

وضعیت فرهنگ ایمنی بیماران روان پزشکی از دیدگاه پرسنل درمانی

پیوند باستانی^۱، محمد قاسم نژاد^۲، علی رضا یوسفی^{۳*}، احمد صادقی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۸/۷

چکیده:

مقدمه و هدف: یکی از مولفه های اصلی کیفیت خدمات سلامت ایمنی بیمار می باشد. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت فرهنگ ایمنی بیماران روان پزشکی از دیدگاه پرسنل درمانی بیمارستان های ابن سینا و حافظ شهر شیراز انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی که بصورت مقطعی در سال ۱۳۹۶ انجام شد. جامعه آماری شامل پرسنل درمانی بیمارستان های ابن سینا و حافظ شهر شیراز بوده که تمام آنها (۱۶۵ نفر) بعنوان نمونه پژوهش با روش سرشماری انتخاب و وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه استاندارد سنجش فرهنگ ایمنی بیمار بود. داده ها با استفاده از آماره های توصیفی و آزمون های *T-test*، *ANOVA*، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه با بهره گیری از نرم افزار *SPSS* نسخه ۲۳ در سطح خطای $\alpha=5\%$ تحلیل گردید.

نتایج: میانگین وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار $19/74 \pm 154/62$ محاسبه شد. فرهنگ ایمنی بیمار در سطح قابل قبول برآورد شد (۶۴/۱٪). ابعاد امور مربوط به پرسنل (۳۶٪) و پاسخ های غیر تنبیهی به خطاها (۳۴/۷٪) در وضعیت نامطلوب قرار داشتند. بین رابطه استخدامی پرسنل با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معنادار آماری مشاهده شد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: علی رغم وضعیت قابل قبول فرهنگ ایمنی بیمار، با این حال ابعاد پاسخ غیرتنبیهی به خطا و امور مربوط به پرسنل در وضعیت نامطلوبی قرار داشته و نیازمند اقدامات مقتضی و سریع می باشند. پیشنهاد می گردد مسئولین بیمارستان مداخلات مورد نیاز از جمله فرهنگ سازی گزارش دهی خطاها، برگزاری برنامه های آموزشی جامع و بهبود مستمر نظام حاکمیت بالینی را در دستور کار قرار دهند.

کلمات کلیدی: فرهنگ ایمنی بیمار، روان پزشکی، بیمارستان، پرسنل درمانی

۱. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت منابع انسانی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲. کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۳. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، بیمارستان حضرت علی اصغر (ع)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (**نویسنده مسئول)، شیراز، خیابان قصرالدشت، حدفاصل سه راه فلسطین و چهارراه ملاصدرا، کوچه ۲۹، ساختمان الماس،

دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، تلفن تماس: ۰۷۱-۳۲۳۴۰۷۷۸

آدرس الکترونیکی: alirezayusefi67@gmail.com

۴. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران

مقدمه:

بیمارستان ها یکی از مهمترین نهادهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی هستند که بایستی فضای ایمن را برای بیماران خود فراهم و از به وجود آمدن حوادث برای آنها جلوگیری به عمل آورند (۱). اولین هدف در یک مؤسسه درمانی جلوگیری از آسیب و صدمه به بیمار و مخاطره انداختن ایمنی وی در نتیجه ارائه خدمات سلامت می باشد. بررسی ها حاکی از آن است که یک پنجم مردم جامعه در معرض اشتباهات و خطاهای درمانی قرار دارند و در نتیجه میلیون ها نفر ممکن است در اثر این خطاها دچار مرگ و یا صدمات درمانی قابل اجتنابی شوند. بنابراین بهبود ایمنی بیمار یک اولویت بین المللی مشترک محسوب می شود (۲). ایمنی بیمار به صورت اجتناب، پیشگیری و اصلاح آسیب ها و پیامدهای نامطلوب ناشی از فرآیند ارائه خدمات مراقبت سلامت تعریف شده است (۳).

در حقیقت این مفهوم به عنوان یکی از مولفه های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هر گونه صدمه و آسیب به بیمار در حین ارائه مراقبت های بهداشتی است (۴) و شامل مواردی نظیر خطاهای دارویی (اشتباه در نوع یا دوز داروی تجویزی)، اعمال جراحی (انجام عمل در موضع نادرست، استفاده از تکنیک غلط، عوارض پس از عمل)، تشخیص های نادرست (تاخیر در تشخیص، عدم تشخیص، تشخیص نادرست)، خرابی دستگاه ها و تجهیزات که منجر به تشخیص اشتباه می گردد و مواردی دیگر نظیر عفونت های بیمارستانی، سقوط بیمار، زخم بستر، درمان غلط و غیره می گردد (۵). با این حال و علی رغم پیشرفت هایی در مراقبت سلامت، هنوز ایمنی بیمار و بیمار محوری در سیستم های مراقبت سلامت در سراسر دنیا موضوع نگران کننده ای است (۶)؛ بطوری که سازمان جهانی بهداشت این موضوع را به عنوان یک نگرانی آندمیک و همه گیر معرفی نموده است (۷). بر اساس شواهد موجود، تخمین زده می شود که در کشورهای در حال توسعه از هر ده بیمار، به یک نفر در حین دریافت خدمات بیمارستانی آسیب و جراحی وارد می شود (۸). همچنین تخمین جمیع بیانگر آن است که سالانه بیش از ۴۰۰۰۰۰ نفر دچار مرگ پیش از موعد به دلیل آسیب های قابل پیشگیری (مربوط به ایمنی بیمار) می شوند و میزان بروز آسیب های جدی ۱۰ تا ۲۰ برابر شایع تر از میزان بروز مرگ می باشد (۹).

یکی از عواملی که نقش موثری در ارتقای سطح ایمنی بیمار و کاهش این آسیب ها و خطاها در مراکز بهداشتی-درمانی دارد، وجود فرهنگ ایمنی بیمار در این مراکز می باشد (۱۰). فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان عامل مشترک ارزش ها، باورها،

رفتارها، برداشت ها و نگرش های پرسنل بهداشت و درمان در سطح سازمان شرح داده شده است که منعکس کننده نقش ها و عملکردهای فنی و اجتماعی افراد در موقعیت بحرانی بوده و ممکن است به عنوان اولویت اول و ارزش در هر سازمانی در نظر گرفته شود (۱۱، ۱۲). پی بردن به اهمیت وافر فرهنگ ایمنی در افزایش ایمنی بیمار و کاهش خطاهای پزشکی سبب گردید که ابزارهای متعددی جهت سنجش وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز مختلف بهداشتی درمانی از جمله بیمارستان ها طراحی شود و پژوهش های متعددی در این زمینه صورت گیرد (۱۱، ۱۲، ۱۳). چه بسا چالش کنونی بیمارستان های دولتی نظارت بر ایمنی بیمار در فرآیندهای درمانی و غیردرمانی است (۱۱). از طرفی فرهنگ ایمنی مثبت رفتارهای احتیاطی کارکنان مراقبت سلامت را به سمت نگریستن به ایمنی بیمار به عنوان یکی از بالاترین اولویت هایشان هدایت می کند. یک سازمان دارای فرهنگ ایمنی به هنگام بروز حوادث با کارکنان منصف و صریح بوده، از اشتباهات، درس می گیرد و به جای مقصر ساختن افراد به خطایی که در نظام رخ داده، توجه می کند (۲۰).

بنابراین برای سازمان های بهداشتی و درمانی لازم است برای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار به بهبود ایمنی در فرآیندهای بهداشت و درمان بپردازد (۱۳). در واقع به منظور ایجاد فرهنگ ایمنی در یک سازمان مراقبت سلامت گام اول ارزیابی فرهنگ فعلی است (۲۰). چرا که بررسی فرهنگ ایمنی بیماران به سازمان کمک می کند تا بتواند در راستای ارائه برنامه های آموزشی، استراتژی های خود را مشخص کند (۱۹). از جهتی ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان ها می تواند وضعیت فرهنگ ایمنی حاکم بر مرکز و درجه قدرت یا ضعف آن را برای مدیران و سرپرستاران روشن نماید و به بهبود وضعیت آن کمک نماید (۵).

در این بین مراکز ارائه کننده خدمات به بیماران روانی یکی از محیط های حساس به شمار می رود که در سرتاسر جهان تعداد زیادی از بیماران روانی را پذیرا می باشند. بیماران روان بستری افرادی هستند که بیشتر با تشخیص سایکوز، مانیا و افسردگی بستری می گردند. تعدادی از آنها از بیماری خود آگاه نبوده و یا برای خود و دیگران خطرناک هستند و یا اینکه به علت ابتلا به بیماری روانی مزمن قادر به حفظ عملکرد خود در خارج از بیمارستان نمی باشند (۲۱). علی رغم اقداماتی که با استفاده از دانش موجود در زمینه تامین ایمنی در بخش های بستری بیماران روان انجام می شود، تعداد حوادث در رابطه با ایمنی در بخش های روان بیشتر از حد قابل قبول می باشد (۲۲). تعداد زیادی از اشخاصی که در بیمارستان های روان خدمات می گیرند، آسیب را تجربه می کنند. این آسیب ها زندگی فرد را

به دست آمده از این پرسشنامه ها، میزان ضریب اعتماد با روش آلفای کرونباخ 0.79 محاسبه و مورد تایید قرار گرفت. پرسشنامه مذکور حاوی ۴۲ سوال بوده که در ۱۲ حیطه شامل درک کلی پرسنل نسبت به ایمنی بیمار (۴ سوال)، انتظارات و عملکرد سرپرست در راستای ارتقای ایمنی بیمار (۴ سوال)، یادگیری سازمانی (۳ سوال)، کار تیمی درون واحد ها (۴ سوال)، ارتباطات باز و شفاف (۳ سوال)، بازخور و ارتباطات در ارتباط با خطاها (۳ سوال)، پاسخ های غیر تنبیهی به خطاها (۳ سوال)، پرسنل کافی (۴ سوال)، حمایت مدیر بیمارستان از ایمنی بیمار (۳ سوال)، کار تیمی در بین واحدهای بیمارستانی (۴ سوال)، نحوه انتقال بیمار بین بخش ها (۴ سوال)، میزان فراوانی حوادث گزارش شده (۴ سوال) طراحی شده است. پاسخ های این بخش از پرسشنامه براساس طیف ۵ قسمتی لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) طبقه بندی و درجه بندی گردید. جهت نمره دهی گزینه هایی که دارای مفهوم مثبت بودند، امتیاز ۵ برای "کاملاً موافقم"، ۴ برای "موافقم"، ۳ برای "نظری ندارم"، ۲ برای "مخالفم" و ۱ برای "کاملاً مخالفم" در نظر گرفته شد و سوالاتی که دارای مفهوم منفی بودند، شیوه تقسیم امتیازات بر عکس شد. جهت تعیین وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دسته بندی عالی (امتیاز مثبت بالاتر از 0.75)، قابل قبول (امتیاز مثبت بین 0.50 - 0.75) و نامطلوب (غیرقابل قبول) (امتیاز مثبت پایین تر از 0.50) استفاده شد. در ابتدای پرسشنامه نیز سوالاتی در رابطه با مشخصات دموگرافیک افراد از قبیل سن، جنسیت، تحصیلات (آخرین مدرک تحصیلی)، وضعیت استخدامی، پست سازمانی، سنوات خدمت و نام بخش محل خدمت طرح گردید.

ورود افراد به مطالعه و پر کردن پرسشنامه کاملاً داوطلبانه و تنها در صورت تمایل فرد انجام گردید. پس از توجیه شرکت کنندگان نسبت به اهداف طرح، در مورد اصل محرمانه بودن پاسخ ها تأکید گشته و رضایت شفاهی از آنها کسب گردید و سپس پرسشنامه ها بدون نام بین آنها توزیع گردید. پس از آن پرسشنامه به صورت خودایفا تکمیل شد و پس از تکمیل و عودت پرسشنامه ها داده های جمع آوری شده در نرم افزار SPSS (۲۳) وارد گردیده و با استفاده از آزمون های T-Test، ANOVA، رگرسیون خطی چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری $\alpha = 0.05$ تحلیل گردید.

یافته ها:

از پرسشنامه توزیع شده، ۱۵۴ پرسشنامه بصورت بطور دقیق تکمیل و عودت گردید (نرخ پاسخدهی $93/33\%$). میانگین سنی شرکت کننده گان در مطالعه $32/02 \pm 7/6$ سال

تهدید می نماید و منجر به اثرات نامطلوب بر عملکرد فردی و فیزیکی یا اجتماعی و روانی و یا رفاه اجتماعی او می گردد (۲۳). با عنایت به موارد ذکر شده و با توجه به اینکه در سال های اخیر مفهوم ایمنی بیمار و افزایش آن در بیمارستانها مورد توجه ویژه ای قرار گرفته و یکی از محورهای اصلی اعتباربخشی می باشد که لزوم توجه بیمارستانها به آن را دوچندان می کند، لذا این پژوهش با هدف تعیین وضعیت فرهنگ ایمنی بیماران روان پزشکی از دیدگاه پرسنل درمانی در بیمارستان های آموزشی ابن سینا و حافظ شیراز انجام پذیرفت.

مواد و روش ها:

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به صورت مقطعی در بیمارستان های آموزشی ابن سینا و حافظ شیراز در سال ۱۳۹۶ انجام شده است. هر دو بیمارستان آموزشی و تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشند. بیمارستان ابن سینا یک مرکز تک تخصصی بوده و تنها شامل بخش روان پزشکی با ۱۲۰ تخت مصوب می باشد. بیمارستان حافظ نیز یک بیمارستان جنرال با تعداد ۱۶۶ تخت مصوب است که دارای یک بخش ارائه دهنده خدمات به بیماران اعصاب و روان می باشد. جامعه پژوهش را پرسنل درمانی بیمارستان های مذکور شامل پرستار، بهیار، کمک بهیار و روانشناس تشکیل دادند. با توجه به محدود بودن جامعه آماری از سرشماری جهت انتخاب کارکنان استفاده و بدین ترتیب ۱۶۵ نفر (۱۴۶ نفر از پرسنل بیمارستان ابن سینا و ۱۹ نفر از بخش اعصاب و روان بیمارستان حافظ) وارد مطالعه گردیدند.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه استاندارد بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار^۱ بود که توسط آژانس کیفیت و پژوهش های بهداشتی امریکا در سال ۲۰۰۴ طراحی گردیده (۲۴) و تاکنون بارها جهت ارزیابی نظرات کارکنان بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار در نقاط مختلف دنیا مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه ابزاری روا و پایا است که با استفاده از متون مختلف، آزمون های شناختی و تحلیل عاملی به منظور ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار طراحی شده و در ایران نیز مورد تایید قرار گرفته است (۱۴، ۲۵). با این حال جهت بکارگیری در مطالعه حاضر، روایی پرسشنامه توسط ۷ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشکده مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد قبول قرار گرفت. همچنین به منظور تأیید پایایی آن یک نمونه اولیه شامل ۴۰ پرسشنامه پیش آزمون گردید و سپس با استفاده از داده های

¹ Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC)

کارشناسی (۶۴/۲۹٪)، پست سازمانی پرستار (۷۲/۰۸٪)، رابطه استخدامی قراردادی (۳۸/۹۶٪) و شاغل در بخش مردان در بیمارستان ابن سینا (۵۴/۵۵٪) بودند. جدول ۱ توزیع فراوانی شرکت کننده گان در مطالعه را نشان می دهد.

و اکثر آنها (۴۳/۵٪) در گروه سنی ۳۰-۴۰ سال بودند. میانگین سابقه کاری ۶/۸ ± ۸/۴۰ سال بود و اکثر آنها (۴۰/۲۶٪) در گروه کمتر از ۱۰ سال سابقه کار بودند. ۶۳/۶٪ آنها مرد و بقیه زن بودند. اکثر پاسخگویان دارای تحصیلات

جدول ۱- توزیع فراوانی شرکت کننده گان در مطالعه (n=۱۵۴)

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد
سن (سال)	<۳۰	۵۵	۳۵/۷
	۳۰-۴۰	۶۷	۴۳/۵
	>۴۰	۳۲	۲۰/۸
سابقه (سال)	<۱۰	۶۲	۴۰/۲۶
	۱۰-۲۰ سال	۶۱	۳۹/۶۱
جنسیت	>۲۰	۳۱	۲۰/۱۳
	مرد	۹۸	۶۳/۶
سطح تحصیلات	زن	۵۶	۳۶/۴
	کاردانی	۲۱	۱۳/۶۳
	کارشناسی	۹۹	۶۴/۲۹
رابطه استخدامی	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳۴	۲۲/۰۸
	رسمی	۳۳	۲۱/۴۳
	آزمایشی	۱۱	۷/۱۴
	پیمانی	۸	۵/۲۰
	قراردادی	۶۰	۳۸/۹۶
	شرکتی	۲۹	۱۸/۸۳
پست سازمانی	طرحی	۱۳	۸/۴۴
	پرستار	۱۱۱	۷۲/۰۸
	بهبیار	۳۱	۲۰/۱۳
	کمک بهیار	۳	۱/۹۵
بخش محل خدمت	روانشناس	۹	۵/۸۴
	مردان- ابن سینا	۸۴	۵۴/۵۵
	اتفاقات مردان- ابن سینا	۱۴	۹/۱۰
	زنان- ابن سینا	۱۹	۱۲/۳۳
	اتفاقات زنان- ابن سینا	۱۸	۱۱/۶۹
اعصاب و روان حافظ	۱۹	۱۲/۳۳	

میانگین نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار ۱۹/۷۴ ± ۱۵۴/۶۲ بدست آمد. در میان ابعاد فرهنگ ایمنی مولفه های کار تیمی درون واحد ها (۲/۹۲ ± ۳۱/۱۶) و انتظارات و عملکرد سرپرست در راستای ارتقای ایمنی بیمار (۳/۰۴ ± ۱۶/۲۲) بیشترین و مولفه های پاسخ های غیرتنبیهی به خطاها (۳/۱۱) ± ۸/۴۶ و ارتباطات باز و شفاف (۱۰/۱۲ ± ۲/۷۸) کمترین نمرات را به خود اختصاص دادند (جدول ۲).

بر اساس نتایج، میانگین کلی درصد پاسخ های مثبت به ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار (۶۴/۱ درصد)، پاسخ های منفی (۲۲/۴ درصد) و پاسخ های خنثی (۱۳/۵ درصد) بود که نشان دهنده وضعیت قابل قبول فرهنگ ایمنی در بیمارستان های مورد مطالعه می باشد. از طرفی بالاترین امتیاز کسب شده در پاسخ های مثبت مربوط به بعد یادگیری سازمانی (۸۸/۳ درصد) و پایین ترین امتیاز کسب شده مربوط به بعد پاسخ های غیر تنبیهی به خطاها (۳۴/۷ درصد) بود (جدول ۲).

جدول ۲- جدول فراوانی نسبی امتیازات (مثبت، خنثی و منفی) و میانگین فرهنگ ایمنی بیمار بر اساس ابعاد پرسش نامه از دیدگاه پرسنل درمانی مورد مطالعه

ابعاد	مثبت (%)	خنثی (%)	منفی (%)	میانگین	انحراف معیار
درک کلی پرسنل نسبت به ایمنی بیمار	۵۲/۵	۱۰/۵	۳۷	۱۲/۹۲	۲/۸۷
انتظارات و عملکرد سرپرست در راستای ارتقاء ایمنی بیمار	۸۲/۲	۶/۵	۱۱/۳	۱۶/۲۲	۳/۰۴
یادگیری سازمانی و بهبود مستمر*	۸۸/۳	۶/۷	۵	۱۲/۶۷	۲/۰۱
کار تیمی درون واحدها	۸۲/۵	۹/۲	۸/۳	۱۶/۳۱	۲/۹۲
ارتباطات باز و شفاف	۵۴/۷	۱۷/۳	۲۸	۱۰/۱۲	۲/۷۸
باخورد و ارتباطات در ارتباط با خطاها	۷۹	۹/۷	۱۱/۳	۱۱/۶۲	۲/۴۴
پاسخ های غیر تنبیهی به خطاها	۳۴/۷	۱۷/۷	۴۷/۶	۸/۴۶	۳/۱۱
پرسنل کافی	۳۶	۱۷/۵	۴۶/۵	۱۱/۴۸	۲/۸۷
حمایت مدیر بیمارستان از ایمنی بیمار	۵۸/۳	۲۰/۷	۲۱	۱۰/۴۶	۲/۶۳
کار تیمی در بین واحدهای بیمارستانی	۶۰/۲	۱۷/۳	۲۲/۵	۱۳/۹۹	۳/۰۷
نحوه انتقال بیمار بین بخش ها	۶۸/۳	۱۶/۵	۱۵/۲	۱۴/۹۸	۳/۵۶
میزان فراوانی حوادث گزارش شده	۷۳	۱۲	۱۵	۱۵/۳۲	۲/۹۵
فرهنگ ایمنی بیمار	۶۴/۱	۱۳/۵	۲۲/۴	۱۵۴/۶۲	۱۹/۷۴

* کشف و اصلاح خطاها

می باشند که مقادیر β مربوط به متغیرهای تأثیرگذار که نشان دهنده اولویت اثرگذاری بر یادگیری سازمانی می باشد در جدول ۳ آورده شده است. همچنین این آزمون نشان داد ضریب تعیین مدل پردازش شده (R Adjusted) برابر با ۰/۵۳ می باشد. بدین معنی که ۵۳ درصد از تغییرات نمره فرهنگ ایمنی بیمار به وسیله متغیرهای موجود در مدل قابل توضیح می باشد. با توجه به تحلیل رگرسیون خطی چندگانه معادله خطی نمره فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های مورد مطالعه به صورت زیر به دست آمد:

$$Y = 21/821 + 1/894x_1 + 1/849x_2 + 1/644x_3 + 1/321x_4 + 1/291x_5 + 1/20x_6$$

Y: نمره فرهنگ ایمنی بیمار و $x_1, 2, 3, 4, 5, 6$: متغیرهای تأثیرگذار بر فرهنگ ایمنی بیمار (جدول ۳).

نتایج تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره جهت تعیین تأثیر ابعاد ۱۲ گانه و متغیرهای دموگرافیک بر فرهنگ ایمنی بیماران در بیمارستان های مورد مطالعه نشان داد که متغیرهای معنادار موجود در مدل که با استفاده از روش Enter تعیین شده اند به ترتیب اهمیت عبارت از "کار تیمی درون واحدها، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی و بهبود مستمر، انتظارات و عملکرد سرپرست در راستای ارتقا ایمنی بیمار، کار تیمی در بین واحدهای بیمارستانی، و درک کلی پرسنل نسبت به ایمنی بیمار"

جدول ۳. متغیرهای تأثیرگذار بر فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرسنل درمانی مورد مطالعه بر اساس آزمون رگرسیون خطی چند متغیره

تعریف متغیر	متغیرها	ضرایب استاندارد نشده خطای استاندارد B	ضریب استاندارد شده B	مقدار t	سطح معناداری (P-value)
---	مقدار ثابت	۲۱/۸۲۱	۳/۸۰	۳/۰۸۵	۰/۰۰۳
x_1	کار تیمی درون واحدها	۱/۸۹۴	۰/۲۱۲	۴/۶۹۸	۰/۰۰۱۰
x_2	حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۱/۸۴۹	۰/۱۳۱	۳/۷۱۲	۰/۰۰۱۰
x_3	یادگیری سازمانی و بهبود مستمر	۱/۶۴۴	۰/۱۲۱	۳/۴۷۱	۰/۰۰۱۰
x_4	انتظارات و عملکرد سرپرست در راستای ارتقا ایمنی بیمار	۱/۳۲۱	۰/۱۰۵	۲/۵۲۶	۰/۰۰۱۰
x_5	کار تیمی در بین واحدهای بیمارستانی	۱/۲۹۱	۰/۰۹۸	۲/۴۵۵	۰/۰۱۱
x_6	درک کلی پرسنل نسبت به ایمنی بیمار	۱/۲۰	۰/۰۸۶	۲/۲۲۳	۰/۰۳۲

($p >$). اما بین متغیر وضعیت استخدامی کارکنان با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معنادار آماری وجود داشت ($p = 0/011$) (جدول ۴).

بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با میانگین نمره فرهنگ ایمنی بیمار نشان داد که بین متغیرهای سن، جنسیت، سطح تحصیلات، سابقه کار و پست سازمانی با فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد ($0/50$).

جدول ۴- ارتباط فرهنگ ایمنی بیمار با متغیرهای دموگرافیک پرسنل درمانی مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	p-value
جنسیت	زن	۱۷/۰۹	۰/۲۹۸
	مرد	۱۵۳/۳۶	۲۱/۰۹
پست سازمانی	پرستار	۱۵۴/۴۷	۰/۱۷۷
	بهبیار/کمک بهیار	۱۵۲/۳۸	
	روانشناس	۱۶۶/۲۲	
سطح تحصیلات	کاردانی	۱۵۲/۲۶	۰/۸۴۱
	کارشناسی	۱۷/۷۳	
وضعیت استخدامی	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۵۴/۲۱	۰/۰۱۱
	رسمی	۱۶۰/۶۵	
	آزمایشی	۱۷۱/۴۰	
	پیمانی	۱۵۵/۱۴	
	قراردادی	۱۷/۵۸	
	شرکتی	۱۲/۵۱	
	طرحی	۱۵۶/۸۳	
سن			$p = 0/748$
			$r_p = 0/027$
سابقه کار			$p = 0/139$
			$r_p = 0/124$

بحث:

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیماران روان پزشکی از دیدگاه پرسنل درمانی بیمارستان های ابن سینا و حافظ شهر شیراز انجام شد. بر اساس نتایج پژوهش، وضعیت فرهنگ ایمنی بیماران در بیمارستان های مورد بررسی در سطح قابل قبولی (۶۱/۱ درصد) ارزیابی گردید. محفوظ پور و همکاران (۲۶) نیز در مطالعه خود وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را در سطح متوسط برآورد کردند که با این پژوهش همسو بود. همچنین در مطالعه Anssi و همکاران (۲۷) اکثر شرکت کنندگان (۵۸ درصد) وضعیت ایمنی بیمار را در سطح خوب گزارش کردند. در میان ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار مولفه های یادگیری سازمانی، کار تیمی درون واحد ها، انتظارات و عملکرد سرپرست در راستای ارتقای ایمنی بیمار و

باز خور و ارتباطات در ارتباط با خطاها، در وضعیت عالی، ابعاد درک کلی پرسنل نسبت به ایمنی بیمار، ارتباطات باز و شفاف، حمایت مدیر بیمارستان از ایمنی بیمار، کار تیمی در بین واحد های بیمارستانی، نحوه انتقال بیمار بین بخش ها و میزان فراوانی حوادث گزارش شده در وضعیت قابل قبول و مولفه های امور مربوط به پرسنل و پاسخ های غیر تنبیهی به خطاها در وضعیت نامطلوب (غیر قابل قبول) قرار داشتند. در مطالعات مشابه Hellings (۱۵)، عبدی (۵)، بقایی (۱۸)، ایزدی (۲۸)، مقری (۱۴)، رواقی (۲۹)، یعقوبی فر (۱۲)، رهاب عبدالهی (۳۰)، بهرامی (۳۱)، امیراسماعیلی (۵) و همکارانشان ابعاد پاسخ غیر تنبیهی و مسائل کارکنان کمترین میانگین را داشتند که با مطالعه حاضر هم راستا بود.

نتایج پژوهش های Sorra و همکاران نیز نشان داد که بعد پاسخ غیر تنبیهی به خطا با ۴۴ درصد امتیاز جزء رده ایی بود

بر اساس نتایج مطالعه حاضر ابعاد درک کلی پرسنل نسبت به ایمنی بیمار، ارتباطات باز و شفاف، حمایت مدیر بیمارستان از ایمنی بیمار، کار تیمی در بین واحد های بیمارستانی و نحوه انتقال بیمار بین بخش ها نیز نیازمند ارتقاء و بهبودی می باشند و با وجود وضعیت قابل قبول هنوز هم از شرایط ایده ال فاصله دارند. در این باره باید به این مهم اشاره داشت که از عوامل مهم دخیل در بروز رویدادهای نامطلوب عدم وجود ارتباط موثر و کافی ما بین اعضای تیم و حمایت های لازم در این خصوص می باشد (۵،۴۰). در صورتی که کارکنان با یکدیگر در مورد خطاهایی که در بخش رخ می دهد تبادل نظر نداشته باشند و خطاها را پنهان کنند، افراد نسبت به خطاهای رخ داده آگاه نشده و راهکاری جهت ممانعت از بروز مجدد آن ارائه نخواهند داد و متعاقب آن برنامه عملیاتی کارکنان نیز تغییر خواهد کرد (۴۱). همچنین بر اساس پیشنهادات انجمن پزشکی امریکا و در راستای تامین ایمنی بیماران سازمان های ارائه کننده خدمات سلامت باید تکنیک هایی مراقبت ایمن شامل عوامل سازمانی نظیر اصول اخلاقی و احساس امنیت در محل کار، عوامل محیطی مثل سطوح کارکنان و حمایت های مدیریت، عوامل کار گروهی مانند کار تیمی و رهبری آن و عوامل شخصی مثل اعتماد به نفس حین انجام کار را اتخاذ نمایند (۲۶).

نتیجه گیری:

علیرغم اینکه وضعیت فرهنگی ایمنی بیمار در بیمارستان های مورد مطالعه در حد مطلوبی ارزیابی گردید ولی مولفه هایی از قبیل امور مربوط به پرسنل و پاسخ های غیر تنبیهی به خطاها دارای وضعیت مناسبی نبودند. لذا پیشنهاد می گردد مدیران بیمارستان با استفاده از تکنیک های به روز فضایی را برای کارکنان فراهم آورند که اولاً دیدگاه ایمنی بیمار در بیمارستان به عنوان اولویتی مهم و انکار ناپذیر در کارکنان ایجاد و تقویت گردد و ثانياً کارکنان بتوانند در چنین فضایی بدون ترس از تنبیه در رابطه با خطاها و اشتباهات خود و در مجموع مسائل ایمنی بیمار به بحث و تبادل نظر پرداخته تا از این طریق دلایل این خطاها ریشه یابی و از بروز مجدد آن پیشگیری گردد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل یک طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد. محققان بر خود لازم می دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مدیریت و پرسنل محترم بیمارستان های مورد بررسی که با مساعدت مادی و معنوی خود انجام این پژوهش را محقق ساختند، تشکر و قدردانی نمایند.

که در بیمارستان ها کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده بود (۳۲). از طرفی مطالعات Bodur و Filiz (۱)، About-Fotouh و همکاران (۳۳) و بستان آبادی و همکاران (۳۴) بعد پاسخ غیرتنبیهی را جزء نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیمار گزارش کردند که کمترین میانگین امتیاز را به خود اختصاص داده بود. همچنین در پژوهش عبادی آذر و همکاران، بعد امور مربوط به کارکنان امتیاز پایینی را از فرهنگ ایمنی به خود اختصاص داد (۳). در مطالعه ایی مشابه اجلی و همکاران (۳۵) در بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در یک مرکز روان پزشکی در تهران مولفه پاسخ غیرتنبیهی به خطاها را به عنوان یکی از ابعادی که از کمترین میانگین برخوردار بود، گزارش نمودند. پاسخ غیرتنبیهی به خطا جز ابعادی است که در ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار نقش بسزایی دارد. چرا که در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار سازمانی موفق خواهد بود که ماهیت پرخطر فعالیت های خدمات و مراقبت سلامت را قبول کند و شرایطی را فراهم سازد که افراد آزادانه و بدون ترس از تنبیه، موارد خطا و نزدیک به خطا را گزارش کنند. در این راستا انتظار می رود که تمام رده های سازمان جهت جستجوی راه حل با هم همکاری نمایند (۳۶).

از سوی دیگر سرزنش کردن افراد منجر به از دست رفتن فرصت های یادگیری از خطا، آموزش بهتر ارائه دهندگان مراقبت در رابطه با نحوه عملکردشان و هوشیاری نسبت به موقعیتهایی که احتمال خطا بالا است می شود و از طرفی مانع از بهبود و ایجاد سیستم و فرآیندهایی با کارآمد جهت جلوگیری از ارتکاب به خطاهای مشابه در آینده می شود (۳۷). از این رو یکی از روش های مهم در بهبود ایمنی بیمار یادگیری فردی و سازمانی کسب تجربه از خطاهایی است که این امر نیازمند رهبری مناسب در تیم های ارائه دهنده مراقبت و وجود فرهنگی است که این فرآیند را تسهیل می سازد (۳۸). Smit و همکاران (۳۹) طی مطالعه ایی به ارزیابی میزان مسئولیت افراد در حوزه ایمنی بیمار در سطح واحد و بیمارستان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که برای ارتقاء فرهنگ ایمنی در یک مرکز درمانی باید تلاش ها در سطح سازمانی و نه فقط در سطح تغییر نگرش افراد صورت پذیرد به گونه ایی که سازمان در قبال خطاها و اشتباهات غیرعمدی افراد موضع تند و تنبیه ایی به خود نگیرد. کسب امتیاز پایین از حیطة کارکنان نشان دهنده این امر است که حجم بالایی از کار بر تعداد کم کادر تحمیل می شود (۱۳). در این باره انجمن پزشکی امریکا توصیه نموده است که سازمان ها برای ارتقاء در زمینه امور مربوط به کارکنان و پاسخ غیرتنبیهی می بایست این فرهنگ را که خطا و اشتباهات، ناشی از نارسایی های پرسنلی و فردی است را کنار گذاشته و خطاها را به عنوان فرصت هایی برای یادگیری محسوب کنند (۱۹).

References

- Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(2): 17-23.
- Milligan F. Establishing a culture for patient safety – The role of education. *Nurse Educ Today*: 2007; 27:95-102.
- Ebadi fard azar F , Rezapoor A, Tanoomand Khoushemehr A, Bayat Rezagh, Arabloo J , Rezapoo Z. Study of patients' safety culture in Selected Training hospitals affiliated with Tehran university of medical sciences. *J of Hospital*. 2011; 11(2): 63-56. [Persian]
- Ebrahimpour F, Shahrokhi A, Ghodousi A. Patients' safety and nurses' medication administration errors. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2014; 20 (1):401-408.[Persian]
- Abdi ZH, Maleki MR, Khosravi A. Extracting staff from patient safety culture in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *J of Payesh*. 2011; 10(4): 411-419. [Persian]
- Aghaei Hashjin A, Kringos DS, Manoochehri J, Ravaghi H, Klazinga NS. Implementation of patient safety and patient centeredness strategies in Iranian hospitals. *PLoS ONE*, 2014; 9(9): e108831.
- Abdelhai R, Abdelaziz SB, Ghanem NS. Assessing Patient Safety Culture and Factors Affecting It among Health Care Providers at Cairo University Hospitals. *Journal of American Science*. 2012; 8(7).
- Nasiry pour AA, Hagshenas Kashani F, Rabeii F. Develop strategies for improving patient safety in clinical departments of 15 khordad hospital in Tehran. *Journal of Health and Treatment Management*. 2011; 2(3, 4): 7-17.[Persian]
- James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of patient safety*. 2013; 9(3):122-128.
- Shamsadini Lori A, Osta A, Atashbahar O, Ramazani S, PourAhmadi MR, Ahmadi Kashkoli S. Patient Safety Culture from the Viewpoint of Nurses of Teaching Hospitals Affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Journal of Health Based Research* 2016; 2(1): 81-92. [Persian]
- Said B, Emel F. 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 Services Research*. 2010; 10:28.
- Yaghobi Far MA, Takbiri A, Haghgoshaye E, Tabarraye Y. The survey of patient safety culture and recognizing its Weaknesses and strengths in Sabzevar hospitals. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2011; 20(2): 154-164. [Persian]
- Chen I-C, Li H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC health services research*. 2010; 10(1):152.
- Moghri J, Arab M , Akbari Saari A, Nateqi E, Rahimi Forooshani A, Ghiasvand H, Sohrabi R, Goudarzi R. The Psychometric Properties of the Farsi Version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" In Iran's Hospitals. *Iranian J Publ Health*, 2012; 41(4):80-6.
- Hellings J, Schrooten W, Klazinga NS, Vleugels A. Improving patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2010; 23(5): 489-506.
- Walston SL, Al-Omar BA, Al-Mutari FA. Factors affecting the climate of hospital patient safety: a study of hospitals in Saudi Arabia. *Int J Health Care Qual Assur* 2010; 23(1): 35-50.
- Amiresmaili M, Tourani S, Barati O. Measuring Safety Culture and Setting Priorities for Action at an Iranian Hospital. *Al Ameen J Med Sci*, 2010; 3(3): 237-45.
- Baghayi R, Nourani D, Khalkhali H, Pir Nejad H. The survey of patient safety culture in teaching and therapeutic centers affiliated to Oromiyeh University of medical sciences. *Journal of Oromiyeh nursing and midwifery faculty*, 2012; 10(2): 155-64. [Persian]
- El.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): 386-95.
- Zendegani N, Zare zadeh N, Montaseri AM, Rabei S. Evaluating patient's safety from the perspective of health-care officials in hospitals affiliating with jahrom University of Medical Sciences in 2014. *Journal of Education and Ethics in Nursing*. 2015; 3(4): 49-55. [Persian]
- Fuller Torrey E, Doris A, Jeffrey G, Carla J, Kristina R. No Room at the Inn: Trends and consequences of closing public psychiatric hospitals. *Research from the Treatment Aadvocacy Center*. 2012:1-27.
- Tinkara P, Peter U. Safety issues in psychiatric setting. *Journal of Criminal Justice and Security*. 2012:13(4); 431-443.
- Joe P, Alan Q. The vital role of state psychiatric hospitals. *National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council*. 2014:1-61. Available at: www.nasmhpd.org.

24. Sorra J, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
25. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009; 21(5): 348-55.
26. Mahfoozpour S, Eini E, Moasheri F, Faramarzi A. Study of patient safety culture in teaching hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2012. *J of Pajoothane*. 2012; 17(3): 141-134. [Persian]
27. 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.
28. Izadi AR, Drikvand J, Ebrazeh A. The Patient Safety Culture in Fatemeh Zahra Hospital of Najafabad, Iran. *Health Information Management* 2013; 9(6): 907. [Persian]
29. Ravaghi H, Barati A, Hoseini A, Takbiri A. The Relationship between Health Care Providers' Perceptions of Patient Safety Culture and Patients' Perceptions of Medical Errors in Teaching Hospitals in Tehran. *Journal of health management* 2012; 48(15): 57-68. [Persian]
30. Rehab Abdelhai1 SBAaNSG. Assessing Patient Safety Culture and Factors Affecting It among Health Care Providers at Cairo University Hospitals. *Journal of American Science*. 2012; 8(7)(1545-1003):277-285.
31. Bahrami MA, Chalak M, Montazeralfaraj R, Tafti AD. Iranian Nurses' Perception of Patient Safety Culture. 2014.
32. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report (Prepared by Westat, Rockville, MD, under contract No. HHSA 290200710024C). AHRQ Publication. 2013 (12-0017).
33. Aboul-Fotouh AM, Ismail NA, Ez Elarab HS, Wassif GO. Assessment of patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. *East Mediterr Health J*. 2012; 18(4):372-7. [Persian]
34. 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): 27-35. [Persian]
35. Ajalli A, Fallahi Khoshknab M, Dibae M. The survey of patient safety culture in Razi Psychiatric Center in Tehran. *Journal of Health Promotion Management*. 2015; 4(4): 85-94. [Persian]
36. 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):e310.
37. Rideout D. 'Just Culture'encourages error reporting, improves patient safety. *OR manager*. 2013; 29(7):13-15.
38. Mardon RE, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Famolaro T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J patient Saf*, 2010; 6(4): 226-32.
39. Smits, M., Wagner, C., Spreeuwenberg, P., Timmermans, D. R., van der Wal, G. and Groenewegen, P. P. 2012. The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 21: 3392–3401. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04261.x.
40. Chakravarty A. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. *Medical Journal Armed Forces India*. 2013; 69(4):335-40.
41. Hamdan M, Saleem AAo. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *International Journal for Quality in health care*. 2013; 25(2):167-175.

Status of Safety Culture of Psychiatric Patients from The Viewpoint of Medical Personnel

Bastani P¹, Ghasem Nezhad M², Yusefi AR^{3*}, Sadeghi A⁴

Submitted: 2017.1.29

Accepted: 2018.2.12

Abstract

Background: One of the main components of the quality of health services is patient safety. This study aimed to determine safety culture status of psychiatric patients from the viewpoint of the medical staff of Ibn Sina and Hafez hospitals in Shiraz.

Materials and Methods: This descriptive-analytic study performed as a cross-sectional one in 2017. The study population included 165 health care personnel of the hospitals which were selected by census sampling. The study tool was a standard questionnaire for the hospital's safety culture. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient and multivariate linear regression using SPSS version 23 software at a significant level of $\alpha = 5\%$.

Results: The average of safety status of the patients calculated 154.62 ± 19.74 . The patient safety culture was estimated at an acceptable level (64.1%). The dimensions of personnel affairs (36%) and non-punitive responses to errors (34.7%) were in an unfavorable situation. There was a significant association between the employment status of personnel and patient safety ($P < 0.05$).

Conclusion: Despite the acceptable condition of the patient's safety culture, however, the dimensions of the non-responsive response to the mistakes and issues related to the personnel were in an unfavorable situation and require prompt and appropriate actions. It is suggested that hospital authorities to provide the necessary interventions including cultures for reporting of errors, organizing comprehensive training programs, and continuously improving the clinical governance system.

Keyword: Patient safety culture, Psychiatry, Hospital, Medical staff

1. Assistant Professor, Health Human Resources Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
2. BSc in Health services Management, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
3. PhD Candidate in Health services Management, Student Research Committee, Aliasghar Hospital, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (*Corresponding Author), Tel: 071-32340778, Email: alirezayusefi67@gmail.com, Address: Health Care Management & Informatics School Almas Building, 29th Alley, Qasrodasht Ave, Shiraz, Iran
4. Assistant professor, Department of Public Health, Esfarayen Faculty of Medical Sciences, Esfarayen, Iran