

## ارزیابی نقطه نظرات پرستاران در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستانهای

شهرستان آمل در سال ۱۳۹۱

سقراط فقیه زاده<sup>۱</sup>، نیما معتمد<sup>۲</sup>، علیرضا شغلی<sup>۳</sup>، محسن آسوری<sup>۴</sup>، محبوبه صفاییان آملی<sup>۵</sup>

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی nima.motamed@zums.ac.ir

دریافت: ۹۲/۰۹/۱۷ پذیرش: ۹۳/۰۷/۱۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** توجه به ایمنی بیمار از مهمترین شاخص‌های مدیریت بیمارستانی است به طوری که نادیده گرفتن آن می‌تواند با افزایش مرگ و میر بیماران بر اثر خطاهای پزشکی همراه شود. مطالعات متعدد نشان می‌دهند که یک ارتباط مثبت بین فرهنگ ایمنی بیمار و کاهش خطاهای پزشکی و همچنین بهبود پیامدها در مراقبت سلامت وجود دارد. این پژوهش برای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های شهرستان آمل صورت گرفته است. **روش بررسی:** این مطالعه یک مطالعه توصیفی است که در آن ۵۳۰ نفر از پرستاران در سال ۱۳۹۱ در ۳ بیمارستان در شهر آمل مورد پرسش قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه پیمایش بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار (HSPSCQ) بود که ۱۲ بعد از فرهنگ ایمنی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در میان ابعاد دوازده گانه فرهنگ ایمنی بیمار، کارکنان نسبت به مناسب بودن وضعیت کادر، دفعات گزارش حوادث و سیاست غیر تنبیهی در بیمارستان به ترتیب با درصد‌های ۲۲، ۲۵ و ۳۳ درصد، توافق کمتری داشتند.

**نتیجه‌گیری:** فراهم نمودن کادر کافی و ساعات کاری مناسب برای ارائه مراقبت سلامت، نهادینه کردن فرهنگ گزارش‌دهی خطا به صورت داوطلبانه و در پیش گرفتن سیاست غیر تنبیهی در بیمارستان‌ها می‌تواند به ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار کمک نماید.

**واژگان کلیدی:** فرهنگ، ایمنی بیمار، پرستاران، بیمارستان‌ها، ایران

### مقدمه

اعتماد برای برآورد خطاها کار آسانی نیست ولی هم اکنون در یک توافق عمومی میزان آسیب‌های ناشی از مراقبت‌های بیماران بستری در بیمارستان تقریباً ۱۰ درصد برآورد شده است که نیمی از آن قابل پیشگیری است (۳).

ایمنی بیمار به ضرورت‌های طراحی شده برای پیشگیری از پیامدهای ناشی از خطاهای پزشکی اشاره دارد. ارتقای ایمنی بیمار به سه فعالیت مهم بستگی دارد: پیشگیری از خطا، قابل رویت کردن خطا و تخفیف اثرات ناشی از خطا (۴).

جهت درک درست از ایمنی بیمار، توجه به فرهنگ ایمنی

توجه به ایمنی بیمار از مهمترین شاخص‌های مدیریت بیمارستانی است که نادیده گرفتن آن می‌تواند با افزایش مرگ و میر بیماران منجر شود، به طوری که بر اساس گزارش موسسه پزشکی آمریکا ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ مرگ در سال در ایالات متحده آمریکا به علت خطاهای پزشکی رخ می‌دهد (۱). مطالعه‌ای در کانادا نشان داد که حوادث جانبی در ۷/۵ درصد از بیماران بستری در بیمارستان رخ داده بود که ۳۷ درصد از آن قابل پیشگیری بود (۲). اگر چه تخمین قابل

۱- دکترای آمار زیستی، استاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۳- دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۴- پزشک عمومی، دانشجوی دکترای زیست فن آوری، انستیتو پاستور

۵- پزشک عمومی، پزشک خانواده، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

quality) در آمریکا تهیه شد (۱۶). خواص روانسنجی این پرسشنامه در چندین کشور از جمله ایران مورد بررسی قرار گرفته است (۱۷-۲۱).

همچنین در مطالعه‌ای پایلوت از مطالعه حاضر، اعتبار صوری پرسشنامه به لحاظ مفهوم بودن سؤالات و احترام آمیز بودن بر روی ۳۰ نمونه بررسی گردید. در این مطالعه پایلوت، پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از آزمون مجدد مورد ارزیابی قرار گرفت که ضریب همبستگی همه آیت‌های پرسشنامه بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ متغیر بود. همگونی داخلی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که آلفای کل پرسشنامه ۰/۸۹ و ابعاد آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۲ متغیر بود که نشان می‌دهد پرسشنامه از همگونی داخلی مناسبی برخوردار بوده است.

پرستاران شاغل در سه بیمارستان شهرستان آمل در مقطع زمانی مهر و آبان ۱۳۹۱ که ۵۳۰ نفر بودند وارد مطالعه شدند. برای افزایش میزان پاسخدهی، پرسشنامه‌ها توسط سه فرد آموزش دیده توزیع و برای تک تک افرادی که پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفت، مقدمه‌ای کوتاه درباره هدف مطالعه بیان شد. همچنین به آنها تأکید گردید که تکمیل پرسشنامه بیش از ۱۵ دقیقه وقت نخواهد گرفت. به پاسخ دهندگان اطمینان داده شد که این پیمایش صرفاً یک کار تحقیقاتی بوده و اطلاعات داده شده محرمانه خواهد ماند. برای افزایش اعتماد، نام و نام خانوادگی بر روی برگه‌های پرسشنامه درج نشد. پرسشنامه‌ها بعد از ۳۰ دقیقه یا در مواردی با هماهنگی کارمند مربوطه، دیرتر ولی در همان روز جمع‌آوری گردید.

لازم به ذکر است پرسشنامه HSPSCQ، فرهنگ ایمنی را در سطح واحد کاری یا بخش در بیمارستان و نیز موضوعات مربوط به پیامدها با جزئیات زیر مورد پیمایش قرار می‌دهد:

۱- در سطح واحد یا بخش شامل: انتظارات سوپروایزر/مدیریت و اعمالی که ایمنی را ارتقاء می‌دهند، یادگیری در سازمان و ارتقای مداوم، کار تیمی در داخل بخش‌ها، ارتباط و

بیمار کلیدی است. فرهنگ ایمنی بیمار ارزشها، باورها و هنجارهای مدیریت و کارکنان سازمان‌های مراقبت سلامت نسبت به آنچه که در یک سازمان مراقبت سلامت اهمیت دارد است، از جمله: انتظارات از اعضای سازمان، نگرش‌ها در رابطه با اعمال مناسب یا نامناسب، فرایندها و سازوکارهای قابل تشویق یا سرزنش در رابطه با ایمنی بیمار (۵). مطالعات اخیر که فرهنگ ایمنی را در انواع سازمان‌های مراقبت سلامت بررسی کردند، فرهنگ ایمنی در بیمارستان را با ایمنی بیمار مرتبط دانستند (۶).

تعهد مدیریت به ایمنی بیمار (۷)، توجه به بار کاری (۸،۹)، گزارش حوادث (۱۰)، کار تیمی (۱۱)، سیاست غیر تنبیهی (۱۲،۱۳)، فضای باز در سازمان (۱۲) و تبادل اطلاعات و باز خورد‌های مناسب (۱۲) ابعاد ایمنی بیمار در سازمان‌های مراقبت سلامت می‌باشند که با ایمنی بیمار رابطه‌ای مثبت دارند.

ارزیابی فرهنگ ایمنی، اولین مرحله برای حرکت به سمت بنای چنین فرهنگی است (۱۴). از آنجا که مطالعات متعدد نشان می‌دهند که یک ارتباط مثبت بین فرهنگ ایمنی و کاهش خطاهای پزشکی و همچنین بهبود پیامدها در مراقبت سلامت وجود دارد (۱۵)، به منظور ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستانهای دانشگاهی شهرستان آمل طراحی و اجرا گردید.

### روش بررسی

مطالعه حاضر به صورت توصیفی بر روی ۵۳۰ نفر از پرستاران ۳ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران در شهرستان آمل، با استفاده از پرسشنامه پیمایش بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار (HSPSCQ: hospital survey on patient safety culture questionnaire) ترتیب داده شد. این پرسشنامه توسط آژانس کیفیت مراقبت سلامت و پژوهش (AHRQ: Agency of health care and research )

یعنی کارکنان کافی برای مدیریت بار کاری و ساعات کاری زیاد وجود داشته به طوری که بهترین مراقبت‌ها برای بیماران فراهم می‌شود. "حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار" بر این نکته تأکید می‌کند که مدیریت بیمارستان یک فضای کاری مطلوب جهت پیشبرد ایمنی بیمار فراهم کرده و نشان می‌دهد که ایمنی بیمار برای او در راس اولویت‌ها است. "کار تیمی بین بخش‌های بیمارستانی" بیانگر آن است که بخش‌های بیمارستانی با یکدیگر هماهنگ بوده و همکاری می‌کنند تا بهترین مراقبت‌ها را برای بیماران فراهم نمایند. منظور از "تحویل بیمار و نقل و انتقال بیمارستانی" این است که اطلاعات مهم مرتبط با مراقبت بیماران، در هنگام تغییر شیفت کارکنان و جابجایی بیماران در بین بخش‌های بیمارستانی، منتقل می‌شوند. "دفعات گزارش حوادث" یعنی اشتباهات در صورت وقوع حداقل به صورت یکی از اشکال زیر گزارش می‌شوند: ۱- اشتباهاتی که قبل از آسیب به بیمار تشخیص داده شده و تصحیح می‌شوند، ۲- اشتباهات بدون قابلیت آسیب به بیمار و ۳- اشتباهاتی که می‌توانستند به بیمار آسیب برسانند ولی نرسانده‌اند.

امتیازدهی آیت‌های مربوط به هر سؤال به ۵ درجه (از ۱ تا ۵ امتیاز) با استفاده از طیف لیکرت انجام شد. این گزینه‌ها شامل کاملاً مخالف (بارم ۱)، مخالف (بارم ۲)، نه مخالف نه موافق (بارم ۳)، موافق (بارم ۴) و کاملاً موافق (بارم ۵) می‌باشد. در هنگام تحلیل، گزینه‌های موافق و کاملاً موافق در هم ادغام و تحت عنوان پاسخ‌های مثبت و گزینه‌های مخالف و کاملاً مخالف ادغام و تحت عنوان پاسخ‌های منفی اسم‌گذاری شد. از پرسشنامه‌های تکمیل شده، موارد زیر از مطالعه خارج شدند:

۱- پاسخ‌های یکسان به همه سؤالات

۲- عدم تکمیل بیش از ۵۰ درصد آیت‌های پرسشنامه در هر یک از قسمت‌های بخش، سرپرست بخش، ارتباط و تبادل

تبادل اطلاعات به صورت باز، فیدبک و تبادل اطلاعات درباره خطا، سیاست غیرتنبیهی نسبت به خطا، سؤالات مربوط به کادر

۲- در سطح بیمارستان شامل: حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار، کار تیمی بین بخش‌های بیمارستانی، تحویل بیمار و نقل و انتقال بیمارستانی

۳- در سطح پیامدها شامل: دیدگاه‌های کلی در زمینه ایمنی بیمار، فراوانی گزارش حادثه، درجه‌بندی بخش‌های بیمارستانی از لحاظ ایمنی، تعداد حوادث گزارش شده.

منظور از "انتظارات مدیریتی و عملکردهای ارتقاء دهنده ایمنی بیمار" این است که سوپروایزرها و مدیران، پیشنهادات کارکنان را برای بهبود ایمنی بیمار در نظر گرفته و کارکنان را برای پیگیری ایمنی بیمار تشویق نموده و از مشکلات ایمنی بیمار چشم پوشی نمی‌کنند. "یادگیری سازمانی و ارتقای مداوم" یعنی اشتباهات (به واسطه درس‌گیری از خطا) منجر به تغییرات مثبت شده و تغییرات اعمال شده نیز از نظر میزان اثر بخشی ارزشیابی می‌شوند. "کار تیمی داخل بخش‌های بیمارستانی" به معنی آن است که کارکنان از یکدیگر حمایت کرده، با یکدیگر با احترام برخورد نموده و به صورت یک تیم کار می‌کنند. منظور از "ارتباط و تبادل اطلاعات به صورت باز" این است که کارکنان می‌توانند آزادانه در رابطه با مواردی که می‌تواند تأثیر منفی بر پیامد بیمار داشته باشد، صحبت کرده و حتی اقدامات مافوق را زیر سؤال ببرند. "فیدبک و تبادل اطلاعات درباره خطا" بر این نکته تأکید دارد که کارکنان در رابطه با خطاهای اتفاق افتاده اطلاع‌رسانی شده، تغییرات اعمال شده به آنها بازخورد داده شده و شیوه‌های پیشگیری از خطا به بحث گذاشته می‌شود. "سیاست غیر تنبیهی نسبت به خطا" بیانگر آن است که اشتباهات کارکنان و حوادث گزارش شده توسط آنها، بر علیه خودشان به کار گرفته نشده و در پرونده پرسنلی آنها ثبت نمی‌شود. "کادر"

اطلاعات، فراوانی گزارش حوادث و بیمارستان.

داده‌های به دست آمده، جهت تحلیل آماری وارد نرم افزار ۱۶ SPSS شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. درصد پاسخ‌های مثبت به هر یک از آیتم‌ها تعیین شده و سپس متوسط درصد پاسخ‌های مثبت برای هر یک از ابعاد دوازده‌گانه پرسشنامه محاسبه شد. فراوانی‌ها در قالب جدول گزارش گردید. میانگین نمرات ابعاد دوازده‌گانه به همراه فاصله اطمینان آنها محاسبه شد. از آزمون اسمیرنوف کولموگروف جهت بررسی پیروی توزیع داده‌ها از توزیع نرمال استفاده شد که این آزمون معنی‌دار نشد و در نتیجه از آزمون‌های پارامتری جهت مقایسه میانگین‌های گروه‌های مختلف استفاده گردید.

میانگین نمرات ابعاد ۱۲ گانه بر حسب موقعیت‌های شغلی محاسبه و با استفاده از آنالیز واریانس یک طرفه، تفاوت آنها با یکدیگر مقایسه شد و در صورت معنی‌دار شدن این آزمون، جهت یافتن تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها (به صورت دو به دو) از POSTHOC (آزمون توکی) استفاده شد. ضمناً میانگین نمرات کل کسب شده از ۴۲ سؤال پرسشنامه بر حسب سابقه کار در بخش، بیمارستان و حرفه مربوطه و همچنین ساعات کار در هفته محاسبه و با استفاده از آنالیز واریانس یک طرفه مقایسه شدند. سطح معنی‌داری برای تحلیل‌های مبتنی بر آمار استنباطی، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میزان پاسخ‌دهی مطالعه ۸۱ درصد بود. از مجموع ۴۳۱ شرکت کننده در مطالعه بهیاران ۴۷ (۱۰/۹ درصد)، پرستاران ۳۶۴ (۸۴/۴ درصد) و سوپروایزرها ۲۰ (۵/۵ درصد) نفر بودند. ۱۶ نفر (۱۴/۱ درصد) سابقه کار زیر یکسال، ۱۲۴ نفر (۲۸/۷ درصد) ۱ تا ۵ سال، ۱۲۵ نفر (۲۹ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۵۷ نفر (۱۳/۲ درصد) ۱۱ تا ۱۵ سال، ۳۶ نفر (۸/۳ درصد) ۱۶ تا ۲۰ سال و در نهایت ۲۸ نفر (۶/۴ درصد) بالای ۲۰ سال

داشتند. به هم چنین ۹۴ نفر (۲۱/۸ درصد)، ۲۰۲ نفر (۴۶/۹ درصد)، ۸۵ نفر (۱۹/۷ درصد)، ۳۵ نفر (۸/۱ درصد)، ۶ نفر (۱/۴ درصد) و ۹ نفر (۲/۱ درصد) به ترتیب سابقه کار از زیر یکسال تا بالای ۲۰ سال در بخش فعلی محل کار خود داشتند.

درصد کلی پاسخ‌های مثبت (برداشت کارکنان از نظر میزان مناسب بودن وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستانی که مشغول به کار می‌باشند) به همه ابعاد ۴۹ درصد به دست آمد. درصد پاسخ‌های مثبت بر حسب ابعاد دوازده گانه به شرح زیر می‌باشد:

کمترین پاسخ‌های موافق مربوط به مناسب بودن وضعیت کادر (۲۲ درصد)، وضعیت سیاست غیر تنبیهی نسبت به خطا (۲۵ درصد) و وضعیت دفعات گزارش حوادث (۳۳ درصد) بود. سایر نتایج در جدول ۱ آمده است.

در تحلیل واریانس صورت گرفته، تفاوت میانگین کل نمرات (همه آیتم‌های پرسشنامه) در بین سه گروه پرستاران (۳۶۴ نفر)، سوپروایزرها (۲۰ نفر) و بهیاران (۴۷ نفر) معنی‌دار گردید ( $F=۶/۳۵$ ,  $P\ value=۰/۰۰۲$ ). در post hoc تفاوت میانگین کل نمرات بین گروه‌های پرستاران و بهیاران از لحاظ آماری معنی‌دار شد ( $P\ value=۰/۰۰۴$ ). میانگین کل نمرات (و انحراف معیار) برای پرستاران، سوپروایزرها و بهیاران به ترتیب (۲/۲۲(۰/۲۵)، ۲/۱۱(۰/۳۰) و ۲/۰۸(۰/۲۶) بدست آمد. همچنین برای مقایسه میانگین نمرات کسب شده از ابعاد دوازده گانه در بین سه گروه پرستاران، سوپروایزرها و بهیاران از تحلیل واریانس استفاده شد. تفاوت در بین سه گروه فقط در ابعاد "حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار" و "تحویل بیمار و نقل و انتقالات بیمارستانی" معنی‌دار شد. برای بعد "حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار"، پایین‌ترین امتیاز از آن بهیاران (با میانگین و انحراف معیار  $۱/۸۹\pm ۰/۷۲$ ) و بالاترین امتیاز متعلق به پرستاران (با میانگین و انحراف معیار  $۲/۲۰\pm ۰/۶۳$ ) بود و برای بعد "تحویل بیمار و

کار در بخش، بیمارستان و حرفه مربوطه و همچنین ساعات کار در هفته آنالیز واریانس انجام شد که در این میان، تفاوت در میانگین نمرات، تنها در بین افرادی که سوابق کاری متفاوتی در بخش داشتند، معنی دار گردید. به عنوان مثال افرادی که ۲۰ سال در یک بخش سابقه کاری داشتند در مقایسه با افرادی که ۱ سال سابقه کاری داشتند دیدگاه‌هایشان مثبت تر بود. ( $F=3/677$  P value= $0/006$ ).

نقل و انتقالات بیمارستانی" نیز پایین‌ترین امتیاز متعلق به بهاران (با میانگین و انحراف معیار  $1/92 \pm 0/56$ ) و بالاترین امتیاز از آن پرستاران (با میانگین و انحراف معیار  $2/21 \pm 0/58$ ) بوده است. میانگین نمرات برای هر یک از ابعاد دوازده‌گانه به همراه انحراف معیار در جدول ۱ آمده است. همچنین جهت بررسی تفاوت میانگین کل نمرات تخصیص یافته به فرهنگ ایمنی بیمار بر حسب متغیرهای میزان سابقه

جدول ۱: در صد پاسخ‌های موافق، میانگین و انحراف معیار نمرات تخصیص یافته به ابعاد دوازده‌گانه فرهنگ ایمنی بیمار

ابعاد ایمنی بیمار	درصد پاسخ‌های موافق	(انحراف معیار) میانگین
کار تیمی داخل بخش‌های بیمارستانی	۵۸/۲۵	۲/۳۶(۰/۵۱)
انتظارات مدیریتی و عملکردهای ارتقا دهنده ایمنی بیمار	۷۰	۲/۵۷(۰/۴۶)
حمایت مدیریت بیمارستان از موضوع ایمنی بیمار	۴۴/۳۳	۲/۱۶(۰/۶۲)
یادگیری سازمانی و ارتقای مداوم	۷۳	۲/۶۱(۰/۴۵)
دیدگاه‌های عمومی ایمنی بیمار	۶۰	۲/۳۸(۰/۵۲)
فیدبک و تبادل اطلاعات درباره خطا	۶۸/۳۳	۲/۵۹(۰/۴۹)
ارتباط باز	۳۵/۶۶	۱/۹۴(۰/۵۹)
دفعات گزارش حوادث	۳۳/۳۳	۱/۹۳(۰/۷۲)
کار تیمی بین بخش‌های بیمارستانی	۴۴/۷۵	۲/۲۰(۰/۴۵)
نیروی انسانی	۲۲	۱/۵۶(۰/۴۴)
تحويل بیمار و نقل و انتقالات بیمارستانی	۵۲	۲/۲۸(۰/۶۰)
سیاست غیر تنبیهی نسبت به خطا	۲۴/۶۷	۱/۶۳(۰/۶۳)
کل ابعاد	۴۹	۲/۱۸(۰/۲۴)

### بحث و نتیجه گیری

ناشی از نهادینه نشدن مفاهیم ایمنی بیمار در نظام مراقبت سلامت در کشور تلقی گردد، بلکه به علت نا آشنایی اکثریت کارکنان و مدیران با این مفاهیم باشد. در مطالعه حاضر در میان ابعاد دوازده‌گانه مورد بررسی، کمترین پاسخ مثبت مربوط به بُعد کادر با ۲۲ درصد می‌باشد که در مطالعه AHRQ این میزان ۵۵ درصد و در مطالعه تایوان ۳۹ درصد بود (۲۲). در مطالعه تایوان نیز این بعد کادر پایین‌ترین پاسخ مثبت را دریافت کرده است. در مطالعه AHRQ، بعد کادر جزء ۳ تا از ابعادی بود که

درصد کلی پاسخ‌های مثبت به دست آمده برای همه ابعاد از این مطالعه ۴۹ درصد بود که از پاسخ‌های مثبت مطالعه آژانس کیفیت مراقبت سلامت و پژوهش (AHRQ) در کشور آمریکا با ۶۱ درصد و مطالعه صورت گرفته در تایوان با ۶۴ درصد کمتر بود (۲۲). یافته‌ای مشابه توسط هلینگس (Hellings) و همکاران گزارش شد (۱۳). نتایج نشان می‌دهد که کارکنان بیمارستان در مطالعه حاضر نسبت به ۲ مطالعه دیگر احساس منفی‌تری نسبت به جو ایمنی دارند. این امر می‌تواند نه تنها

بُعدِ "دفعات گزارش حوادث" فقط ۳۳ درصد پاسخ مثبت را به خود اختصاص داد که از پاسخ‌های مثبت در مطالعات AHRQ و تایوان (که به ترتیب ۵۹ و ۵۷ درصد می‌باشد) پایین‌تر است (۲۲). بسیاری از علل عدم گزارش خطا می‌تواند ناشی از ترس، پاسخ تنبیهی نسبت به خطا و احساس حقارت در صورت رخداد خطا باشد. گزارش داوطلبانه حوادث به سیاست‌های غیر تنبیهی بر می‌گردد. اگر سیاست‌های غیر تنبیهی در نظام مراقبت سلامت از جمله بیمارستان‌ها نهادینه نشود، فراوانی گزارش حوادث همچنان پایین خواهد بود.

بُعدِ "ارتباط و تبادل اطلاعات به صورتی باز" در مطالعه حاضر ۳۶ درصد پاسخ مثبت را به خود اختصاص داد که این میزان در مطالعات آمریکا و تایوان به ترتیب ۶۱ و ۵۸ درصد به دست آمد (۲۲). این میزان پاسخ مثبت نشان می‌دهد که نسبت به بُعد "ارتباط باز" در این مطالعه، نگرش منفی‌تری نسبت به ۲ مطالعه دیگر وجود دارد. این امر می‌تواند به نظام سلسله مراتبی بالا به پایین حاکم بر سازمان‌های مراقبت سلامت ما مرتبط باشد.

بُعدِ "حمایت مدیریت بیمارستان از موضوع ایمنی بیمار" از جمله مواردی است که با دریافت ۴۴ درصد پاسخ مثبت، جزء کمترین دریافت‌کننده‌های پاسخ مثبت در بین ابعاد دوازده‌گانه بود. این میزان در دو مطالعه AHRQ و تایوان به ترتیب ۶۹ و ۶۲ درصد به دست آمد. مدیران سیستم سلامت به مفاهیم و مصادیق ایمنی بیمار در سازمان‌های مراقبت سلامت نا آشنا هستند. مفاهیم مربوط به ایمنی بیمار، ۳ دهه است که در کشورهای توسعه یافته مطرح می‌باشد و از دهه پیش و بعد از گزارش موسسه پزشکی آمریکا با شدت بیشتری پیگیری می‌شود. متأسفانه در کشور ما این موضوع مورد غفلت قرار گرفته است اگر چه اخیراً بخصوص بعد از مطرح شدن مباحث مربوط به حاکمیت بالینی، به این موضوع توجهاتی شده است. برای این که یک برنامه ایمنی بیمار موفقیت آمیز باشد، به رهبری قوی نیاز است. برای بنای یک فرهنگ ایمنی

کمترین پاسخ مثبت را دریافت کردند. در مطالعه‌ای مشابه در کشور چین نیز بعد کادر با ۴۵ درصد پاسخ مثبت کمترین پاسخ مثبت را در میان ابعاد دوازده‌گانه ایمنی بیمار دریافت کرده بود (۲۳).

نیروی کار بدون شک مهمترین ورودی برای سیستم‌های سلامت می‌باشد که می‌تواند تأثیر زیادی بر عملکرد کلی سیستم داشته باشد. بار کاری کارکنان بالینی در سازمان‌هایی که تعداد نیروهای آنها کم است، زیاد می‌باشد و این موضوع می‌تواند منجر به بی‌خوابی، خستگی مفرط و به دنبال آن منجر به خطای عملکردی و کیفیت نامناسب خدمات ارائه شده گردد (۸). به عنوان مثال بار کاری زیاد در بین کارکنان بخش‌های مراقبت ویژه سبب افزایش عفونت‌های بیمارستانی می‌شود (۹).

میزان پاسخ مثبت به بُعد سیاست غیر تنبیهی نسبت به خطا در مطالعه حاضر برابر ۲۵ درصد بود. داده‌های مطالعه AHRQ و تایوان در این بُعد، به ترتیب با ۴۳ و ۴۵ درصد کمترین پاسخ‌های مثبت را در میان ابعاد دوازده‌گانه نشان داده‌اند (۲۲). در بیمارستان‌های مختلف و دیگر سازمان‌های مراقبت سلامت، کارکنان نگران سیاست‌های تنبیهی می‌باشند (۲۴). این امر می‌تواند به اندیشه غالب در سازمان‌های مراقبت سلامت (خصوصاً در بین مدیران) برگردد که هنوز در مواجهه با خطا در اولین مرحله به دنبال مقصر انسانی گشته و به عنوان آسان‌ترین گزینه به تنبیه گناهکار پرداخته می‌شود، بدون این که به علل ریشه‌ای خطا و برخورد سیستمیک با آن توجه شود. شاید بتوان گفت چالش عمده در سازمان‌های مراقبت سلامت، تغییر محیط سرزنش به سمت یادگیری و ارتقای مداوم می‌باشد. تحلیل علت ریشه‌ای خطاها نشان می‌دهد که اکثر خطاهای رخ داده ریشه در عوامل پنهانی دارد که به چشم نمی‌آید. رویکرد سیستمی در مواجهه با خطا در سازمان‌های با قابلیت اعتماد بالا، با بنای یک فرهنگ ایمنی مثبت، مدیران این‌گونه سازمان‌ها را از برخورد تنبیهی باز می‌دارد (۲۵).

مداخلات موثر در راستای آن ضمن پیشبرد یادگیری موثرتر سازمانی، می‌تواند از طریق باز طراحی سیستمهای گزارش خطا، تحلیل علت ریشه‌ای موثرتر حوادث رخ داده در مراقبت سلامت و همچنین پیش‌بینی استراتژی‌های مداخله‌ای در جهت ارتقای ایمنی و تهیه ابزارهای اندازه‌گیری برای ارزیابی خط و مشی‌ها و مداخلات به خدمت گرفته شوند (۱۰، ۱۱، ۲۷).

در پایان بر این نکته تأکید می‌شود که آموزش مفاهیم مربوط به ایمنی بیمار در سطح بیمارستان‌ها نیاز به کوشش و سرمایه‌گذاری زیادی دارد، چون یادگیری کارکنان بیمارستان‌ها به علت نقایص موجود در فرهنگ محیط‌های یادگیری (جایی که در آن می‌آموزیم، آموزش می‌دهیم و قصد داریم فرهنگی نو متناسب با ایمنی در آن بنا کنیم) به درستی به پیش برده نمی‌شود (۲۸). همچنین درس‌گیری از صنایع پرخطر و استفاده از تجارب آنها می‌تواند در بنای فرهنگ ایمنی در سازمان‌های مراقبت سلامت، مؤثر باشد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه خود گزارش بودن پرسشنامه می‌باشد که می‌تواند سبب سوگرایی پذیرش اجتماعی شود. اگر چه برای مقابله با این محدودیت، پرسشنامه بدون نام در اختیار شرکت کنندگان در مطالعه قرار گرفت ولی درجاتی از این نوع سوگرایی در این نوع مطالعات همچنان باقی خواهد ماند. محدودیت دیگر مطالعه تعداد بیمارستان‌هایی است که وارد مطالعه شدند که می‌تواند تعمیم‌پذیری مطالعه را دچار خدشه کند.

نتایج مطالعه اخیر نشان داد که کارکنان توافق کمتری نسبت به مناسب بودن وضعیت کادر، سیاست غیر تنبیهی، تعداد حوادث گزارش شده، حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار و کار تیمی بین بخش‌های بیمارستانی از ابعاد فرهنگ ایمنی داشتند. در نتیجه برای ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در کشور بایستی دیدگاه‌های کارکنان نسبت به موضوع ایمنی بیمار تغییر کند. بر آموزش مفاهیم ایمنی بیمار تأکید شود. بایستی کادر کافی و

مثبت، نیاز است که مدیران آشکارا متعهد به ایمنی بیمار بوده و حتی به عنوان یک مدل برای ایمنی بیمار باشند (۷). مدیران ارشد تنها کسانی هستند که می‌توانند تعهد لازم را برای حل علل سیستمی خطاهای پزشکی و آسیب به بیماران بوجود آورند. وقتی رهبری و مدیریت نسبت به فرهنگ ایمنی متعهد شوند، کل سازمان سیاست آشکارسازی خطاها را پیگیری کرده و یافتن علل ریشه‌ای خطاها جزئی از فرایند سازمان خواهد شد. به نظر می‌رسد تمرکز اصلی باید بر اورژانس، اتاق عمل و واحدهای مراقبت ویژه باشد.

اگرچه دیدگاه‌های کارکنان نسبت به "کار تیمی در داخل بخش‌های بیمارستانی" نسبتاً مثبت بود (با ۵۸ درصد پاسخ مثبت)، ولی نسبت به "کار تیمی بین بخش‌های بیمارستانی" چندان رضایت بخش نبود (با ۴۵ درصد پاسخ مثبت). سازمان‌های مراقبت سلامت به خصوص بیمارستان‌ها از جمله سازمان‌هایی می‌باشند که دیسیپلین‌های متعددی در آن درگیر بوده و برای مراقبت از بیماران نیاز است متخصصین از دیسیپلین‌های مختلف با یکدیگر همکاری و ارتباط بهتری داشته باشند تا بهترین مراقبت‌ها برای بیمار فراهم گردد (۲۶). در کل داده‌های مطالعه اخیر نشان داد که دیدگاه کارکنان نسبت به دو مطالعه دیگر در رابطه با فرهنگ ایمنی، کمتر مثبت می‌باشد. ابعاد کادر، سیاست غیر تنبیهی نسبت به خطا، دفعات گزارش حوادث، ارتباط باز و حمایت مدیریت بیمارستان از موضوع ایمنی بیمار کمترین پاسخ‌های مثبت را دریافت کردند. اگر چه دیدگاه‌ها نسبت به کادر، سیاست غیر تنبیهی در هر سه مطالعه کمتر مثبت بود ولی دیدگاه منفی در مطالعه اخیر بیشتر از ۲ مطالعه دیگر خود نمایی می‌کند.

خوشبختانه، تأکید فزاینده بر تفکر سیستم‌ها در سال‌های اخیر، به شناسایی و طبقه‌بندی عوامل تأثیرگذار بار مراقبت‌های سلامت از جمله سیستم‌های ارتباطی و تبادل اطلاعات، بار کاری، مدیریت، رهبری و نظارت، عوامل تیمی و فرهنگ ایمنی در بیمارستان کمک زیادی نمود. این طبقه‌بندی‌ها و

بیشتر با مفاهیم ایمنی بیمار آشنا شده و ایمنی بیمار را در صدر اهداف خود قرار داده و از آن در تمامی سطوح حمایت کنند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان از مدیران و کارکنان بیمارستانهای امام رضا (ع)، امام علی (ع) و هفده شهریور آمل قدردانی و تشکر می‌نمایند.

ساعات کاری مناسب برای ارائه مراقبت سلامت فراهم شود. بازنگری در تعداد پرسنل و ساعات کاری مناسب در دستور کار متولیان سلامت قرارگیرد. فرهنگ گزارش خطا در بیمارستان‌ها نهادینه شود. این امر، مستلزم ایجاد یک فرهنگ غیر تنبیهی در مواجهه با خطا و پرورش فرهنگ باز در سازمان‌های مراقبت سلامت می‌باشد. مدیران بایستی هر چه

### منابع

- 1- Kohn LT, Corrigan J M, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine; 2000:1.
- 2- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. 2004; 170(11): 1678-86.
- 3- Hutchinson A, Young TA, Cooper KL, et al. Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: results from the National Reporting and Learning System. Qual Saf Health Care. 2009; 18(1): 5-10.
- 4- Davies JM, Hébert P, Hoffman C. The Canadian Patient safety dictionary. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2003: 12. [cited Feb 10 2011]. Available at: URL: [http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient\\_safety\\_dictionary\\_e.pdf](http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/publications/patient_safety_dictionary_e.pdf)
- 5- Rockville W, Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041 September 2004. [cited Feb 20 2011]. Available at: URL: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- 6- Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O et al. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. Crit Care Med. 2007; 35(5): 1312-17.
- 7- Feng XQ, Acord L, Cheng YJ, Zeng JH, Song JP. The relationship between management safety commitment and patient safety culture. Int Nurs Rev. 2011; 58(2): 249-54.
- 8- Montgomery VL. Effect of fatigue, workload, and environment on patient safety in the pediatric intensive care unit. Pediatr Crit Care Med. 2007; 8(2 Suppl): S11-6.
- 9- Daud-Gallotti R, Costa S, Guimarães T, et al. Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU: A Prospective Study. PLoS ONE, 2012;7(12):
- 10- Leape LL. Why should we report adverse incidents?. J Eval Clin Pract. 1999; 5: 1-4.



- 11- Musson DM, Helmreich RL. Team training and resource management in health care: current issues and future directions. *Harv Health Policy Rev.* 2004; 5: 25-35.
- 12- Sorra J, Famloaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 user comparative database report. Agency for Healthcare Research and Quality; February 2012. AHRQ Publication No. 12-0017. [cited Jan 10 2013]. Available at: URL: <http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=10206>
- 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- Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Safety Sci.* 2007; 45(6): 653-67.
- 15- Mardon RE, Khanna K, Sorra J, et al. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf.* 2010; 6(4): 226–32.
- 16- Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture. [cited March 10 2013]. Available at: URL: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>.
- 17- Sorra JS, Dyer N. Multi level psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10: 199.
- 18- Hedsköld M, Pukk-Härenstam K, Berg E, et al. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13: 332.
- 19- Occelli P, Quenon JL, Kret M, et al. Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. *Int J Qual Health Care.* 2013; 25(4): 459-68.
- 20- Fujita S, Seto K, Ito S, Wu Y, Huang CC, Hasegawa T. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13: 20.
- 21- Moghri J, Arab M, Saari A A, et al. The Psychometric Properties of the Farsi Version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" In Iran's Hospitals. *Iran J Public Health.* 2012; 41(4): 80-6.
- 22- Chen IC, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Ser Res.* 2010; 10:152.
- 23- Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13: 228.
- 24- Kim J, An K, Kim MK, Yoon SH. Nurses' Perception of error reporting and patient safety culture in Korea. *West J Nurs Res.* 2007; 29(7): 827-44.
- 25- Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel CA, et al. Creating High Reliability in Health Care Organizations. *Health Serv Res.* 2006; 41(4 Pt 2): 1599-17.

- 26- Williams M, Hevelone N, Alban R.F et al. Measuring communication in the surgical ICU: better communication equals better care. *J Am Coll Surg*. 2010; 210(1): 17-22.
- 27- Runciman WB, Baker GR, Michel P, et al. The epistemology of patient safety research. *Int J Evid Based Healthc*. 2008; 6(4): 476-86.
- 28- Ginsburg LR, Tregunno D, Norton PG. Self-reported patient safety competence among new graduates in medicine, nursing and pharmacy. *BMJ Qual Saf*. 2013; 22 (2): 147-54.

Archive of SID

## *Assessment of Nurses Viewpoints on Patient Safety Culture in Amol Hospitals in Iran, 2012*

Faghihzadeh S<sup>1</sup>, Motamed N<sup>2</sup>, Shoghli AR<sup>3</sup>, Asuri M<sup>4</sup>, Safaian Amoli M<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Professor. Dept. of Biostatistics, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>2</sup>PhD. Dept. of Social Medicine, Social Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>3</sup>PhD. Dept. of Health Care Management, Social Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>4</sup>PhD. Student in Biotechnology Dept. of General Practitioner, Social Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

<sup>5</sup>General Practitioner, Family Physician, Social Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

**Corresponding Author:** Dept. of Social Medicine, Social Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

**Email:** nima.motamed@zums.ac.ir

**Received:** 8 Des 2013      **Accepted:** 2 Oct 2014

**Background and Objectives:** Patient safety is the most vital indicator of hospital management. Ignorance of the patient safety may lead to an increase in hospital mortality rates due to medical errors. Multiple studies have pointed out that there is a positive association between patient safety culture with reduction of medical errors and improvement in healthcare outcomes. This study was conducted in order to evaluate patient safety culture in hospitals of Amol city in Iran.

**Materials and Methods:** This descriptive study was carried out among 530 non-physician- healthcare staff selected from three hospitals of Amol city. The instrument of this study was Hospital Survey on Patient Safety Culture Questionnaire (HSPSCQ) the items of which measure twelve dimensions of patient safety culture. All statistical analysis was performed in the SPSS-16.

**Results:** Among twelve patient safety culture dimensions, the lowest positive responses included: dimensions of staffing (22%), non-punitive policy concerning medical errors (25%), and frequency of adverse event reporting (33%).

**Conclusion:** The staffing, non-punitive policy and frequency of adverse events of patient safety culture aspects were assessed as less desired by nurses. Providing adequate staff and appropriate work hours, and developing the culture of voluntary adverse events and non-punitive policy can help to improve patient safety culture.

**Key words:** culture, patient safety, nurses, hospitals, Iran

Please cite this article as follows:

Faghihzadeh S, Motamed N, Shoghli AR, Asuri M, Safaian Amoli M. Assessment of Nurse Viewpoints on Patient Safety Culture in Amol Hospitals in Iran, 2012. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2014-2015; 4(2): 45-55.