

بررسی ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران از دیدگاه پرستاران شهر همدان

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

تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۱۱

چکیده:

زمینه و هدف: فرهنگ ارائه دهندگان 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 ارزش ها، عقاید، ادراک ها و گرایش های رایج کارمندان مراکز خدمات بهداشتی نسبت به ایمنی بیماران توصیف می گردد که در رفتار آنها متجلی می شود. هدف از این مطالعه بررسی ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران از دیدگاه پرستاران بیمارستان های منتخب شهر همدان می باشد.

مواد و روش ها: 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 پرسشنامه ی فرهنگ ایمنی استنفورد استفاده شد. از نرم افزار SPSS-15 و آزمون های توصیفی جهت آنالیز داده ها استفاده شد.

نتایج: وضعیت تمام ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان های مربوطه غیر قابل قبول (ضعیف) می باشد. بعد "رهبری واحد برای ایمنی" در مجموع سه بیمارستان با ۲۵/۲۱ درصد پاسخ مثبت، کمترین امتیاز مثبت و بعد "یادگیری و بازخورد" با ۴۱/۸۲ درصد پاسخ مثبت بیشترین امتیاز مثبت را کسب کردند.

نتیجه گیری: با توجه به وضعیت غیر قابل قبول فرهنگ ایمنی بیماران در تمام ابعاد آن در بیمارستان های مربوطه پیشنهاد می گردد در راستای مفاهیم فرهنگی از قبیل ایجاد "مکانیزم های حمایتی برای خانواده های بیماران" و ایجاد "فرهنگ بحث در مورد خطاها در میان پرستاران" اقدامات لازم مانند ارائه برنامه های آموزشی از جانب مدیران ارشد پرستاری لحاظ گردد.

کلید واژه ها: 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 مسئول)

babak_moeini@umsha.ac.ir تلفن: ۰۸۱۱-۰۹۰۰۸۳۸۰ فاکس: ۰۸۱۱-۰۹۰۰۸۳۸۰

^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

پس از انتشار گزارش مرکز علمی - پزشکی ایالات متحده در سال ۱۹۹۹، که به بررسی میزان شیوع خطاهای پزشکی در این کشور پرداخته بود، مفهوم ایمنی بیمار مورد توجه پژوهشگران عرصه سلامت قرار گرفت (۱). تلاش برای به دست آوردن بهبودی در ایمنی بیماران یکی از اعمال کلیدی است که در شروع قرن بیست و یکم مورد توجه سازمان های بهداشتی قرار گرفته است. بهبود ایمنی بیمار یک اولویت بین المللی 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،۳).

ایمنی بیمار به صورت پیشگیری از زیان ناشی از خطاهای رخ داده در حین انجام وظایف و خطاهای ناشی از غفلت، بیان می شود (۴). یکی از مؤلفه های اصلی کیفیت خدمات سلامت که به پیشگیری از وارد شدن هرگونه صدمه به بیمار در حین ارائه مراقبت های سلامت می پردازد، ایمنی بیمار به شمار می رود (۵). خطاهای درمانی شامل موارد بسیاری می باشد که از آن جمله می توان به تشخیص های 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، عفونت های بیمارستانی اشاره کرد (۶). در بخش سلامت نوع نگاه به خطا در مقایسه با سایر بخش های خدماتی و صنعتی متفاوت است به گونه ای که در بخش سلامت جایی برای ممکن الخطا بودن انسان در نظر گرفته نشده است ولی در بخش های صنعتی، سیستم ها به گونه ای 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 بیمارستان های ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی آمریکا (NHS^۱) دچار یک حادثه مربوط به ایمنی بیمار شده اند که تا نیمی از این حوادث می توانند پیشگیری شوند. موسسه رویال بریستول در سال ۲۰۰۱ برآورد کرده است که حدود ۲۵۰۰۰ مرگ قابل پیشگیری در هر سال به خاطر حوادث مربوط به ایمنی بیمار در NHS روی می دهد (۲).

فرهنگ ایمنی یکی از عوامل اصلی تعیین کننده ی میزان ایمنی سازمان ها می باشد (۸). فرهنگ ارائه دهندگان 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 ارزش ها، عقاید، ادراک ها و گرایش های رایج کارمندان مرکز خدمات بهداشتی نسبت به ایمنی بیماران توصیف

می گردد که در رفتار آنها متجلی می شود (۹). از ویژگی های مهم فرهنگ ایمنی می توان به وجود سیستم گزارش دهی خطاها، بهره بردن از داده های سیستم گزارش دهی در راستای بهبود فرایندها، کاهش سرزنش کردن افراد، کار تیمی، پنهان نکردن خطاها، ارتباطات مناسب بین همکاران در راستای بهبودی بیمار، مدیریت سازمان و آموزش کارکنان در مورد ایمنی بیماران اشاره کرد (۱۰). از نظر فینگ و همکاران عوامل موثر بر روی ایمنی بیماران شامل روش های مدیریتی، حمایت از رفتارها، تمرین و سیاست های صحیح، مدیریت و رهبری انعطاف پذیر و هماهنگ می باشد (۱۱).

هدف از این مطالعه بررسی ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان های منتخب شهر همدان بوده و همچنین با توجه به نتایج حاصله پیشنهادهای در رابطه با راهکارهای علمی و عملی مناسب در راستای ارتقاء فرهنگ ایمنی ارائه خواهدگردید.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع پژوهش های توصیفی - تحلیلی می باشد 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 ایمنی باعث شده است که ابزارهای زیادی در راستای ارزشیابی وضعیت فرهنگ ایمنی طراحی شود و پژوهش های زیادی انجام شود (۱۵-۱۲) این ابزارها هر کدام بر یکی از جنبه های فرهنگ ایمنی تاکید دارند. در این پژوهش به منظور بررسی وضعیت ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران از ابزار فرهنگ ایمنی بیماران استنفورد^۲ در سال ۲۰۰۹ که به نام ابزار تعدیل شده استنفورد^۳ یا پرسشنامه ارزیابی فرهنگ ایمنی بیماران در سازمان های بهداشتی^۴ (۱۶) معروف می باشد، 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 ایمنی بیماران می پردازد که این بررسی ها توسط دیدگاه کارکنان بیمارستان ها نسبت به این ابعاد مشخص می شود (۱۶). همچنین همراه با این پرسشنامه، رضایت نامه کتبی با تاکید بر شرکت داوطلبانه پرستاران در مطالعه و محرمانه 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

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 حداکثر امتیاز مثبت ۷ در نظر گرفته شده و به همین شکل برای ابعاد دیگر حداکثر 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 متناسب 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 آنهایی 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 تأیید 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)، حالت درک شده از ایمنی (شامل ۹ سوال)، شرمساری و عواقب (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 وقایع ناایمن و درک آنان در مورد اهمیت منابع مالی و انسانی، وسایل ایمنی، کمبود کارکنان، خستگی و مشکلات شخصی در ایمنی بیماران اشاره می شود. در چهارمین بعد «شرمساری و عواقب» به میزان راحتی کارکنان در مورد صحبت کردن درباره ی حادثه ی ناایمن 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 تجزیه و تحلیل حوادث ناایمن می پردازد و در نهایت در آخرین بعد فرهنگ ایمنی «یادگیری و بازخورد» به میزان بحث و تجزیه و تحلیل حادثه ی ناایمن پس از رخ دادن برای پیشگیری از آن می پردازد (۱۶).

این پرسشنامه که شامل ۴۵ سؤال می باشد، در یک مقیاس پنج گزینه ای لیکرت از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم، 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 نه موافق نه 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 ی میزان قوی بودن آن بعد از فرهنگ ایمنی بیماران و تعداد پاسخ های خنثی و منفی (امتیازهای خنثی و منفی) حاکی از میزان ضعیف بودن بعد مذکور می باشد.

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

^۱ Statistical Package for the Social Sciences

یافته ها:

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 ۳۳/۴۷ درصد بود که در میان این ابعاد، بعد "رهبری واحد برای ایمنی" در مجموع سه بیمارستان با ۲۵/۲۱ درصد پاسخ مثبت، کمترین امتیاز مثبت و بعد "یادگیری و بازخورد" با ۴۱/۸۲ درصد پاسخ مثبت بیشترین امتیاز مثبت را کسب کردند.

در این مطالعه ۸۵/۶ درصد از پرستاران زن و ۱۴/۴ درصد مرد بودند. همچنین ۷۳/۲ درصد از پرستاران سابقه کاری بین ۱ تا ۹ سال، ۱۶/۹ درصد از آنها ۱۰ تا ۱۹ سال و ۷/۲ درصد از آنها بیش از ۲۰ سال سابقه کاری و ۵۰/۵ درصد از پرستاران بین ۲۰ تا ۲۹ سال سن، ۲۹/۲ درصد از آنها بین ۳۰ تا ۳۹ سال سن و ۱۰/۳ درصد از آنها بیش از ۴۰ سال سن داشتند. ۲۲ درصد از پرستاران در بیمارستان خصوصی (بیمارستان الف) و ۷۸ درصد از آنها در دو بیمارستان آموزشی (ب و ج) مشغول به کار بوده اند.

پاسخ ها						دامنه ی امتیازات	ابعاد فرهنگ ایمنی
منفی		خنثی		مثبت			
درصد	متوسط امتیاز	درصد	متوسط امتیاز	درصد	متوسط امتیاز		
۲۵/۲۴	۲/۵۳	۳۲/۹۴	۳/۲۹	۴۱/۸۲	۴/۱۸	۱۰ تا ۰	یادگیری و بازخورد
۳۴/۵۸	۱/۷۳	۳۹/۶	۱/۹۸	۲۵/۸۲	۱/۲۹	۵ تا ۰	رفتارهای یادگیری ایمنی
۳۳/۹۲	۱/۳۷	۲۹/۶۱	۱/۱۸	۳۶/۴۷	۱/۴۵	۴ تا ۰	شرمساری و عواقب
۴۰/۶۵	۳/۶۶	۲۷/۱	۲/۴۳	۳۲/۲۵	۲/۹۱	۹ تا ۰	حالت درک شده از ایمنی
۴۱/۰۹	۲/۸۹	۳۳/۷	۲/۳۵	۲۵/۲۱	۱/۷۶	۷ تا ۰	رهبری واحد ایمنی
۲۳/۶۴	۱/۶۷	۳۷/۱	۲/۵۹	۳۹/۲۶	۲/۷۴	۷ تا ۰	رهبری سازمانی ایمنی
۳۳/۱۸	-	۳۳/۳۴	-	۳۳/۴۷	-		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 (۵۶/۲ درصد) و گزینه " بخاطر عملکرد سریع در شناسایی یک اشتباه جدی، به من پاداش داده می شود " کمترین پاسخ های مثبت را کسب کرده اند (۱۵/۵ درصد). در بعد سوم « حالت درک شده از ایمنی»: متوسط امتیاز مثبت این سه بیمارستان برابر ۳۲/۲۵ درصد می باشد و بیمارستان (الف) بیشترین پاسخ های مثبت را داشته است (۴۴ درصد). در این بعد گزینه " وقتی من خسته ام در کارم کمتر موثر هستم " بیشترین پاسخ های مثبت (۸۵/۱ درصد) و گزینه " من معتقدم که خطاهای خدمات بهداشتی- پزشکی اغلب گزارش نمی شود " کمترین پاسخ های مثبت را دریافت نموده اند (۱۲/۴ درصد).

در اولین بعد «رهبری سازمانی برای ایمنی»: متوسط امتیاز مثبت این سه بیمارستان برابر ۳۹/۲۶ درصد می باشد و در میان بیمارستان ها، بیمارستان (ب) بیشترین پاسخ های مثبت را داشته است (۵۵/۷ 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 (۶۳/۴ درصد) و گزینه " سازمان من به طور موثر نیاز به ایمنی بیماران را برطرف می سازد" کمترین پاسخ های مثبت را دریافت نموده اند (۳۷/۶ درصد).

در دومین بعد « رهبری واحد برای ایمنی»: متوسط امتیاز مثبت این سه بیمارستان برابر ۲۵/۲۱ درصد می باشد و در میان بیمارستان ها، بیمارستان (ب) بیشترین پاسخ های مثبت را داشته است (۳۶/۴ 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 دهنده ی وضعیت غیر قابل قبول و ضعیف فرهنگ ایمنی بیماران در بیمارستان های مربوطه می باشد. 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 پاسخ های مثبت در سطح متوسط گزارش شده است. در مطالعه ی 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 لائو 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 رفتارهای یادگیری ایمنی (۵۴/۱۶ درصد)، بعد یادگیری و بازخورد (۵۸/۸۶ درصد) 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 بایستی قابل توجه قرار گردد.

نتایج این مطالعه تنها در مورد بعد حالت درک شده با مطالعه ای که توسط گینسبرگ در سال ۲۰۰۸ که در ۴ سازمان بهداشتی انجام داده است همخوانی دارد به گونه ای که در مطالعه مذکور نیز این بعد ضعیف گزارش شده است (۲۱). همچنین در مطالعه ای 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 مطالعه ای 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 بیمارستان ها و مراکز درمانی است و عدم وجود یک فرهنگ ایمنی قوی در بیمارستان بدین معنی است که ایمنی بیمار در بیمارستان دچار مشکل است. درحال حاضر بسیاری از سازمان های بهداشتی

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

در پنجمین بعد « رفتارهای یادگیری ایمنی»: متوسط امتیاز مثبت این سه بیمارستان برابر ۲۵/۸۲ درصد می باشد و بیمارستان (الف) بیشترین پاسخ های 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 کتاب های ارتباطی - از طریق ایمیل - در حین خدمت - بحث گروهی و یا در چندین زمان به همه ی کارکنان در مورد آن گوشزد می شود)" بیشترین پاسخ های مثبت (۴۴/۸ درصد) و گزینه " در حوادث بزرگ یک فرایند و مسیر رسمی برای جلوگیری از وارد آمدن فشار به بیماران یا خانواده ی آنان وجود دارد و شامل مکانیزم های حمایتی برای بیماران و خانواده و فراهم آوردن خدمات است. " کمترین پاسخ های 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 می باشد و بیمارستان (ب) بیشترین پاسخ های مثبت را داشته است (۵۶/۴ درصد). به طور کلی در این بعد نیز گزینه " در این واحد وقتی حادثه ای اتفاق می افتد ما در مورد اینکه چگونه این حادثه ایجاد شده و همچنین چگونه می توان از حوادث مشابه آن در آینده جلوگیری کرد فکر می کنیم " بیشترین پاسخ های مثبت (۷۳/۷ درصد) و گزینه " در این واحد بحث در مورد خطاها مشکل است " کمترین پاسخ های مثبت را کسب کرده اند (۳۲/۵ درصد).

بحث و نتیجه گیری:

بررسی فرهنگ ایمنی بیماران به سازمان کمک می کند تا بتواند در راستای ارائه برنامه هایی آموزشی، استراتژی های خود را مشخص کند (۱۹). در مطالعه حاضر ابعاد فرهنگ ایمنی که جنبه هایی از جمله رهبری و یادگیری از حوادث نایمن را شامل می شود 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 مطالعه ی حاضر مشخص شد وجود آموزش در خصوص ایمنی بیمار از عوامل مهم در خصوص ارتقاء فرهنگ ایمنی می باشد. برای آموزش دادن پرستاران، طبق سیاست های مداخله ای پیشنهاد شده توسط طراحان پرسشنامه (۲۲-۲۰)، می توان از بیمارستان هایی که در بعد خاصی از نظر ایمنی قابل قبول هستند در راستای بهبود این بعد در بیمارستان هایی که از لحاظ این بعد قابل قبول نیستند بهره جست به عنوان مثال با توجه به نتایج این مطالعه می توان در برنامه های آموزشی، برای بهبود سطح بعد رهبری سازمانی و بعد یادگیری و بازخورد در بیمارستان های الف و ج از پرستاران بیمارستان ب که درصد قابل قبولی برای این بعد را کسب کرده اند، استفاده نمود.

تغییر دادن یک سازمان در راستای بهبود وضعیت فرهنگ ایمنی بیماران، نیاز به تحولی بزرگ دارد. به این مفهوم که همراه با تغییر ارزش ها، 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 سیاستگذاران 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 پایه های 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، نویسندگان را یاری کردند سپاسگزاری می شود.

جهان در زمینه کیفیت خدمات درمانی، ایمنی بیمار و اعتبار بخشی بر اهمیت خلق فرهنگ ایمنی در سازمان ها در جهت ارتقای ایمنی بیمار تأکید می نمایند. ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان ها 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 واحد های کاری ضعیف می باشد به گونه ای 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 بخش ها 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 فرایندهای 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 رفتار های یادگیری ایمن، در حوادث بزرگ یک فرایند و مسیر رسمی برای حمایت بیماران و خانواده های آنها به صورت مطلوب وجود ندارد که به نظر می رسد بایستی در خصوص ایجاد این مکانیزم های 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 سازمان های ارائه دهنده خدمات لحاظ گردد.

نتایج بعد یادگیری و بازخورد مشخص نمود که در میان پرستاران بحث کردن در مورد خطاها 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 خطاها 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, Haghighi 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/Generic_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.mbips.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/cpsiResearchCompetitions/2005/Documents/Ginsburg/Ginsburg%20Full%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 hoaspirals. *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. Pronovest 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