

آشنایی کارکنان بیمارستان‌های شهر کرمان نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار

مریم صابر^۱، هادی طهرانی^۲، مرضیه حسنی کبوترخانی^۳، منیره قربان صباغ^۴، محبوبه باقری^۴

چکیده

مقدمه: بیمارستان‌ها یکی از مهم‌ترین نهادهای ارائه دهنده خدمات درمانی هستند، که بایستی فضای ایمن را برای بیماران خود فراهم آورند. این مطالعه با هدف ارزیابی فرهنگ ارائه دهندگان خدمات درمانی نسبت به ایمنی بیماران در کارکنان بیمارستان‌های شهر کرمان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی با استفاده از پرسشنامه استاندارد «ارزیابی بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار» بر روی ۴۳۹ نفر از کارکنان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و ...) و تحلیلی (ANOVA و t-test) و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: حوزه حمایت مدیریت از ایمنی بیمار با میانگین پاسخ مثبت ۷۲/۲۰ درصد بیشترین امتیاز و پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطا با میانگین پاسخ مثبت ۵۶/۳۰ کمترین امتیاز را به خود اختصاص دادند. افراد بالای ۳۵ سال نسبت به افراد کمتر از ۳۵ سال درک کلی بهتری نسبت به ایمنی بیمار داشتند ($P < 0/001$). درک کلی از ایمنی بیمار در بین زنان و مردان شرکت کننده در تحقیق تفاوت معنی‌داری نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: توجه به فرهنگ ایمنی بیمار از سوی ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، به ویژه مدیران الزامی است، اما در حد کافی نمی‌باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود با استقرار سیستم تشویقی و برگزاری برنامه‌های آموزشی جامع در مورد فرهنگی ایمنی بیمار برای کارکنان، کیفیت ارائه خدمات افزایش یابد.

واژگان کلیدی: فرهنگ ایمنی بیمار، ارائه دهندگان خدمات درمانی، بیمارستان

مقدمه

بیمارستان‌ها 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 می‌باشد. اما مطالعات

حاکمی از این امر است که عده قابل توجهی از بیماران در مواجهه با سیستم درمانی به جای دریافت کمک در جهت بهبود، آسیب می‌بینند. همچنین به طور متوسط بیماران تنها نیمی از معالجات و فرآیندهای درمانی لازم را دریافت می‌کنند (۲).

تلاش برای به دست آوردن بهبودی در ایمنی بیماران یکی از اعمال کلیدی است که در مقابل خدمات

۱- دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- کارشناس، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: h_tehrani@tums.ac.ir

نویسنده‌ی مسئول: هادی طهرانی

تلفن و فاکس: ۰۵۱۳۸۵۱۵۱۱۵

آدرس: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده بهداشت

گونه تعریف می‌کنند که ایمنی بیمار، یعنی پیشگیری و کاهش حوادث ناگوار یا صدماتی که از فرآیندهای ارائه مراقبت از بیمار ناشی می‌شوند (۹).

فرهنگ سازمانی از مهم‌ترین فاکتورهای تعیین‌کننده ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها محسوب می‌شود (۱۰، ۱۱). امروزه در اکثر کشورها، تلاش بر این است که فرهنگ ایمنی را در سازمان‌ها ارزیابی کنند (۱۲). ابعاد موجود در فرهنگ ایمنی بیمار، همواره با اشتباهات طبی، صدمات ناشی از ارائه مراقبت‌های پرستاری، عفونت‌های بیمارستانی، رضایت‌مندی بیماران، آگاهی بیماران از میزان پاسخ‌دهی و مسئولیت‌پذیری پرستاران و هم‌میزان رضایت‌مندی پرستاران ارتباط تنگاتنگ دارد (۱۳).

در واقع فرهنگ ایمنی بیمار، نشان‌دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آن‌ها است (۱۴).

مواردی از قبیل عدم پنهان‌سازی خطاها و حوادث و آشکارسازی آن‌ها، آموزش کارکنان در زمینه امنیت بیمار، وجود سیستم گزارش‌دهی انواع خطاها، استفاده از داده‌های سیستم گزارش‌دهی در جهت بهبود فرآیندها، کاهش سرزنش افراد، وجود کار تیمی، ارتباطات شفاف بین واحدها، بخش‌ها و همکاری آن‌ها با یکدیگر در جهت منافع بیمار و توجه رهبری سازمان به امنیت، از خصائص بارز چنین فرهنگی هستند (۱۵).

ایجاد فرهنگ ایمنی با یک ارزشیابی از سطح فرهنگ ایمنی آن مؤسسه آغاز می‌شود، چرا که احتیاط‌های ایمنی، بدون ارزشیابی مناسب منجر به بالا رفتن هزینه‌ها و همچنین منجر به ریسک‌های تازه پیش‌بینی نشده می‌گردد (۵). آزمون فرهنگ ایمنی ممکن است در اولین مرحله برای به دست آوردن آگاهی از

بهداشتی در شروع قرن ۲۱ قرار گرفته است. بهبود ایمنی بیمار یک اولویت بین‌المللی مشترک است، چرا که خطاهای بسیار زیاد و زیان‌های غیرضروری دیگر در حال حاضر در اعمال مراقبتی و درمانی بیمار در حال روی دادن است و در این مسیر مشخص شده که فرهنگ ایمنی یک فاکتور اساسی مؤثر بر ایمنی بیمار است (۳، ۴). گزارش‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از این وقایع نامطلوب قابل اجتناب هستند که این وقایع چه برای بیمار و چه برای سازمان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی بسیار پرهزینه است (۲).

طبق تعریف، ایمنی بیمار یعنی جلوگیری از زیان حاصل از خطاهای در حین انجام وظایف و ناشی از غفلت (۵) و یا آن دسته از اعمالی که ریسک وقایع نامطلوب مربوط به مواجهه با خدمات پزشکی را کاهش می‌دهد (۶). یک پنجم افراد جامعه در مواجهه با خطاهای پزشکی هستند و این میزان ممکن است به ۳۵ تا ۴۵ درصد نیز برسد. در نتیجه میلیون‌ها نفر ممکن است از صدمات پزشکی حاصل از خطاهای پزشکی قابل اجتناب بمرند یا از آن‌ها رنج ببرند. ماهیت گسترده و پیامدهای سنگین خطاهای پزشکی به مطالعات بیشتری نیاز دارد که بر ایمنی بیمار تمرکز دارد (۵).

مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات ایمنی بیمار ناشی از نارسایی و کمبود در فرآیندها و سیستم‌های کاری در درون واحدها است، نه ناشی از خطاهای انسانی (۷) و عقیده بر این است که مشکلات ایمنی از خطاها و اشتباهات غیرعمدی و تخلف از اصول ایمنی ناشی می‌شود (۸).

تلاش برای به حداقل رساندن این مشکلات منجر به پیشرفت و توسعه در ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها شده است. Fernandez و همکاران، ایمنی بیمار را این

برآورد شد. این افراد از کارکنان شامل پزشکان و پرستاران بهیار و کمک بهیاران و سایر کارکنان بخش-ها در سه بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی کرمان شامل افضل پور، شهید باهنر و شفا انتخاب شدند. بیمارستان روان پزشکی به دلیل تفاوت در نوع ارائه خدمت، در این مطالعه وارد نشد.

جمع‌آوری اطلاعات، به روش نمونه‌گیری تصادفی و متناسب با حجم کارکنان (پزشکان، پرستاران، بهیار، کمک بهیاران و سایر کارکنان) انجام شد. از این رو ۲۶۱ نفر (۵۹/۴ درصد) پرستار، ۲۱ نفر (۴/۷ درصد) پزشک، ۸۴ نفر (۱۹/۲ درصد) بهیار و کمک بهیار و ۷۳ نفر (۱۶/۷ درصد) از کارمندان اداری انتخاب شدند.

در این مطالعه از پرسشنامه استاندارد «ارزیابی بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار» استفاده شد، که توسط دانشگاه یورک کانادا طراحی گردیده و هر سال ویرایش مجدد می‌شود و بارها برای ارزیابی نظرات کارکنان بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار در نقاط مختلف دنیا مورد استفاده قرار گرفته است و در ایران نیز روایی و پایایی آن به زبان فارسی مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است (۱۸).

پرسشنامه مذکور دارای ۴۲ سؤال می‌باشد که از ۱۲ بُعد یا حیطه مختلف، ایمنی بیمار را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ابعاد شامل انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، پاسخ غیرتنبیهی در موارد بروز خطا، شرایط کاری مربوط به کارکنان، فراوانی گزارش‌دهی وقایع، یادگیری سازمانی و بهبود مداوم، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها، کار تیمی در بین واحدها، باز بودن مجاری ارتباطی، کار تیمی در درون واحدها، تحویل و تحول و نحوه انتقال در

ایمنی سازمان یا بیمارستان‌ها انجام شود. سه مؤلفه اصلی در فرهنگ ایمنی وجود دارد که شامل مؤلفه-های روانشناختی، رفتار و موقعیتی می‌باشد (۱۶).

جنبه **Situational** یا موقعیتی فرهنگ ایمنی، می‌تواند در ساخت یا استخوان‌بندی سازمان مانند سیاست‌ها، روش کار، مدیریت سیستم و ... دیده شود. مؤلفه رفتاری را می‌توان به وسیله سنجش خود گزارش‌دهی و اندازه‌گیری نتایج و مشاهدات اندازه‌گیری کرد. مؤلفه روانشناختی اغلب توسط پرسشنامه‌های جو ایمنی مورد بررسی قرار می‌گیرد که برای اندازه‌گیری هنجارها، ارزش‌ها، نگرش‌ها و ادراکات افراد نسبت به ایمنی ابداع شده‌اند (۱۶).

ایجاد فرهنگ ایمنی به وسیله تغییر انگیزه‌های افراد بدون توجه به جنبه‌های شغلی و سازمانی و یا تغییر رفتار افراد بدون توجه به انگیزه‌های آن‌ها و سیستم-های سازمانی و نیز تغییر سیستم‌ها بدون در نظر گرفتن به هم‌کنش عوامل روانشناختی رفتاری و سازمانی، محکوم به شکست خواهد بود (۱۷).

از آنجا که اولین مرحله در بهبود فرهنگ ایمنی شناخت وضعیت موجود است، این مطالعه با هدف بررسی وضعیت فرهنگ کارکنان بیمارستان‌های دولتی و آموزشی شهر کرمان نسبت به ایمنی بیمار انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، داده‌ها در سال ۱۳۹۲ از کارکنان مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان جمع‌آوری گردید. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه و با در نظر گرفتن انحراف معیار ۱/۰۷ برای فرهنگ ایمنی (۱۸)، دقت برابر با $a=1/05$ و 10% خطای قابل قبول، ۴۳۹ نفر

سازمان و درک کلی از ایمنی بیمار می‌باشد.

سؤالات پرسشنامه در یک مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت، از خیلی مخالف تا خیلی موافق، ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار را مورد سنجش قرار می‌دهند. جهت امتیازدهی نیز مطابق با دستورالعمل نحوه امتیازدهی پرسشنامه، گزینه‌های موافق و خیلی موافق در طیف پاسخ‌های مثبت، گزینه بدون نظر در طیف پاسخ‌های خنثی و گزینه‌های مخالف و خیلی مخالف در طیف پاسخ‌های منفی طبقه‌بندی شده‌اند. تعدادی از سؤالات پرسشنامه نیز به صورت معکوس تدوین شده‌اند که در آن‌ها سیستم امتیازدهی غیر هم جهت است. در نهایت سطح هر حیطة با جمع کردن درصد پاسخ‌های مثبت به هر سؤال و تقسیم آن بر تعداد سؤالات هر بُعد یا حیطة محاسبه و استخراج شدند.

پس از معرفی و توزیع اهداف پژوهش و کسب رضایت، پرسشنامه‌ها در میان کارکنان توزیع شد و در حضور پژوهشگر کارکنان به پرسش‌ها پاسخ دادند. اطلاعات همه افراد به صورت محرمانه نگهداشته شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، اطلاعات این مطالعه به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و ...) و تحلیلی (ANOVA و t-test) و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

کلید مراحل این تحقیق با اجازه رسمی از سازمان‌های مربوطه انجام شد. قبل از انجام تحقیق هدف و ماهیت تحقیق برای مسئولین و کلید واحدهای مورد پژوهش توضیح داده و رضایت آگاهانه از افراد شرکت‌کننده در تحقیق قبل از انجام مطالعه گرفته شد.

نتایج

در کل تعداد ۴۳۹ نفر در این مطالعه شرکت کردند.

مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در جدول ۱ خلاصه‌گرفته است.

میانگین درصد پاسخ‌های مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در جدول ۲ آمده است. در این مطالعه حیطة مدیریت از ایمنی بیمار با میانگین پاسخ مثبت ۷۲/۲۰ درصد بیشترین امتیاز و پاسخ غیرتنبیهی در موارد بروز خطا با میانگین پاسخ مثبت ۵۶/۳۰ درصد کمترین امتیاز را به خود اختصاص دادند.

همچنین مقایسه مرد و زن، گروه‌های سنی و بخش مشغول به کار در جدول ۲ نشان داده شده است. زنان در مقایسه با مردان در دو حیطة «ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها» و «کار تیمی در درون واحدها» به طور معنی‌داری امتیاز بیشتری کسب کرده بودند. اما نمره کل برای فرهنگ ایمنی بیمار در دو گروه جنسی مرد و زن تفاوت معنی‌دار نداشت.

افراد بالای ۳۵ سال در مقایسه با افراد جوان‌تر، زیر ۳۵ سال، در حیطة‌های «یادگیری سازمانی، بهبود مداوم»، «ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها»، «کار تیمی بین واحدها»، «کار تیمی درون واحدها» و «تحویل و تحول و نحوه انتقال» به طور معنی‌داری امتیاز بیشتری کسب کرده بودند. نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار هم در افراد بالای ۳۵ سال به طور معنی‌داری بیشتر از افراد پایین ۳۵ سال بود ($P < 0/05$) (جدول ۲).

همچنین، افرادی که در بخش‌های اورژانس مشغول به کار بودند، از لحاظ حیطة‌های «یادگیری سازمانی، بهبود مداوم» و «کار تیمی در درون واحدها»، در مقایسه با سایر افراد در سایر بخش‌ها به طور معنی‌داری نمره بیشتری کسب کرده بودند. اما نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار در بخش‌های مختلف تفاوت معنی‌داری نداشت ($P < 0/05$) (جدول ۲).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

| متغیر | فراوانی | درصد فراوانی |
|-----------|-----------------------------|--------------|
| جنس | زن | ۳۸۸ |
| | مرد | ۵۱ |
| شغل | بهبود و کمک بهیار | ۸۴ |
| | پرستار | ۲۶۱ |
| | پزشک | ۲۱ |
| | کارمندان اداری | ۷۳ |
| بخش | بخش‌های اورژانس (ICU و CCU) | ۱۹۷ |
| | سایر بخش‌های درمانی | ۲۴۲ |
| سابقه کار | کمتر از ۵ سال | ۱۴۲ |
| | ۵-۱۰ | ۱۱۵ |
| | بیشتر از ۱۰ سال | ۱۸۲ |
| سن | کمتر از ۳۵ سال | ۲۶۱ |
| | بیشتر از ۳۵ سال | ۱۷۸ |
| تحصیلات | دیپلم | ۸۵ |
| | کاردانی | ۳۲ |
| | کارشناسی | ۲۷۸ |
| | بالتر از کارشناسی | ۴۴ |
| وضعیت | طرحی | ۴۰ |
| | قراردادی | ۱۱۵ |
| استخدامی | پیمانی | ۱۲۷ |
| | رسمی | ۱۵۷ |
| | | ۳۵/۸ |

جدول ۲: میانگین درصد پاسخ‌های مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار

| حیطه یا ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار | کل | جنس | | سن | بخش مشغول به کار |
|--|-------|-------|-------|-------|------------------|
| | | مرد | زن | | |
| انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار | ۶۷/۰۷ | ۶۹/۸۰ | ۶۶/۶۸ | ۶۷/۸۹ | ۶۵/۸۴ |
| حمایت مدیریت از ایمنی بیمار | ۷۲/۲۰ | ۶۹/۸۰ | ۷۲/۵۰ | ۷۱/۳۸ | ۷۳/۶۰ |
| پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطا | ۵۶/۳۰ | ۵۶/۹۹ | ۵۶/۱۵ | ۵۵/۷۹ | ۵۷/۱۹ |
| شرایط کاری مربوط به کارکنان | ۵۷/۶۸ | ۵۹/۴۵ | ۵۷/۴۷ | ۵۷/۸۲ | ۵۷/۵۳ |
| فراوانی گزارش دهی وقایع | ۶۳/۹۰ | ۶۳/۲۴ | ۶۳/۹۸ | ۶۳/۱۲ | ۶۵/۰۰ |
| یادگیری سازمانی، بهبود مداوم | ۶۳/۴۵ | ۵۹/۴۱ | ۶۳/۹۷ | ۶۱/۳۴ | ۶۶/۶۹ |
| ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها | ۶۸/۱۱ | ۶۴/۹۷ | ۶۸/۵۲ | ۶۶/۲۳ | ۷۰/۹۷ |
| کار تیمی ما بین واحدها | ۵۸/۵۷ | ۵۶/۴۷ | ۵۸/۷۹ | ۵۶/۳۶ | ۶۱/۹۱ |
| باز بودن مجاری ارتباطی | ۶۲/۴۵ | ۶۴/۳۱ | ۶۲/۱۹ | ۶۲/۸۷ | ۶۱/۹۷ |

جدول ۲: میانگین درصد پاسخ‌های مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار (ادامه)

| | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| ۶۹/۷۰ | ۶۷/۱۲ | ۷۰/۷۹ | ۶۷/۰۲ | ۶۵/۲۳ | ۶۸/۹۷ | ۶۸/۵۵ | کار تیمی در درون واحدها |
| ۶۰/۲۲ | ۵۷/۶۸ | ۶۱/۰۱ | ۵۷/۸۳ | ۵۹/۷۴ | ۵۸/۹۷ | ۵۹/۰۸ | تحویل و تحول و نحوه انتقال |
| ۶۳/۷۷ | ۶۲/۶۵ | ۶۴/۸۰ | ۶۲/۲۸ | ۶۲/۴۷ | ۶۳/۳۶ | ۶۳/۲۷ | نمره کل |
| | | | | | $P < 0.001 \text{ } \text{¥}$ | $P < 0.01 \text{ } \text{**}$ | $P < 0.05 \text{ } \text{*}$ |

بحث

این مطالعه با هدف ارزیابی فرهنگ ارائه دهندگان خدمات درمانی در میان کارکنان نسبت به ایمنی بیماران در بیمارستان‌های آموزشی زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد و یافته‌ها نشان داد که به طور کلی میانگین فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های شهر کرمان ۶۳/۲ درصد بوده است که بیانگر درک متوسط کارکنان از وضعیت ایمنی بیماران است. این میزان در مطالعه آقارحیمی و همکاران که با استفاده از پرسشنامه استاندارد «ارزیابی بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار» نیز انجام شده بود نزدیک به همین مقدار و ۶۳ درصد گزارش شده است (۱۴). این وضعیت می‌تواند در نتیجه اجرای برنامه‌های حاکمیت بالینی و ایمنی بیمار باشد چرا که، یکی از موارد مهم و مورد تأکید در برنامه حاکمیت خدمات بالینی، توجه به ایمنی بیمار است (۱۸).

در مطالعه حاضر حیطه پاسخ غیرتنبیهی در موارد بروز خطا، کمترین میانگین پاسخ مثبت را به خود اختصاص داده بود که با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته عبدی و همکاران و Smits و همکاران همسو می‌باشد. در مطالعه عبدی حیطه پاسخ غیرتنبیهی در موارد بروز خطا با ۱۷/۸ درصد کمترین امتیاز را کسب نمود (۱۹) و در مطالعه Smits و همکاران بعد پاسخ غیرتنبیهی به خطاها با ۴۴ درصد کمترین امتیاز را به دست آورد (۲۰).

پایین بودن فراوانی گزارش خطاها همان‌طور که Edmondson و همکاران بیان کردند، ناشی از بسته

بودن جو فرهنگی حاکم بر سازمان می‌باشد (۲۱). به همین علت انجمن پزشکی آمریکا توصیه نموده است که سازمان‌ها برای ارتقاء در این زمینه می‌بایست، این فرهنگ را که خطاها و اشتباهات، ناشی از نارسایی‌های پرسنلی و فردی است را کنار گذاشته و خطاها را به عنوان فرصت‌هایی برای یادگیری محسوب کنند (۲۲).

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد، میان ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بیشترین نگرش ارائه‌دهندگان در بُعد حمایت مدیریت از ایمنی بیمار بوده که بیانگر نقش به سزای مدیریت در فعال‌سازی و فرهنگ ایمنی بیمار و ارتقاء درک کلی از فرهنگ ایمنی در بین کارکنان است. توصیه به یادگیری از خطاها و تشویق نمودن به کار تیمی توسط مدیریت می‌تواند بر ارتقاء درک کلی از فرهنگ ایمنی کمک به سزایی نماید. مدیریت می‌بایست خطاها را به عنوان فرصتی برای یادگیری تلقی کرده و همواره به کارکنان به عنوان عناصر کلیدی و اصلی ارتقاء دهنده ایمنی نگریسته و از متمرکز شدن بر روی خطاها پرهیز نمایند (۲۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین پست سازمانی با فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط معنی‌داری وجود دارد و پرستاران، بهیاران و کمک بهیاران که وقت بیشتری را با بیمار می‌گذرانند، به طور کلی از درک بهتری نسبت به سایر کارکنان در مورد ایمنی بیمار برخوردار هستند که این نتیجه با پژوهش El-Jardali و همکاران مشابه است (۲۴).

سیستم نیاز دارد از جمله تعهد مسئولین بیمارستان به افزایش ایمنی بیمار به طوری که ایمنی بیمار یک اولویت راهبردی برای بیمارستانها و مراکز بهداشتی باشد. همچنین فرهنگ رایج مبنی بر سرزنش افراد در قبال خطاها باید ریشه کن شود. سرزنش افراد باعث از بین رفتن انگیزه برای گزارش خطاها می شود و ضمناً افراد را از پرداختن به ضعف سیستمها و فرآیندهای کاری خود منحرف می سازد. اگر خطایی گزارش نشود، ارزش اطلاعات موجود در خطاها پوشیده مانده و لذا توانایی ما در رابطه با تجزیه و تحلیل دلایل خطاها محدود شده و همین طور باعث ناتوانی ما در پیشگیری از وقوع مجدد خطاها خواهد شد. همچنین استقرار سیستم تشویقی و برگزاری برنامه های آموزشی جامع در مورد فرهنگی ایمنی بیمار برای کارکنان می تواند جهت افزایش فرهنگ ایمنی بیمار مؤثر و کارآمد واقع شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسؤولین، پرسنل و کارکنان محترم شاغل در مراکز درمانی شهر کرمان که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و سپاسگزاری می نمایم.

References

1. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003 Dec;12(2): 17-23.
2. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Sci*. 2007; 45(6): 653-67.
3. Milligan FJ. Establishing a culture for patient safety - the role of education. *Nurse Educ Today*. 2007 Feb;27(2):95-102
4. Matsubara S, Hagihara A, Nobutomo K. Development of a patient safety climate scale in Japan. *Int J Qual Health C*. 2008; 20(3): 211-20.

در مطالعه حاضر ابعادی که بیشترین نقش و اهمیت را در تعیین نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار بر عهده داشتند؛ تحویل و تحول و نحوه انتقال، یادگیری سازمانی و بهبود مداوم، کار تیمی در درون واحدها، شرایط کاری مربوط به کارکنان و فراوانی گزارش دهی وقایع بودند. اما در مطالعه بقایای و همکاران حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی و بهبود مداوم، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها، کار تیمی در بین واحدهای بیمارستان، پاسخ غیر سرزنشی در مواقع بروز خطا، انتظارات و اقدامات مدیر/ سوپروایزر در راستای ایمنی بیمار بیشترین نقش را در تعیین نمره کل فرهنگ ایمنی بر عهده داشتند (۲۲). این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت در فرهنگ سازمانی حاکم باشد.

محققین در اجرای این مطالعه با مشکلات و محدودیت هایی نیز مواجه بودند که از مهم ترین آنها می توان به بی حوصلگی و کاهش دقت مشارکت کنندگان هنگام پر کردن پرسشنامه ها اشاره کرد.

با توجه به اهمیت ارتقای کیفیت در بخش بهداشت و درمان، توجه به فرهنگ ایمنی بیمار از سوی ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی الزامی و اساسی است. پیشرفت در موضوع ایمنی بیمار به تغییراتی در

5. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care*. 2009 Oct;21(5):348-55.
6. Ilan R, Fowler R. Brief history of patient safety culture and science. *J Crit Care*. 2005 Mar;20(1):2-5.
7. Van den Heuvel J, Does RJ, Verver JP. Six Sigma in healthcare: lessons learned from a hospital. *International Journal of Six Sigma and Competitive Advantage*. 2005; 1(4): 380-8.
8. 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 Apr;18(4):372-7.

9. Fernández-Muñiz B, Montes-Peón JM, Vázquez-Ordás CJ. Safety culture: analysis of the causal relationships between its key dimensions. *J Safety Res.* 2007;38(6):627-41.
10. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.* 2003 Jun 26;348(26):2635-45.
11. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *J Adv Nurs.* 2008 Aug;63(3):310-9.
12. Schutz AL, Counte MA, Meurer S. Development of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: analysis of content validity. *Health Care Manag Sci.* 2007 Jun;10(2):139-49.
13. 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.
14. Agharahimi Z, Mostofi M, Jafari M, Raesi Ahmad A. Evaluation of staff attitudes about patients' safety culture in Noor & Ali Asghar hospitals in Isfahan-2011. *Hospital.* 2012;11(3):17-26.
15. EbadiFard Azar F, Rezapoor A, Tanoomand Khoushhehmehr A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. Study of patients' safety culture in selected training hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences. *Hospital.* 2012. 11(2):55-64.
16. Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Sci.* 2000 Feb;34(1-3): 215-57.
17. Singla AK, Kitch BT, Weissman JS, Campbell EG. Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. *Journal of Patient Safety.* 2006;2(3):105-15.
18. Heyrani A, Maleki M, Marnani AB, Ravaghi H, Sedaghat M, Jabbari M, et al. Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: a systems approach. *Implement Sci.* 2012 Sep 10;7:84.
19. Abdi Z, 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.
20. 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 Services Research.* 2008;8(1):230.
21. Edmondson WP, Purcell RH, Gundelfinger BF, Love JW, Ludwig W, Chanock RM. Immunization by selective infection with type 4 adenovirus grown in human diploid tissue culture. II. Specific protective effect against epidemic disease. *JAMA.* 1966 Feb 7;195(6):453-9.
22. Baghaee R, Nourani D, Khalkhali HR, Pirnejad HA. Evaluating patient safety culture in personnel of Academic Hospitals in Urmia University of Medical Sciences in 2011. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2012;10(2):155-64.
23. Van Geest JB, Cummins DS. Chicago, An educational needs assessment for improving patient safety: results of a national study of physicians and nurses. National Patient Safety Foundation; 2003, No.: 3.
24. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research.* 2011;11(1):45.

Acquaintance of Kerman Hospitals' Staff about Patient Safety Culture

Maryam Saber¹, Hadi Tehrani², Marzieh Hasani Kabootarkhani³, Monireh Ghorban Sabagh³, Mahboobeh Bagheri⁴

Abstract

Background: Hospitals are one of the most important health care institutions that should provide a safe environment for their patients. This study was conducted on hospital staff in Kerman to evaluate their culture in regard to patient safety.

Methods: In this cross - sectional study, data were collected from 439 hospital staff affiliated to Kerman University of Medical Sciences through using "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSOPSC) questionnaire. Data were analyzed by SPSS16 software and using descriptive (mean and standard deviation) and analytical (t-test and ANOVA) statistics at a significance level of $P < 0.05$.

Results: The dimension of "Management support for patient safety", with an average positive response of 72.20% received the highest and the dimension of "Non punitive response to error" with an average positive response of 56.30% received the lowest scores. Subjects aged over 35 had a better overall understanding of patient safety than those younger than 35 years. The overall perception of patient safety showed no significant difference between men and women who participated in the study.

Conclusion: Attention to patient safety culture by health care providers, especially managers is essential, but has not been enough. Therefore, it is recommended to implement rewarding systems and to hold comprehensive educational programs about patient safety culture for hospital staff in order to improve the quality of health care services.

Keywords: Patient safety culture, Health care providers, Hospital

1- PhD Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- PhD, Department of Health and Management, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- MSc Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4- BSc, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Hadi Tehrani **Email:** h_tehrani@tums.ac.ir

Address: School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Tel/Fax: 05138515115