یافت. این پرسشنامه به بررسی ابعاد فرهنگ اینمنی بیماران می‌پردازد که این بررسی‌ها توسط دیدگاه کارکنان بیمارستان‌ها نسبت به این ابعاد مشخص می‌شود (۱۶).

همچنین همراه با این پرسشنامه، رضایت نامه کتبی با تاکید بر شرکت داوطلبانه پرستاران در مطالعه و محرومانه ماندن تمام اطلاعات شخصی در نزد پژوهشگر به کار برده شد. دلیل انتخاب پرستاران در این پژوهش به عنوان حجم نمونه، این بود که در زمان ارائه خدمات بیشترین تماس مستقیم را

پس از انتشار گزارش مرکز علمی - پژوهشی ایالت متحده در سال ۱۹۹۹، که به بررسی میزان شیوع خطاهای پژوهشگران کشور پرداخته بود، مفهوم اینمنی بیمار مورد توجه پژوهشگران عرصه سلامت قرار گرفت (۱). تلاش برای به دست آوردن بهبودی در اینمنی بیماران یکی از اعمال کلیدی است که در شروع قرن بیست و یکم مورد توجه سازمان‌های بهداشتی قرار گرفته است. بهبود اینمنی بیمار یک اولویت بین‌المللی مشترک است چرا که خطاهای بسیار زیاد در حال حاضر در سراسر جهان، در اعمال مراقبتی و درمانی بیمار در حال روی دادن است (۲).

ایمنی بیمار به صورت پیشگیری از زیان ناشی از خطاهای رخ داده در حین انجام وظایف و خطاهای ناشی از غفلت، بیان می‌شود (۴). یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت که به پیشگیری از وارد شدن هرگونه صدمه به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های سلامت می‌پردازد، اینمنی بیمار به شمار می‌رود (۵). خطاهای درمانی شامل موارد بسیاری می‌باشد که از آن جمله می‌توان به تشخیص‌های نادرست، خطاهای دارویی (اشتباه در نوع یا مقدار داروی تجویز شده)، اعمال جراحی (انجام عمل در موضع نادرست، استفاده از تکنیک غلط، عوارض پس از عمل)، سقوط بیمار، عفونت‌های بیمارستانی اشاره کرد (۶). در بخش سلامت نوع نگاه به خطا در مقایسه با سایر بخش‌های خدماتی و صنعتی متفاوت است به گونه‌ای که در بخش سلامت جایی برای ممکن‌الخطا بودن انسان در نظر گرفته نشده است ولی در بخش‌های صنعتی، سیستم‌ها به گونه‌ای طراحی شده اند که از وقوع خطا پیشگیری کنند یا شدت عواقب خطاهای انسانی را کاهش دهند (۷).

حدود ۱۰ درصد بیماران پذیرش شده در بیمارستان‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی آمریکا^(۱) (NHS) دچار یک حادثه مربوط به اینمنی بیمار شده اند که تا نیمی از این حوادث می‌توانند پیشگیری شوند. موسسه رویال بریستول در سال ۲۰۰۱ ببرآورد کرده است که حدود ۲۵۰۰۰ مرگ قبل پیشگیری در هر سال به خاطر حوادث مربوط به اینمنی بیمار در NHS روی می‌دهد (۲).

فرهنگ اینمنی یکی از عوامل اصلی تعیین کننده میزان اینمنی سازمان‌ها می‌باشد (۸). فرهنگ ارائه دهنده‌گان خدمات درمانی نسبت به اینمنی بیمار یعنی پذیرش و توجه به اینمنی بیمار به عنوان اولین اولویت و ارزش معمول در سازمان و یا به عنوان ارزش‌ها، عقاید، ادراک‌ها و گرایش‌های رایج کارمندان مرکز خدمات بهداشتی نسبت به اینمنی بیماران توصیف

² Stanford Patient Safety Culture Instrument

³ Modified Stanford Instrument (MSI)

⁴ Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey (PSCHO)

¹ National Health Service

قبول داشته و متوسط شمرده می شوند و ابعاد دارای امتیاز مثبت کمتر از این میزان وضعیت مطلوبی نداشته، غیر قابل قبول بوده، ضعیف شمرده شده و در خور توجه می باشند. همچنین با کسب امتیاز مثبت بالای ۸۰ درصد در هر بعد، بایستی به تحسین و تشویق آن سازمان پرداخت. در کل هر مقدار که امتیاز مثبت در هر یک از ابعاد فرهنگ ایمنی بیشتر باشد وضعیت آن بعد مطلوب تر خواهد بود.

برای محاسبه متوسط امتیاز مثبت هر بعد، در مورد هر سوال در پرسشنامه نمره یک برای پاسخ های مثبت و نمره صفر برای پاسخ های خنثی و منفی در نظر گرفته شد بنابراین مثلا در بعد رهبری سازمانی برای ایمنی که شامل ۷ سوال می باشد حداقل امتیاز مثبت صفر و حداقل امتیاز مثبت ۷ در نظر گرفته شده و به همین شکل برای ابعاد دیگر حداقل و حداقل امتیازات مثبت لحاظ گردید. نحوه محاسبه متوسط امتیازات منفی و خنثی برای هر بعد به همین شیوه می باشد.

با توجه به مطالعه تقدیسی و همکاران (۱۸) و با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، حجم نمونه ای به اندازه ۲۱۵ نفر تخمین زده شد که ابتدا به روش تصادفی ساده سه بیمارستان شهر همدان انتخاب سپس به روش مناسب تعداد نمونه های لازم از هر بیمارستان مشخص شد، سپس به صورت تصادفی ساده، نمونه های مورد نظر از میان پرستاران انتخاب شدند. طبق برخی از مطالعات (۱۸) پرستاران انتخاب شده بایستی حداقل یک سال سابقه کاری در بیمارستان می داشتند، در غیر این صورت از نمونه آماری حذف می شدند. پرسشنامه هایی که به تمام سوالات پاسخ یکسان داده بودند، یا آنها یا که به بیش از نیمی از سوالات پاسخ نداده بودند از مطالعه خارج گردیدند و در نهایت ۱۹۴ پرسشنامه کامل جمع آوری شد که نشان دهنده میزان پاسخگویی ۹۰ درصد می باشد. تعدادی از سوالات پرسشنامه نیز به صورت معکوس تدوین شده اند که در آنها سیستم امتیاز دهی به صورت وارونه می باشد. در مطالعه تقدیسی و همکاران روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تائید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ در آن مطالعه ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۸). در مطالعه حاضر ضریب آلفا کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار آماری برای علوم اجتماعی^۱ (SPSS) نسخه ۱۵، آزمون های توصیفی و برای بررسی چگونگی توزیع داده ها از آزمون کلموگروف- اسمیرنوف استفاده شد.

با بیمار دارند (۴، ۱۷). این ابزار، شش بعد فرهنگ ایمنی بیمار را مورد بررسی قرار می دهد که این بررسی از دیدگاه پرستاران می باشد. ابعاد این پرسشنامه شامل رهبری سازمانی برای ایمنی (شامل ۷ سوال)، رهبری واحد برای ایمنی (شامل ۷ سوال)، شرمساری و عاقبت (شامل ۴ سوال)، رفتارهای یادگیری ایمنی (شامل ۵ سوال) و بعد یادگیری و بازخورد (شامل ۱۰ سوال) می باشد.

در اولین بعد «رهبری سازمانی برای ایمنی» به میزان ارزشمند بودن مفهوم ایمنی، در نزد رهبران ارشد (سوپروایزرها و مترون) از نظر کارکنان و اولویت دادن به فرهنگ ایمنی در سازمان مربوطه اشاره می شود. در بعد «رهبری واحد برای ایمنی» به نقش رهبر واحد مربوطه (سرپرستاران) در زمینه ارتقاء فرهنگ ایمنی از طریق پاداش و حمایت کردن کارکنان می پردازد. در بعد «حالت درک شده از ایمنی» به درک کارکنان در مورد گزارش واقعی نا ایمن و درک آنان در مورد اهمیت منابع مالی و انسانی، وسائل ایمنی، کمبود کارکنان، خستگی و مشکلات شخصی در ایمنی بیماران اشاره می شود. در چهارمین بعد «شرمساری و عاقبت» به میزان راحتی کارکنان در مورد صحبت کردن درباره ای حادثه ای نایمن و گزارش دادن آن اشاره می شود. در پنجمین بعد «رفتارهای یادگیری ایمنی» به میزان ارتباطات کارکنان با یکدیگر و استفاده از چندین روش آموزشی برای یادگیری رفتار ایمن و شرکت دادن بیماران و خانواده های آنان در فرایند تعزیزی و تحلیل حوادث نایمن می پردازد و در نهایت در آخرین بعد فرهنگ ایمنی «یادگیری و بازخورد» به میزان بحث و تعزیز و تحلیل حادثه ای نایمن پس از رخدادن برای پیشگیری از آن می پردازد (۱۶).

این پرسشنامه که شامل ۴۵ سوال می باشد، در یک مقیاس پنج گزینه ای لیکرت از کاملا مخالف تا کاملا موافق، وضعیت ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران را از دیدگاه پرستاران مورد سنجش قرار می دهد. گزینه های کاملا موافق و موافق در طیف پاسخ های مثبت، گزینه های کاملا مخالف و مخالف در طیف پاسخ های خنثی و گزینه های کاملا مخالف و مخالف در طیف پاسخ های منفی طبقه بندی شده اند. تعداد پاسخ های مثبت (امتیاز مثبت) به سوالات در هر یک از ابعاد نشان دهنده ای میزان قوی بودن آن بعد از فرهنگ ایمنی بیماران و تعداد پاسخ های خنثی و منفی (امتیاز های خنثی و منفی) حاکی از میزان ضعیف بودن بعد مذکور می باشد.

بر اساس راهنمای پرسشنامه وضعیت ابعاد با توجه به میزان درصد امتیاز های مثبت مشخص می گردد به گونه ای که ابعادی که امتیاز مثبت آنها حداقل ۵۰ درصد باشد وضعیتی قابل

^۱ Statistical Package for the Social Sciences

جدول شماره یک وضعیت ابعاد فرهنگ ایمنی را از دیدگاه تمام پرستاران مورد مطالعه نشان می دهد. با توجه به نتایج این جدول میانگین درصد پاسخ های مثبت در این شش بعد برابر $33/47$ درصد بود که در میان این ابعاد، بعد "رهبری واحد برای ایمنی" در مجموع سه بیمارستان با $25/21$ درصد پاسخ مثبت، کمترین امتیاز مثبت و بعد "یادگیری و بازخورد" با $41/82$ درصد پاسخ مثبت بیشترین امتیاز مثبت را کسب کردند.

در این مطالعه $85/6$ درصد از پرستاران زن و $14/4$ درصد مرد بودند. همچنین $73/2$ درصد از پرستاران سابقه کاری بین ۱ تا ۹ سال، $16/9$ درصد از آنها ۱۰ تا ۱۹ سال و $7/2$ درصد از آنها بیش از ۲۰ سال سابقه کاری و $50/5$ درصد از پرستاران بین ۲۰ تا $29/2$ سال سن، $39/3$ سال سن و $10/3$ درصد از آنها بین ۳۰ تا 39 سال سن داشتند. 22 درصد از پرستاران در بیمارستان خصوصی (بیمارستان الف) و 78 درصد از آنها در دو بیمارستان آموزشی (ب و ج) مشغول به کار بوده اند.

پاسخ ها

اع Vad فرهنگ ایمنی	دامنه ای امتیازات	مثبت	خنثی	منفی
	متوسط امتیاز	درصد	درصد	متوسط امتیاز
یادگیری و بازخورد	۱۰ تا ۰	۴/۱۸	۴۱/۸۲	۳/۲۹
رفتارهای یادگیری ایمنی	۵ تا ۰	۱/۲۹	۲۵/۸۲	۱/۹۸
شرمساری و عاقب	۴ تا ۰	۱/۴۵	۳۶/۴۷	۱/۱۸
حالت درک شده از ایمنی	۹ تا ۰	۲/۹۱	۳۲/۲۵	۲/۴۳
رهبری واحد ایمنی	۷ تا ۰	۱/۷۶	۲۵/۲۱	۲/۳۵
رهبری سازمانی ایمنی	۷ تا ۰	۲/۷۴	۳۹/۲۶	۲/۵۹
میانگین جمع کل	-	۴۲/۴۷	-	۳۳/۳۴
میانگین جمع کل	-	-	-	-

جدول شماره ۱ - وضعیت ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران از دیدگاه پرستاران در بیمارستان های مورد مطالعه

مربوطه گزینه " واحد کار من مدیریت ریسک خوبی را انجام می دهد تا ایمنی بیماران را تضمین نماید" بیشترین پاسخ های مثبت $56/2$ درصد و گزینه " باختر عملکرد سریع در شناسایی یک اشتباه جدی، به من پاداش داده می شود " کمترین پاسخ های مثبت را کسب کرده اند ($15/5$ درصد). در بعد سوم « حالت درک شده از ایمنی »: متوسط امتیاز مثبت این سه بیمارستان برابر $32/25$ درصد می باشد و در بیمارستان (الف) بیشترین پاسخ های مثبت $63/4$ درصد و گزینه " شود " بیشترین پاسخ های مثبت $63/4$ درصد و گزینه " سازمان من به طور موثر نیاز به ایمنی بیماران را برطرف می سازد " کمترین پاسخ های مثبت را دریافت نموده اند ($37/6$ درصد). گزینه " من معتقدم که خطاهای خدمات بهداشتی-پزشکی اغلب گزارش نمی شود " کمترین پاسخ های مثبت را دریافت نموده اند ($12/4$ درصد).

در اولین بعد « رهبری سازمانی برای ایمنی »: متوسط امتیاز مثبت این سه بیمارستان برابر $39/26$ درصد می باشد و در میان بیمارستان ها، بیمارستان (ب) بیشترین پاسخ های مثبت را داشته است ($55/7$ درصد). به طور کلی نیز در سه بیمارستان مربوطه، گزینه " تصمیمات مربوط به ایمنی بیماران در سطحی مناسب به وسیله افراد دارای صلاحیت اتخاذ می شود " بیشترین پاسخ های مثبت ($63/4$ درصد) و گزینه " سازمان من به طور موثر نیاز به ایمنی بیماران را برطرف می سازد " کمترین پاسخ های مثبت را دریافت نموده اند ($37/6$ درصد).

در دومین بعد « رهبری واحد برای ایمنی »: متوسط امتیاز مثبت این سه بیمارستان برابر $25/21$ درصد می باشد و در میان بیمارستان ها، بیمارستان (ب) بیشترین پاسخ های مثبت را داشته است ($36/4$ درصد). به طور کلی در سه بیمارستان

پرداخته شد. در این مطالعه به دلیل عدم تمایل مسئولان این سه بیمارستان و رعایت اصول اخلاقی از ذکر نام آنها خودداری گردید.

در این مطالعه متوسط امتیازهای مثبت در بین این شش بعد برابر $۳۳/۴۷$ درصد بود که نشان دهنده‌ی وضعیت غیر قابل قبول و ضعیف فرهنگ ایمنی بیماران در بیمارستان‌های مربوطه می‌باشد. این در حالی است که در مطالعات گینسبرگ و همکاران (۲۰) در سطح ۴ بیمارستان ایالات متحده و مطالعه تقدیسی و همکاران (۱۸) در سطح ۹ بیمارستان شهر تهران، میانگین پاسخ‌های مثبت در سطح متوسط گزارش شده است. در مطالعه‌ی حاضر متوسط امتیاز مثبت ابعاد مختلف ایمنی بیماران (بعد رهبری سازمانی برای ایمنی $۳۹/۲۶$ درصد، بعد رهبری واحد برای ایمنی $۲۵/۲۱$ درصد، بعد حالت درک شده از ایمنی $۳۲/۲۵$ درصد، بعد شرمساری و عواقب $۳۶/۴۷$ درصد، بعد رفتارهای یادگیری ایمنی $۲۵/۸۲$ درصد، بعد یادگیری و بازخورد $۴۱/۸۲$ درصد) با نتایج مطالعه خانم مدلین پیر لاو در سال ۲۰۱۱ (۱۶) در پنج بعد همخوانی نداشت (بعد رهبری سازمانی $۶۱/۳۷$ درصد)، بعد رهبری واحد ($۵۸/۸۷$ درصد)، بعد شرمساری و عواقب ($۹۲/۳۵$ درصد)، بعد رهبری واحد ($۵۴/۱۶$ درصد)، بعد یادگیری و بازخورد یادگیری ایمنی ($۵۸/۸۶$) و تنها در مورد یک بعد فرهنگ ایمنی با این مطالعه همخوانی داشت (بعد حالت درک شده از ایمنی $۴۹/۲۶$ درصد)) که امتیاز مثبت در بعد حالت درک شده در هر دو مطالعه به صورت ضعیف گزارش شد که باقیتی قابل توجه قرار گردید.

نتایج این مطالعه تنها در مورد بعد حالت درک شده با مطالعه‌ای که توسط گینسبرگ در سال ۲۰۰۸ که در ۴ سازمان بهداشتی انجام داده است همخوانی دارد به گونه‌ای که در مطالعه مذکور نیز این بعد ضعیف گزارش شده است (۲۱). همچنین در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ در شش سازمان بیمارستان در کانادا انجام شده است بعد حالت درک شده در حد ضعیف و ابعاد دیگر در حد قابل قبول گزارش شدند (۲۲). در مطالعه‌ای که عبدی و همکاران در سطح سه بیمارستان در شهر تهران انجام داده اند امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در ده بعد فرهنگ ایمنی و دو بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در حد ضعیف گزارش شد که با این مطالعه همخوانی دارد (۲۳).

فرهنگ ایمنی یکی از عوامل مهم دخیل در ایجاد ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی است و عدم وجود یک فرهنگ ایمنی قوی در بیمارستان بدین معنی است که ایمنی بیمار در بیمارستان دچار مشکل است. در حال حاضر بسیاری از سازمان‌های بهداشتی

در چهارمین بعد «شرمساری و عواقب»: متوسط امتیاز مثبت این سه بیمارستان برابر $۳۶/۴۷$ درصد می‌باشد و بیمارستان (ج) بیشترین پاسخ‌های مثبت را داشته است ($۴۸/۷$ درصد). در کل نیز گزینه "سوال کردن برای کمک خواستن نشانه‌ای از ناکارایی است" بیشترین پاسخ‌های مثبت ایمنی (۶۴/۴ درصد) و گزینه "گزارش یک مورد ایمنی بیمار منجر به عواقب منفی برای فرد گزارش دهنده می‌شود" کمترین پاسخ‌های مثبت را کسب نموده اند ($۳۰/۴$ درصد).

در پنجمین بعد «رفتارهای یادگیری ایمنی»: متوسط امتیاز مثبت این سه بیمارستان برابر $۲۵/۸۲$ درصد می‌باشد و بیمارستان (الف) بیشترین پاسخ‌های مثبت را داشته است (۴۶ درصد). به طور کلی در بین سه بیمارستان، گزینه "چیز‌هایی که از حوادث بزرگ آموخته می‌شود به کارکنان در واحد آموزش داده می‌شود و این کار با بیش از یک روش انجام می‌شود (مثل کتاب‌های ارتباطی – از طریق ایمیل – در حین خدمت – بحث گروهی و یا در چندین زمان به همه‌ی کارکنان در مورد آن گوشزد می‌شود)" بیشترین پاسخ‌های مثبت ($۴۴/۸$ درصد) و گزینه "در حوادث بزرگ یک فرایند و مسیر رسمی برای جلوگیری از وارد آمدن فشار به بیماران یا خانواده‌ی آنان وجود دارد و شامل مکانیزم‌های حمایتی برای بیماران و خانواده و فراهم آورندگان خدمات است." کمترین پاسخ‌های مثبت را دریافت نموده اند ($۲۰/۱$ درصد).

در ششمین بعد فرهنگ ایمنی "یادگیری و بازخورد": متوسط امتیاز مثبت این سه بیمارستان برابر $۴۱/۸۲$ درصد می‌باشد و بیمارستان (ب) بیشترین پاسخ‌های مثبت را داشته است ($۵۶/۴$ درصد). به طور کلی در این بعد نیز گزینه "در این واحد وقتی حادثه‌ای اتفاق می‌افتد ما در مورد اینکه چگونه این حادثه ایجاد شده و همچنین چگونه می‌توان از حادث مشابه آن در آینده جلوگیری کرد فکر می‌کنیم" بیشترین پاسخ‌های مثبت ($۷۳/۷$ درصد) و گزینه "در این واحد بحث در مورد خطاهای مشکل است" کمترین پاسخ‌های مثبت را کسب کرده اند ($۳۲/۵$ درصد).

بحث و نتیجه گیری:

بررسی فرهنگ ایمنی بیماران به سازمان کمک می‌کند تا بتواند در راستای ارایه برنامه‌هایی آموزشی، استراتژی‌های خود را مشخص کند (۱۹). در مطالعه حاضر ابعاد فرهنگ ایمنی که جنبه‌هایی از جمله رهبری و یادگیری از حادث نایم را شامل می‌شود از دیدگاه پرستاران دو بیمارستان آموزشی و یک بیمارستان خصوصی شهر همدان مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به نتایجی که از این ابعاد به دست آمد به ارائه راهکارهای مناسب در راستای ارتقاء فرهنگ ایمنی

برای ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان راهکارهای زیادی وجود دارد. یکی از اساسی ترین آنها آموزش می باشد. با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر مشخص شد وجود آموزش در خصوص ایمنی بیمار از عوامل مهم در خصوص ارتقاء فرهنگ ایمنی می باشد. برای آموزش دادن پرستاران، طبق سیاست‌های مداخله‌ای پیشنهاد شده توسط طراحان پرسشنامه (۲۰-۲۲)، می توان از بیمارستان‌هایی که در بعد خاصی از نظر ایمنی قابل قبول هستند در راستای بهبود این بعد در بیمارستان‌هایی که از لحاظ این بعد قابل قبول نیستند بهره جست به عنوان مثال با توجه به نتایج این مطالعه می توان در برنامه‌های آموزشی، برای بهبود سطح بعد رهبری سازمانی و بعد یادگیری و بازخورد در بیمارستان‌های الف و ج از پرستاران بیمارستان ب که درصد قابل قبولی برای این بعد را کسب کرده اند، استفاده نمود.

تفییر دادن یک سازمان در راستای بهبود وضعیت فرهنگ ایمنی بیماران، نیاز به تحولی بزرگ دارد. به این مفهوم که همراه با تغییر ارزش‌ها، باورها و رفتار کارکنان سازمان، بایستی پشتیبانی و حمایت مدیران ارشد سازمان لحاظ گردد. با توجه به نتایج این مطالعه مشخص شد که فرهنگ ایمنی در تمامی ابعاد خود نیاز به توجه داشته و بایستی فرهنگ سازی مربوط به ایمنی بیماران در تمام ابعاد آن به دلیل اهمیت آن در پیشرفت سازمان بهداشتی، مورد توجه سیاستگزاران بهداشتی از جمله مدیران ارشد پرستاری قرار گیرد بنابراین پیشنهاد می گردد که با توجه به نقش حمایتی مدیران ارشد پرستاری در جهت ارتقاء فرهنگ ایمنی بیماران اقدامات لازم از طرف آنها لحاظ گردیده و پایه‌های اساسی ایجاد چنین فرهنگی را در سازمان بهداشتی خود نهادینه کنند.

تشکر و قدردانی:

این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی (شماره ثبت: ۹۰۱۲۱۶۴۹۶۷) و با پشتیبانی مالی معاونت پژوهشی (مرکز تحقیقات دانشجویی) دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام پذیرفته است که بدین وسیله نهایت سپاس و قدردانی از مسئولین محترم بعمل می آید. همچنین از مدیران محترم بیمارستانهای مربوطه و پرستاران محترمی که در انجام این تحقیق، نویسندها را یاری کردن سپاسگزاری می شود.

جهان در زمینه کیفیت خدمات درمانی، ایمنی بیمار و اعتبار بخشی بر اهمیت خلق فرهنگ ایمنی در سازمان‌ها در جهت ارتقاء ایمنی بیمار تأکید می نمایند. ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها می تواند وضعیت فرهنگ ایمنی حاکم بر مرکز و درجه قوت یا ضعف آن را برای مدیران و سرپرستان روشن نماید و به بهبود وضعیت آن کمک نماید. (۲۳)

با توجه به نتایج بعد رهبری واحد مشخص گردید سیستم پاداش دهی در واحد‌های کاری ضعیف می باشد به گونه‌ای که واحد مربوطه به خاطر عملکرد سریع پرستاران در شناسایی یک اشتباه جدی پاداش و حمایتی در نظر نگرفته از این رو نقش سرپرستاران محترم بخش‌ها در حمایت کردن و تشویق پرستاران در این زمینه بسیار مهم به نظر می رسد.

در این مطالعه با توجه به نتایج بعد شرمساری و عواقب مشخص شد پرستاران از سوال کردن در زمینه انجام فرایند های درمانی برای کمک خواستن اجتناب کرده و آن را نشانه ناکارایی خود می دانند. بنابراین به نظر می رسد بایستی این موضوع که سوال کردن نه تنها نشانه ای از ناکارایی نیست بلکه باعث افزایش ایمنی و جلوگیری از خطاهای بهداشتی و تقویت ایمنی بیماران می شود را در نزد پرستاران تشریح و فرهنگ آن را پایه گذاری کرد.

با توجه به نتایج بعد رفتارهای یادگیری ایمن، در حوادث بزرگ یک فرایند و مسیر رسمی برای حمایت بیماران و خانواده‌های آنها به صورت مطلوب وجود ندارد که به نظر می رسد بایستی در خصوص ایجاد این مکانیزم‌های حمایتی با اهمیت دادن به خانواده بیماران که جزئی از فرایند درمانی بیمار خود محسوب شده و در روند این فرایند نقش مهمی را ایفا می کنند اقدامات لازم از طرف سازمان‌های ارائه دهنده خدمات لحاظ گردد.

نتایج بعد یادگیری و بازخورد مشخص نمود که در میان پرستاران بحث کردن در مورد خطاهای مشکل بوده و از آنجایی که بحث خود یک راهکار آموزشی و یادگیری برای جلوگیری از حوادث آینده می باشد بنابراین به نظر می رسد ایجاد فرهنگی متناسب با این رویه که بحث کردن در مورد خطاهای در میان تمام کارکنان بهداشتی آزاد بوده و کارکنان بحث کردن را یک روش یادگیری در نظر بگیرند لازم به نظر می رسد.

References:

14. Matsubara S, Hagihara A, Nobutomo K. Development of a patient safety climate scale in Japan. *Int J Qual Health Care* 2008; 20(3): 211-220
15. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson E. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* 2006; 15(2): 109-115
16. Madelyn PL. Understanding and changing the patient safety culture in canadian hospitals. A thesis for the degree of Doctor of Philosophy. Department of Health Policy; Management and Evaluation;University of Toronto.2011. Available at : tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/29784/3/Law_Madelyn_P_201106_PhD_thesis.pdf. Retrieved in 24 August 2012.
17. Castle N: Nurse Aides' ratings of the resident safety culture in nursing homes. *Int J Qual Health Care* 2006;18(5):370-376
18. Taghdisi M, Haghghi M,[Evaluation of safety culture (Been Approved Reaserch)]. Tehran. Tehran University of Medical Sciences, Faculty of Health, 2010.[Persian]
19. Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospital: a study at baseline. *Int J Qual Health Care* 2010; 22(5): 386- 395.
20. Ginsburg R. Perceptions of Patient Safety Culture in Four Health Regions. School of Health Policy & Management: York University April 2006. Available at : www.yorku.ca/patientsafety/psculture/questionnaire/Gen eric_Safety_Culture_Benchmarking_Report.pdf. Retrieved in 24 July 2012.
21. Ginsburg R. Report prepared for the Manitoba Institute for Patient Safety (MIPS). 2008. Available at : www.mhips.ca/wp/wp-content/uploads/2008/05/2008-report-working-v5_final.pdf. Retrieved in 20 July 2012.
22. Ginsburg R, Tregunno D, Fleming M, Flemons W, Gilin D, Norton P. Patient Safety Culture: Improving measurement and establishing links to patient safety activity. Canadian Patient Safety Institute.2008. Available at : www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/cpsiResea rchCompetitions/2005/Documents/Ginsburg/Ginsburg%2 0Full%20Report.pdf. Retrieved in 10 July 2012.
23. Abdi J, Maleki M, Khosravi A. Staff perceptions of patient safety culture in hospitals of University Tehran. Payesh Journal 2011; 10(4): 411-419.[Persian]
1. Fleming M, Wentzell N. Patient safety culture improvement tool: Development and guidelines for use. *Healthc Q* 2008; 11(Sp) :10-15
2. Milligan F. Establishing a culture for patient safety – The role of education. *Nurse Educ Today*:2007; 27:95-102.
3. Matsubara SH, Hagihara Ak, Nobutom K. Development of a patient safety climate scale in Japan. *Int J Qual Health Care*: January 5, 2008; 20 (3): 211-220.:.
4. Castle NG, Sonon KE: A culture of patient safety in nursing homes. *Qual Safe Health care* 2006;15(6):405-408
5. Nash D, Goldfarb N. The Quality Solution: The Stakeholders Guide to Improving Health Care. 1nd ed.UK: Jones & Bartlett Publishers:, 2006
6. Lucian L, Leape D, Woods M, Hatlie K, Kizer S, Schroeder G et al.. Promoting Patient Safety by Preventing Medical Error. *JAMA* 1998; 280(16):1444-1447
7. Essen E. Establishing patient safety culture. *Nursing & Allied Health Source* 2002; 5: 13-19
8. Singer S, Gaba D, Geppert J, Sinaiko A, Howard S, Park K: The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 california hoasptials. *Qual safe health care* 2003; 12(2):112-118.
9. Bodur S, Filiz E: A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(5): 348–355.
10. Schutz L, Counte A, Meurer S. Development of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: analysis of content validity. *Health Care Manag Sci* 2007;10(2): 139-149
11. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing :A dimensional concept analysis. *J Adv Nurs* 2008;63 :310-319.
12. Pronovost P, Weast B, Holsmueller C, Rosenstein B, Kidwel R, Haller K, et al. Evaluation of culture of safety: surveys of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care* 2003; 12(6): 405-410
13. Kho M, Carbone J, Lucas J, Cook D. Safety climate surveys: reliability of results from a multicenter ICU survey. *Qual Saf Health Care* 2005;14(4): 273-278

Assessing Hamadan`s Nurses Perceptions of Patient Safety Culture`s Dimensions

Shahrabadi .R¹, Moeini .B^{2*} , Roshanai .Gh³ , Dashti .S¹ , Kafami .V¹ , Haghghi .M⁴

Submitted: 2013.4.9

Accepted: 2013.9.2

Abstract

Background: Health care providers`culture about the patient safety means accepting and considering patient safety as the first priority and organizational core value or health center`s staffs beliefs, perceptions and trends of on patient safety which is reflected in their behavior. This study is aimed to assess nurses perceptions of patient safety culture`s dimensions which is working in hamadan`s hospital.

Materials & Methods: The method of this study is descriptive-analytical type and statistical society includes 215 nurses of 3 hospitals of Hamadan which had been selected by random sampling. Stanford patient safety culture questionnaire was used to assess dimensions of patient safety culture. The data were analyzed by SPSS 15 software and descriptive tests.

Results: The result indicated that all dimensions of patient safety culture through nurses` perception are weak. Among these dimensions, the "Unit Leadership for Safety" with 25.21 percentage and "Learning and Feedback" with 41.82 percentage were the lowest and highest positive rating in all three hospitals respectively.

Conclusion: According to weak rate of all patient safety culture`s dimensions in studied hospitals, performing training programs by head nurses is suggested in order to improve cultural concepts such as establishing "supportive mechanisms for patients families" and "culture of discussion of errors among nurses".

Keywords: Safety Culture, Nurses, Hospital

¹ PhD student in Health Education and Health promotion, Public Health Department, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Iran

² Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences Iran . (*Corresponding Author)

E-mail: babak_moeini@umsha.ac.ir, Tel:0811-8380090, Fax:0811-8380509

³ Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, school of public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Iran

⁴ MA, Health Education and Health promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Iran