

برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران

ژاله عبدی: * دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
محمد رضا ملکی: دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
آرزو خسروی: دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش

سال دهم شماره چهارم پاییز ۱۳۹۰ صص ۴۱۹-۴۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۲/۲۸

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۳۰ شهریور ۱۳۹۰

چکیده

ایمنی بیمار به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هر گونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های سلامت است. یکی از عواملی که نقش مؤثری در ارتقای سطح ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی - درمانی دارد، وجود فرهنگ ایمنی در این مراکز است. پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در سه بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفته است. شایان ذکر است نتایج حاصل از مطالعه در اختیار مسئولان محترم بیمارستان‌های مذکور قرار گرفته و صرفاً به منظور رعایت اخلاق پژوهش، از این بیمارستان‌ها با نام «الف»، «ب» و «ج» نام برده می‌شود.

این پژوهش، یک بررسی مقطعی بوده و داده‌های مورد نیاز، با استفاده از توزیع پرسشنامه سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان (Hospital Survey on Patient Safety Culture-HSOPSC) در میان کارکنان این سه مرکز گردآوری گردید (n=۳۱۱). این ابزار ده بعد فرهنگ ایمنی و چهار بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در سازمان را مورد سنجش قرار می‌دهد.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در هر ده بعد فرهنگ ایمنی و دو بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در حد پایین - متوسط است. در این میان، ابعاد واکنش غیرتنبیهی به خطاها (۱۷/۸ درصد) و کار تیمی بین واحدهای بیمارستان (۱۸/۲ درصد) کمترین امتیاز و بعد کار تیمی در داخل بخش / واحد (۴۷/۲ درصد) بیشترین امتیاز را به دست آوردند. در خصوص سومین بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی یعنی رتبه بیمارستان در زمینه ایمنی بیمار، بیمارستان‌های الف و ب، وضعیت قابل قبول و بیمارستان ج، وضعیت ضعیف داشتند. در نهایت در چهارمین بعد پیامدهای فرهنگ ایمنی، تعداد خطاها و حوادث گزارش شده، به طور کلی، طی ۱۲ ماه گذشته در بیمارستان الف به طور متوسط ۱-۲ مورد خطا و حادثه گزارش شده است، در صورتی که در بیمارستان‌های ب و ج هیچ موردی از خطا و حادثه گزارش نشده است.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی در این بیمارستان‌ها نیاز به بهبود داشته و بر این اساس در این مطالعه، پیشنهادهایی در زمینه نحوه ارتقای فرهنگ ایمنی در مراکز درمانی به مدیران و مسئولان مربوطه ارائه گردیده است.

کلیدواژه‌ها: فرهنگ، ایمنی بیمار، خطاهای پزشکی، بیمارستان

* نویسنده پاسخگو: خیابان ولیعصر، خیابان شهید یاسمی، روبروی بیمارستان خاتم‌الانبیاء، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی
E-mail: zh-abdi@razi.tums.ac.ir

مقوله ایمنی بیمار (Patient safety) پس از انتشار گزارش انستیتوی پزشکی (Institute of Medicine-IOM) ایالات متحده در سال ۱۹۹۹، که به بررسی میزان شیوع خطاهای پزشکی در این کشور پرداخته بود، مورد توجه پژوهشگران و صاحبان عرصه سلامت قرار گرفت [۱]. این گزارش به همراه گزارشات سایر مؤسسات مشابه در کشورهای دیگر نظیر انگلستان، کانادا و استرالیا در خصوص این موضوع، سبب گردید که نظام‌های بهداشتی - درمانی در سطح بین‌الملل متوجه این موضوع شوند که به اندازه کافی ایمن نیستند [۲].

ایمنی بیمار به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هر گونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های سلامت است [۳] 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)، تشخیص‌های نادرست (تأخیر در تشخیص، عدم تشخیص، تشخیص نادرست)، خرابی دستگاه‌ها و تجهیزات که منجر به تشخیص اشتباه گردد و مواردی دیگر نظیر عفونت‌های بیمارستانی، سقوط بیمار، زخم بستر، درمان غلط و غیره می‌گردد [۴]. خدمات ناایمن دارای علاوه بر داشتن عواقب ناخوشایند برای بیمار و خانواده وی، باعث وارد آمدن فشار روانی بر کارکنان سیستم سلامت و افراد جامعه می‌گردند و در نهایت نیز بار اقتصادی عظیمی را بر سیستم بهداشتی - درمانی و جامعه تحمیل می‌نمایند [۵]. بر اساس شواهد موجود، تخمین زده می‌شود که در کشورهای در حال توسعه از هر ده بیمار، به یک نفر در حین دریافت خدمات بیمارستانی آسیب و جراحت وارد می‌گردد. با وجود این که در کشورهای در حال توسعه آمار دقیقی در این خصوص وجود ندارد، اما احتمال آن به مراتب بیشتر است [۶]. به طور قطع در مقایسه با سایر بخش‌های خدماتی و صنعتی بخش سلامت، یکی از پرخطرترین بخش‌ها است. با این حال نحوه نگاه به خطا و اشتباه در این بخش با سایر بخش‌ها متفاوت است. در صنعت، سیستم‌ها به نحوی طراحی شده‌اند که از وقوع خطا جلوگیری کنند یا از شدت عواقب خطاهای انسانی بکاهند. با این حال در بخش سلامت این دید وجود دارد که انسان کامل است و جایی برای جایز الخطا بودن انسان در نظر گرفته نشده است [۷]. این در حالی است که بر طبق گزارش انستیتوی طب، اکثر خطاهای پزشکی، ناشی از غفلت و

کوتاهی افراد نیست، بلکه برخاسته از سیستم‌ها و کارکرد نادرست آنها است [۸].

یکی از عواملی که نقش مؤثری در ارتقای سطح ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی - درمانی دارد، وجود فرهنگ ایمنی بیمار در این مراکز است [۹]. فرهنگ به مجموعه‌ای از باورها، عقاید و ارزش‌های گروهی افراد گفته می‌شود که در رفتار آنها متجلی می‌گردد [۱۰]. در واقع فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آنها است [۱۱]. مواردی از قبیل عدم پنهان سازی خطاها و حوادث و آشکار سازی آنها، آموزش کارکنان در زمینه امنیت بیمار، وجود سیستم گزارش دهی انواع خطاها، استفاده از داده‌های سیستم گزارش دهی در جهت بهبود فرآیندها، کاهش سرزنش افراد، وجود کار تیمی، ارتباطات شفاف بین واحدها و بخش‌ها و همکاری آنها با یکدیگر در جهت منافع بیمار و توجه رهبری سازمان به امنیت از خصائص بارز چنین فرهنگی هستند [۱۲]. پی بردن به اهمیت وافر فرهنگ ایمنی در افزایش ایمنی بیماران و کاهش خطاهای پزشکی سبب گردید که ابزارهای متعددی جهت سنجش وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز مختلف بهداشتی - درمانی از جمله بیمارستان‌ها طراحی شود و پژوهش‌های متعددی در این زمینه صورت گیرد [۱۳-۱۹]. هر یک از این ابزارها بر تعدادی از جنبه‌های فرهنگ ایمنی بیمار تأکید دارند. یکی از کامل‌ترین آنها ابزار سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان (Hospital Survey on Patient Safety Culture- HSOPSC) است که در سال ۲۰۰۴ توسط مرکز پژوهش و کیفیت خدمات سلامت (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ) طراحی گردیده است [۲۰]. تا کنون تحقیقات وسیعی چه در سطح ایالات متحده و چه در سایر کشورها با استفاده از این ابزار صورت گرفته است [۲۱-۲۵]. در ایران نیز پژوهش‌های متعددی در برخی زمینه‌های مرتبط با ایمنی بیمار از جمله میزان شیوع زخم بستر، عفونت بیمارستانی و سقط از تخت صورت گرفته است [۲۶-۳۰]. با این حال پژوهشی در زمینه ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز درمانی توسط پژوهشگران مشاهده نگردید. از این رو، با توجه به اهمیت موضوع و کمبود پژوهش در این زمینه در کشور، پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در سه بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷ صورت گرفت.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع پژوهش‌های مقطعی بوده که در سطح سه بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است (به دلیل عدم تمایل مسئولان این سه بیمارستان و رعایت اصول اخلاقی از ذکر نام آنها خودداری می‌گردد).

در این پژوهش به منظور بررسی فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های مورد مطالعه، بر اساس مطالعه پایلوت اولیه، نمونه‌ای به حجم ۳۴۵ نفر از کلیه کارکنان کادر درمانی اعم از افرادی که در تماس مستقیم یا غیرمستقیم با بیمار بودند، به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شد. پرسشنامه‌هایی که به تمام سؤالات پاسخ یکسان داده بودند، یا آنهایی که به بیش از نیمی از سؤالات پاسخ نداده بودند از مطالعه خارج گردیدند و در نهایت ۳۱۱ پرسشنامه کامل، جمع‌آوری گردید که نشان دهنده نرخ پاسخگویی حدود ۹۰ درصد است. پرسشنامه ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان در کل حاوی ۵۳ سؤال است که در هفت بخش تدوین شده است. این ابزار ده بعد فرهنگ ایمنی بیمار از جمله: انتظارات و اعمال مدیر یا سرپرست در خصوص ارتقای ایمنی، بهبود مستمر، یادگیری سازمانی، کار تیمی، ارتباطات صریح و روشن، آگاه کردن کارکنان از بروز خطاها و دادن بازخورد در این خصوص، پاسخ غیرتنبیهی به اشتباهات، کادر درمانی و مسائل مرتبط به آنان، پشتیبانی مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار، کار تیمی بین واحدهای بیمارستان و انتقال و تعویض شیفت در بیمارستان و نیز چهار بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی بیمار از جمله فراوانی گزارشات خطاها و اشتباهات، درک کلی از ایمنی، نمره بیمارستان در ایمنی بیمار و تعداد خطاهای گزارش شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. 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 امتیاز دهی نیز مطابق با دستورالعمل نحوه امتیاز دهی 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 طبقه بندی شده‌اند. تعدادی از سؤالات پرسشنامه نیز به صورت معکوس تدوین شده‌اند که در آنها سیستم امتیاز دهی غیرهم جهت است.

بر اساس راهنمای پرسشنامه ابعادی که امتیاز مثبت آنها حداقل ۵۰ درصد باشد وضعیت قابل قبول دارند و ابعاد دارای امتیاز کمتر از این میزان وضعیت مطلوبی نداشته و در خور توجهند. در بعد

تعداد خطاها و حوادث گزارش شده ظرف یک سال گذشته، پاسخ‌ها در یک طیف شش تایی از صفر مورد تا بیست مورد و بیشتر، طبقه بندی گردیدند. جهت تعیین امتیاز بیمارستان‌ها در زمینه ایمنی بیمار از کارکنان خواسته شد که عملکرد بیمارستان خود را در این زمینه در یکی از طبقات عالی، خیلی خوب، قابل قبول، ضعیف و مردود دسته بندی نمایند. در انتها نیز از پاسخ دهندگان خواسته شد در صورتی که نظر خاصی در زمینه ایمنی بیمار دارند، مرقوم نمایند. در خصوص روایی این پرسشنامه شایان ذکر است که بر اساس نتایج مطالعات متعدد در سطح بین‌المللی اعتبار آن در دامنه موضوعی پژوهش، تأیید گردیده است. به منظور تأیید پایایی پرسشنامه پس از ترجمه نیز از روش آزمون - بازآزمون استفاده گردید. در پایان نیز جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی استفاده شد.

یافته‌ها

در بین نمونه انتخابی، ۱۹۸ (۶۳/۷ درصد) نفر پرستار، ۵۷ نفر (۱۸/۳ درصد) پزشک، ۳۲ نفر (۱۰/۳ درصد) تکنسین رادیولوژی، آزمایشگاه و داروخانه و ۲۴ نفر (۷/۷ درصد) نیز مشاغل دیگری داشتند. در این میان ۳۴ نفر (۱۰/۹ درصد) از افراد، کمتر از یک سال سابقه کار، ۳۶ نفر (۱۱/۶ درصد) ۱ تا ۵ سال، ۶۱ نفر (۱۹/۶ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۹۰ نفر (۲۸/۹ درصد) ۱۱ تا ۱۵ سال، ۶۸ نفر (۲۱/۹ درصد) ۱۶ تا ۲۰ سال و ۲۲ نفر (۷/۱ درصد) بالاتر از ۲۰ سال سابقه کار داشتند. اکثر پاسخ‌گویان یعنی ۱۰۹ نفر (۳۵/۱ درصد) ۴۰ تا ۵۹ ساعت در هفته، ۲۲ نفر (۷/۱ درصد) کمتر از ۲۰ ساعت در هفته، ۶۴ نفر (۲۰/۶ درصد) ۲۰ تا ۳۹ ساعت، ۵۷ نفر (۱۸/۳ درصد) ۶۰ تا ۷۹ ساعت در هفته، ۳۰ نفر (۹/۶ درصد) بین ۸۰ تا ۹۹ ساعت در هفته و ۲۹ نفر (۹/۳ درصد) ۱۰۰ ساعت یا بیشتر در هفته در بیمارستان مشغول به کار بودند.

مشخصات نمونه پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است. شکل شماره ۱ وضعیت فرهنگ ایمنی را در این سه بیمارستان نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های منعکس شده در نمودار، میانگین نمرات مثبت بیمارستان‌های مورد مطالعه در ده بعد فرهنگ و دو بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در حد پایین - متوسط است (امتیازات مثبت هر یک از ابعاد، میزان قوی بودن آن بعد از فرهنگ ایمنی بیمار را نشان می‌دهد و امتیازات خنثی و منفی حاکی از میزان ضعف بعد مذکور است). میانگین پاسخ مثبت در بین این ده

«در این واحد/بخش کارکنان به راحتی نظرات خود را با مافوق در میان می‌گذارند» با (۲۲/۳ درصد) امتیاز، بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را به دست آوردند.

در بعد پنجم، «اطلاع رسانی در مورد بروز خطاها» متوسط امتیاز این سه مرکز برابر (۱۹/۹ درصد) است و بیمارستان (ج) بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را داشته است (۲۴/۷ درصد). به طور کل نیز در بین سه بیمارستان، گزینه «ما در جریان خطاها و اشتباهات صورت گرفته در این بخش قرار می‌گیریم»، کمترین تعداد پاسخ‌های مثبت (۹/۴ درصد) و گزینه «ما در این واحد در مورد نحوه جلوگیری از بروز مجدد خطاها و اشتباهات با یکدیگر بحث و تبادل نظر می‌نماییم» بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را دریافت نمودند (۱۹/۷ درصد).

در بعد ششم «پاسخ و واکنش غیرتنبیهی به خطاها» میانگین پاسخ‌های مثبت در سه بیمارستان برابر (۱۷/۸ درصد) و بیمارستان (الف) بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را به دست آورده است (۲۰/۱ درصد). به طور کل در این بعد نیز گزینه «در این واحد کارکنان بر این باورند که از اشتباهاتشان علیه آنها استفاده می‌شود» کمترین تعداد پاسخ‌های مثبت (۱۰/۹ درصد) و گزینه «زمانی که حادثه‌ای گزارش می‌شود، این حس وجود دارد که این اشتباه فرد است که گزارش می‌شود نه حادثه مورد نظر (سؤال معکوس) بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را دریافت نمودند (۲۶/۶ درصد).

در بعد هفتم «کارکنان و مسایل مرتبط» میانگین نمرات مثبت سه بیمارستان برابر ۳۵ درصد و بیمارستان (ج) بیشترین امتیاز را کسب نموده است (۴۰/۵ درصد). گزینه «ما عملاً در یک وضعیت بحرانی کار می‌کنیم، بدین معنی که حجم بالایی از کار باید به سرعت انجام گیرد» کمترین تعداد پاسخ‌های مثبت (۱۷/۳ درصد) و گزینه «در این واحد تعداد کارکنان موقتی در حدی است که به امنیت بیمار صدمه می‌زند» (سؤال معکوس) بیشترین پاسخ‌های مثبت را کسب کردند (۴۰/۵ درصد).

در بعد هشتم «حمایت مدیریت ارشد سازمان از ایمنی بیمار» میانگین امتیاز مثبت در سه بیمارستان برابر ۲۴ درصد و بیمارستان (الف) بیشترین امتیاز را به دست آورده است (۲۵/۴ درصد). در این میان گزینه «چنین به نظر می‌رسد که امنیت بیمار تنها پس از وقوع حوادث ناگوار مورد توجه مدیر/رئیس قرار می‌گیرد» (سؤال معکوس) «کمترین تعداد پاسخ‌های مثبت (۹/۱ درصد) و گزینه «مدیریت/ریاست بیمارستان جوی در بیمارستان ایجاد نموده که

بعد برابر (۲۵/۹ درصد) بود که در میان آنها، بعد واکنش غیرتنبیهی به خطاها در مجموع در سه بیمارستان با (۱۷/۸ درصد پاسخ مثبت کمترین امتیاز و بعد کار گروهی در داخل بخش یا واحد با (۴۷/۲ درصد پاسخ مثبت بیشترین امتیاز را کسب کردند. در بعد اول «انتظارات و اقدامات مدیر/سرپرست در جهت ارتقای ایمنی بیمار، میانگین پاسخ‌های مثبت در سه بیمارستان برابر (۲۷/۵ درصد) و بیمارستان (ب) دارای بیشترین میانگین پاسخ‌های مثبت (۳۰/۴ درصد) است. در این بعد، به طور کلی در سه بیمارستان گزینه «زمانی که فشار بار کاری زیاد می‌شود سرپرست/رئیس ما از ما می‌خواهد که کارها را سریع‌تر انجام دهیم، حتی اگر این امر منجر به کوتاهی در برخی امور شود» کمترین پاسخ مثبت (۱۷/۵ درصد) و گزینه «رئیس/سرپرست من پیشنهادات کارکنان را در جهت بهبود وضعیت ایمنی بیمار مد نظر قرار می‌دهد» بیشترین پاسخ مثبت را دریافت نمودند (۳۴/۲ درصد).

در بعد دوم «بهبود مستمر - یادگیری سازمانی میانگین پاسخ‌های مثبت در سه بیمارستان برابر (۱۹/۵ درصد) و بیمارستان (ج) بیشترین پاسخ‌های مثبت را کسب کرده است (۲۲/۲ درصد). در این بعد گزینه «پس از اجرای تغییرات، ما میزان اثربخشی آنها را مورد ارزیابی قرار می‌دهیم» کمترین تعداد پاسخ‌های مثبت (۱۲/۱ درصد) و گزینه «در این واحد/بخش بروز خطاها و اشتباهات منجر به تغییرات مثبت می‌گردد» بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را کسب نمودند (۲۴/۱ درصد).

در بعد سوم «کار گروهی در داخل بخش/واحد» متوسط امتیازات مثبت سه بیمارستان برابر با (۴۷/۲ درصد) است و بیمارستان (ب) بیشترین میزان پاسخ‌های مثبت را به دست آورده است (۵۰/۶ درصد). در این بعد، به طور کلی در این سه بیمارستان، گزینه «در این واحد زمانی که حجم کار قسمتی بالا است، سایر همکاران به کمک می‌شتابند» کمترین تعداد پاسخ‌های مثبت (۲۰/۱ درصد) و گزینه «در این واحد افراد با یکدیگر رفتاری توأم با احترام دارند» (۵۲/۴ درصد) بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را داشتند.

در بعد چهارم «ارتباطات صریح و روشن» متوسط امتیاز سه بیمارستان برابر ۱۹/۹ درصد بوده و بیمارستان (ب) نیز بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را به دست آورده است (۲۰/۷ درصد). در کل نیز گزینه «در اینجا کارکنان آزادانه و بدون ترس در مورد مسایلی که ممکن است امنیت بیمار را تحت‌الشعاع قرار دهد، صحبت می‌کنند» کمترین تعداد پاسخ‌های مثبت (۱۰/۶ درصد) و گزینه

نهایت در بعد آخر، «تعداد خطاها و حوادث گزارش شده به طور کلی، طی ۱۲ ماه گذشته در بیمارستان الف به طور متوسط ۱-۲ مورد خطا گزارش شده و در بیمارستان‌های ب و ج، هیچ موردی از خطا و حادثه گزارش نشده است.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در سه بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران صورت گرفت. در کل، میانگین امتیازات مثبت در ده بعد فرهنگ ایمنی و چهار بعد پیامدهای فرهنگ ایمنی و اکثر مؤلفه‌های این ابعاد، در حد پایین - متوسط قرار داشت.

میانگین امتیازات مثبت در ده بعد فرهنگ ایمنی بیمار در پژوهش حاضر برابر ۲۵/۹ درصد و در دو بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان ۲۱/۹ درصد است. میانگین امتیازات مثبت در ده بعد فرهنگ ایمنی و دو بعد پیامدهای فرهنگ ایمنی در پژوهش‌های مشابه صورت گرفته نظیر مطالعه ۳۸۲ بیمارستان در سطح ایالات متحده در سال ۲۰۰۷، به ترتیب برابر ۶۱/۳ و ۶۲ درصد [۲۱]، در مطالعه ۴۱۹ بیمارستان در سال ۲۰۰۸ در ایالات متحده، ۶۵/۴ و ۶۲ درصد [۲۲]، در پژوهش کاستل و سونون در مراکز نگهداری سالمندان ۳۴/۳ و ۳۵ درصد [۲۳]، در مطالعه هلینگز و همکاران در پنج بیمارستان بلژیک ۳۸ و ۵۳ درصد [۲۴] و در مطالعه شرر و فیتز پاتریک در کارکنان اتاق عمل ۵۸/۵ و ۵۷ درصد گزارش شده است [۲۵].

در پژوهش حاضر بعد «واکنش غیرتنبیهی به خطاها» با ۱۷/۸ درصد امتیاز مثبت کمترین امتیاز و بعد «کار گروهی در داخل بخش» با ۴۷/۲ درصد بیشترین امتیاز را کسب نموده‌اند که در این زمینه نتایج این پژوهش همسو با پژوهش‌های صورت گرفته در سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸ ایالات متحده است. در مطالعه سال ۲۰۰۷ بعد کار تیمی در داخل واحد/بخش با ۷۸ درصد بیشترین میانگین امتیازات و بعد پاسخ غیرتنبیهی به خطاها با ۴۳ درصد کمترین میانگین امتیازات را کسب نمودند [۲۱]. در مطالعه سال ۲۰۰۸ نیز کار تیمی در داخل واحد/بخش با ۷۹ درصد، بیشترین میانگین امتیازات و بعد پاسخ غیرتنبیهی به خطاها با ۴۴ درصد، کمترین میانگین امتیازات را کسب نمودند [۲۲].

در مطالعه شرر و فیتز پاتریک [۲۵] و هلینگز و همکاران [۲۴] نیز بعد کار تیمی داخل بخش/واحد، بالاترین امتیاز را کسب نموده

امنیت بیمار را بهبود می‌بخشد» بیشترین تعداد پاسخ مثبت را دریافت نمودند (۲۷/۳ درصد).

در بعد نهم «کار تیمی در بین واحدها و بخش‌های مختلف بیمارستان» میانگین امتیاز مثبت در سه بیمارستان برابر ۱۸/۲ درصد و بیمارستان (ج) بیشترین امتیاز را کسب نموده است. علاوه بر این گزینه «در این بیمارستان مشارکت و همکاری خوبی میان واحدهایی که با یکدیگر در تعاملند، وجود دارد» کمترین تعداد پاسخ‌های مثبت (۱۰/۹ درصد) و گزینه «کار با کارکنان سایر واحدها/بخش‌های بیمارستان ناخوشایند است» (سؤال معکوس) بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را به دست آوردند (۲۰/۱ درصد).

در بعد دهم «انتقال، جابجایی و تعویض شیفت در بیمارستان» متوسط نمره سه بیمارستان برابر ۲۹/۷ درصد و بیمارستان (ب) بیشترین تعداد پاسخ مثبت را کسب نموده است. به علاوه گزینه «معمولاً تبادل اطلاعات بین واحدها و بخش‌های بیمارستان توأم با مشکل است» کمترین تعداد پاسخ مثبت (۱۹/۹ درصد) و گزینه «در خلال تعویض شیفت در بیمارستان، اطلاعات مهمی در خصوص روند مراقبت از بیمار از دست می‌رود (سؤال معکوس)» بیشترین تعداد پاسخ‌های مثبت را دریافت کردند (۳۱ درصد).

در بعد اول، پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در بیمارستان «میزان گزارش دهی خطاها و رویدادهای ناگوار» بیمارستان (ب) بیشترین امتیاز را به دست آورد (۱۴/۱ درصد). در این میان میزان گزارش دهی خطاهایی که قبل از این که به بیمار آسیبی برسانند، شناسایی و برطرف شده‌اند، برابر ۷/۱ درصد و فراوانی گزارش دهی خطاهای صورت گرفته‌ای که می‌توانستند به بیمار آسیب برسانند، اما باعث آسیبی نشده‌اند، برابر ۱۵/۳ درصد بود.

در بعد دوم پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی «ادراکات کلی از امنیت بیمار» بیمارستان (الف) بیشترین امتیاز را کسب نمود (۲۸/۱ درصد). در این بعد، گزینه «سیستم‌ها و پرسنل‌های ما در جهت جلوگیری از خطاهای پزشکی خوب عمل می‌کنند» کمترین تعداد پاسخ مثبت (۱۰/۲ درصد) و گزینه «در این واحد تنها بر حسب شانس و تصادف است که خطاها و اشتباهات جدی روی نمی‌دهد (سؤال معکوس)» بیشترین تعداد پاسخ مثبت را داشتند (۲۹/۱ درصد).

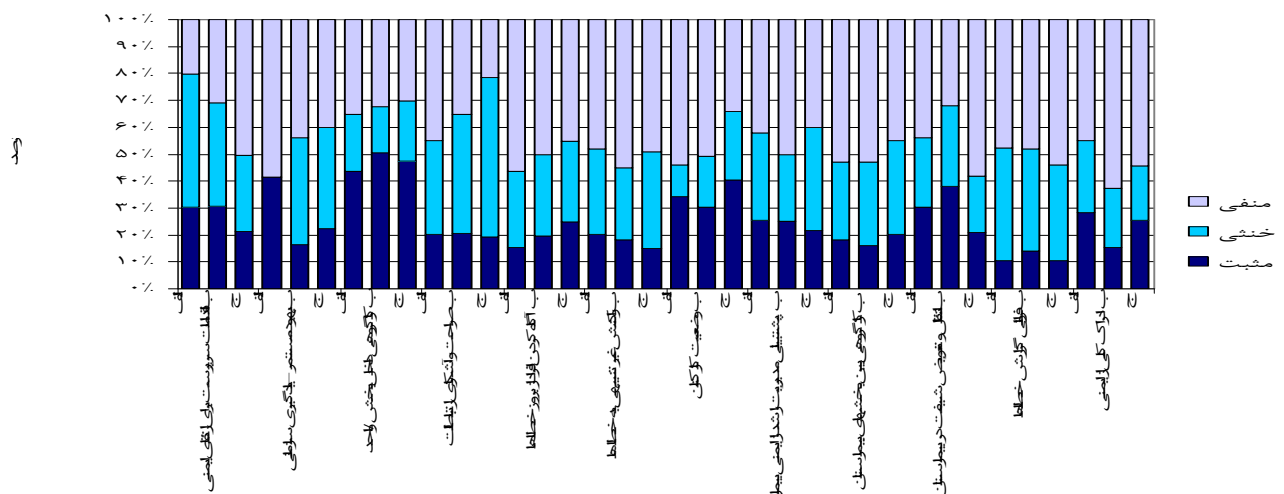
در بعد سوم «رتبه بیمارستان در زمینه ایمنی بیمار، بیمارستان الف و بیمارستان ب از دید کارکنان در زمینه ایمنی وضعیت قابل قبول و بیمارستان ج از دید کارکنانش رتبه ضعیف داشتند و در

جابجایی و تعویض شیفت در بیمارستان با میانگین ۳۴ درصد و در پژوهش هلینگز و همکاران [۲۴] بعد انتظارات و اقدامات سرپرست/مدیر در خصوص ایمنی با میانگین ۵۴ درصد، کمترین امتیازات را کسب نموده‌اند.

است (به ترتیب ۹۴ و ۷۱ درصد) و نتایج پژوهش حاضر با نتایج این دو پژوهش در این زمینه همسو است. با این وجود، نتایج پژوهش حاضر با نتایج دو پژوهش یاد شده در خصوص بعد فرهنگ ایمنی با کمترین امتیاز مغایرت دارد. در پژوهش شرر و فیتز پاتریک [۲۵]

جدول شماره ۱- مشخصات افراد شرکت کننده در مطالعه

مشخصات نمونه پژوهش	تعداد	درصد
رده شغلی		
پرستار	۱۶۱	۵۲
سرپرستار - سوپروایزر	۳۷	۱۲
پزشک	۲۵	۸
دستیار تخصصی و انترن	۳۲	۱۰
تکنسین داروخانه	۱۰	۳
تکنسین آزمایشگاه	۱۱	۳/۵
تکنسین رادیولوژی	۱۱	۳/۵
سایر افراد	۲۴	۸
میزان سابقه کار در بیمارستان		
کمتر از یک سال	۳۴	۱۰/۹
بین ۱-۵ سال	۳۶	۱۱/۶
بین ۶-۱۰ سال	۶۱	۱۹/۶
بین ۱۱-۱۵ سال	۹۰	۲۸/۹
بین ۱۶-۲۰ سال	۶۸	۲۱/۹
۲۱ سال به بالا	۲۲	۷/۱
میزان حضور در بیمارستان در هفته		
کمتر از ۲۰ ساعت در هفته	۲۲	۷/۱
۲۰-۳۹ ساعت	۶۴	۲۰/۶
۴۰-۵۹ ساعت	۱۰۹	۳۵/۱
۶۰-۷۹ ساعت	۵۷	۱۸/۳
۸۰-۹۹ ساعت	۳۰	۹/۶
بیش از ۱۰۰ ساعت	۲۹	۹/۳



شکل شماره ۱- وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های مورد مطالعه

بیمارستان‌ها و مراکز درمانی است و عدم وجود یک فرهنگ ایمنی قوی در بیمارستان بدین معنی است که ایمنی بیمار در بیمارستان دچار مشکل است. در حال حاضر بسیاری از سازمان‌های پیشروی جهان در زمینه کیفیت خدمات درمانی، ایمنی بیمار و اعتبار بخشی بر اهمیت خلق فرهنگ ایمنی در سازمان‌ها در جهت ارتقای ایمنی بیمار تأکید می‌نمایند.

به طور کلی می‌توان گفت ارزیابی فرهنگی ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها می‌تواند نقشی چند جانبه بر عهده گیرد. از یک طرف می‌تواند وضعیت فرهنگ ایمنی حاکم بر مرکز و درجه قوت یا ضعف آن را برای مدیران و سرپرستان روشن نماید، از طرف دیگر این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی کارکنان در خصوص ایمنی بیمار، به بهبود وضعیت آن کمک نماید و در پایان نیز مدیران می‌توانند پس از انجام مداخلات ضروری جهت بهبود ایمنی، از آن به عنوان ابزار ارزیابی این مداخلات استفاده نمایند.

در مطالعه حاضر نتیجه به تفکیک بیمارستان‌های شرکت کننده در مطالعه، به مدیران و مسئولان اجرایی این سه بیمارستان بازخورد گردید. به طور قطع با دانستن نقاط قوت و ضعف در زمینه ایمنی، هر مرکز می‌تواند به صورتی کارا تر در مسیر بهبود وضعیت ایمنی بیمار گام بردارد. مسایلی نظیر نوع واکنش سازمان‌ها به خطاها و اشتباهات صورت گرفته، مسایلی که در حین جابجایی‌ها، انتقالات و تعویض شیفت در بیمارستان‌ها روی می‌دهند، هماهنگی و همکاری ما بین واحدهای مختلف بیمارستان و عدم وجود سیستم گزارش دهی خطاها یا وجود سیستم ناکارآمد، همگی از جمله موارد نقاط ضعف بیمارستان‌های فوق در زمینه ایمنی بیمار بوده‌اند.

با وجود این که بر شمردن خصوصیات یک فرهنگ مبتنی بر ایمنی آسان است، اما تبدیل سازمان به سازمانی که در آن ایمنی بیمار تبدیل به یک ارزش گردد، احتیاج به تحولی بزرگ دارد. در این تحول بزرگ، یعنی تغییر ارزش‌ها، باورها و رفتار کارکنان سازمان همسو با ارزش‌های فرهنگ ایمنی، همانند سایر تغییر و تحولات بزرگ، پشتیبانی و حمایت مدیران ارشد سازمان از اساسی‌ترین مؤلفه‌های موفقیت است.

علاوه بر این، فرهنگ سازمانی نیز نقش مهمی در این زمینه ایفا نماید. در سازمانی که کارکنان سازمان به خاطر خطاها و اشتباهاتشان مؤاخذه می‌گردند، اشتباهات رخ داده آشکار نمی‌شوند و در نتیجه کسی چیزی یاد نمی‌گیرد و فرآیندی نیز بهبود نمی‌یابد. سازمانی که گزارش دهی را ترویج می‌کند، یادگیری سازمانی را

از دیدگاه کارکنان این سه مرکز، رتبه کلی بیمارستان‌های الف در زمینه ایمنی بیمار و ب قابل قبول و بیمارستان ج ضعیف است. این در حالی است که در پژوهش سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸ به ترتیب، ۷۰ و ۷۰ درصد از بیمارستان‌های نمونه مورد مطالعه رتبه عالی و خیلی خوب، ۲۴ و ۲۳ درصد، رتبه قابل قبول و تنها ۶ و ۵ درصد، درجه ضعیف و مردود را در ایمنی بیمار کسب نمودند [۲۱-۲۲].

بر طبق نظر کارکنان این مراکز نیز در ۱۲ ماه گذشته در بیمارستان الف تعداد ۱-۲ مورد خطا و در بیمارستان‌های ب و ج هیچ گونه خطا یا حادثه‌ای گزارش نشده است. این در حالی است که در بیمارستان‌های مورد پژوهش در سال ۲۰۰۷ در مجموع در ۵۳ درصد از بیمارستان‌ها و در سال ۲۰۰۸ در ۵۲ درصد از بیمارستان‌های مورد مطالعه، خطایی در عرض ۱۲ ماه گذشته گزارش نشده بود [۲۱، ۲۲]. در حالی که در پژوهش کاستل و اوسونسون در مراکز نگهداری سالمندان تنها ۴ درصد از کارکنان پژوهش چنین اذعان داشتند که طی ۱۲ ماه گذشته خطایی در بخش/واحد آنها گزارش نشده است و ۳۲ درصد اظهار داشتند که در حدود ۱-۲ خطا در عرض ۱۲ ماه گذشته گزارش شده است [۲۳]. در پایان نیز افراد تحت مطالعه غیر از موارد موجود در پرسشنامه، مواردی نظیر وجود تجهیزات فرسوده و مستعمل در بیمارستان‌ها، ساختمان‌های قدیمی بیمارستان‌ها، توجه ناکافی مسئولان مربوطه به امر آموزش، کمبود نیرو و حجم بالای کار و عدم وجود کمیته تخصصی ایمنی در بیمارستان را از سایر مشکلات این بیمارستان‌ها در مقوله ایمنی قلمداد نمودند.

ایمنی بیمار به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات درمانی در سال‌های اخیر، مورد توجه روزافزون پژوهشگران عرصه سلامت جهان قرار گرفته است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های متعددی در خصوص برخی جنبه‌های خاص ایمنی بیمار در مراکز درمانی صورت گرفته است. برای مثال می‌توان به مطالعاتی نظیر پژوهش قطبی و همکاران [۲۶] و محبی نویندگانی و همکاران [۲۷] در خصوص میزان شیوع عفونت بیمارستانی، پژوهش‌های ریحانی کرمانی و همکاران [۲۸] و مقارنی و [۲۹] در زمینه میزان شیوع زخم بستر در بیمارستان‌ها و مطالعه صفوی در زمینه علل سقوط از تخت سالمندان اشاره نمود [۳۰]. با این حال در سایر زمینه‌های مرتبط با ایمنی بیمار عرصه وسیعی در پیش روی پژوهشگران عرصه سلامت کشور قرار دارد. به زعم صاحب‌نظران این عرصه، فرهنگ ایمنی یکی از عوامل مهم دخیل در ایجاد ایمنی بیمار در

وجود نداشت. بر طبق نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد مسئولان این مراکز در این زمینه اقدامات لازم را به عمل آورند، چرا که اولین گام در زمینه بهبود فرآیندها و کاهش بروز خطاها دانستن میزان وقوع و محل وقوع انواع خطاها است.

به طور کلی هدف اصلی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، کمک به فرآیند درمان بیماران و ارتقای سلامت آنها است. با این حال، در پاره‌ای از موارد بر اثر برخی خطاها و اشتباهات، در روند درمان بیماران صدمات و جراحاتی نیز به آنها وارد می‌گردد و امر درمان بیماران با مشکل روبرو می‌گردد. شناسایی و کاهش این خطاها و اشتباهات، جزء اولویت‌های تمام مراکز درمانی است که هدف اصلی آنها ارائه خدمات با کیفیت بالا به بیماران است و لازم است مدیران و مسئولان مراکز بهداشتی - درمانی، تلاش لازم را در این زمینه مبذول دارند.

سهم نویسندگان

ژاله عبدی: طراحی طرحنامه، جمع‌آوری و ورود داده‌ها به رایانه، تحلیل داده‌ها، تهیه مقاله
 محمدرضا ملکی: مشاور علمی و آماری طرح
 آرزو خسروی: همکاری در جمع‌آوری داده‌ها

تشویق نموده و ایمنی بیمار را بهبود می‌بخشد. با درس گرفتن از خطاها و اشتباهات است که سازمان‌ها می‌توانند دانش را در درون خود مدیریت کرده و مکانیسم یادگیری سازمانی را خلق نمایند. همان گونه که پیشتر ذکر شد، در مجموع، بعد واکنش غیرتنبیهی به خطاها کمترین امتیاز را در این پژوهش کسب کرده است که این امر توجه بیشتر مسئولان این مراکز را به این امر می‌طلبد.

جهت ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان راهکارهای متعددی وجود دارد. یکی از اساسی‌ترین آنها، آموزش است. در پژوهش حاضر، بسیاری از شرکت کنندگان در مطالعه، وجود آموزش در خصوص ایمنی بیمار و خطاهای پزشکی را از عوامل مهم در خصوص افزایش دانش و آگاهی خود در این مقوله می‌دانستند. علاوه بر این، دانشجویان شاغل در این مراکز نیز از نبود مواد درسی مرتبط با شناسایی انواع خطاهای پزشکی و رویدادهای ناگوار در برنامه درسی خود گله مند بودند. یکی دیگر از راهکارهای موجود، تشکیل کمیته ایمنی در بیمارستان است. این کمیته می‌تواند با ارائه آموزش‌های لازم به سرپرستان و مسئولان واحدها، با بررسی موارد گزارش شده خطاها (با همکاری واحدهای کنترل کیفیت و گروه‌های بهبود کیفیت)، علل احتمالی آنها را شناسایی نمایند و اقدامات لازم را جهت جلوگیری از وقوع مجدد این قبیل موارد به کار ببندد. لازم به ذکر است که در هر سه بیمارستان مورد مطالعه، سیستم جامعی جهت گزارش خطاهای پزشکی و حوادث ناگوار

منابع

1. Fleming M, Wentzell N. Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. *Healthcare Quarterly* 2008; Special Issue (Patient Safety Papers): 10-19
2. Johnstone M, Kanitsaki O. Culture, language and patient safety: making the links. *International Journal for Quality in Healthcare* 2006; 5: 383-88
3. Nash D, Goldfarb N. *The Quality Solution: The Stakeholders Guide to Improving Health Care*. 1st Edition, Jones & Bartlett Publishers: UK, 2006
4. Reducing errors in healthcare: transferring research to practice. [Cited 2008 Nov17]. Available from: www.ahrq.gov/qual/errors.htm
5. Medical errors: the scope of the problem (an epidemic of errors). [Cited 2008 Nov 17]. Available from: www.ahrq.gov/qual/errback.htm
6. 10 facts on patient safety. [Cited 2008 Nov 20]. Available from:
7. Essen EK. Establishing patient safety culture. *Nursing & Allied Health Source* 2002; 5: 13-19
8. Rosser W, Dovey S, Bordman R, White D, Crighton E, Drummond N. Medical errors in primary care: results of an international study of family practice. *Canadian Family Physician* 2005; 51: 386-74
9. Anderson JD. Creating a culture of safety: leadership, teams and tools. *Nurse Leader Journal* 2006; 5: 38-41
10. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 3: 310-19
11. Milligan JF. Establishing a culture for patient safety-the role of education. *Nurse Education Today* 2007; 2: 95-102

12. Schutz LA, Counte AM, Meurer S. Development of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: analysis of content validity. *Health Care Management Science* 2007; 2: 139-49
13. Pronovost PJ, 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. *Quality and Safety in Health Care* 2003; 6: 405-10
14. Sexton J, Helmerich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006 [Cited 2008 Nov 10]. Available from: www.biomedcentral.com/1472-6963/44/abstract
15. Kho M, Carbone J, Lucas J, Cook D. Safety climate surveys: reliability of results from a multicenter ICU survey. *Quality and Safety in Health Care* 2005; 4: 273-8
16. 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 hospitals. *Quality and Safety in Health Care* 2003; 2: 112-18
17. Matsubara S, Hagihara A, Nobutomo K. Development of a patient safety climate in Japan. *International Journal of Quality in Health Care* 2008; 3: 211-20
18. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson E. Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Health Care* 2006; 2: 109-15
19. Westrun R. A typology of organizational culture. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 2: 22-27
20. Hospital Survey on Patient Safety Culture. [Cited 2008 Nov 20]. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/>
21. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. [Cited 2008 Nov 20]. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurveydb>
22. Hospital Survey on patient safety culture: 2008 Comparative Database Report. [cited 2007 Nov 20]. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey08>
23. Castle NG, Sonon EK. A culture of patient safety in nursing homes. *Quality and Safety in Health Care* 2006; 6: 405-8
24. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2007; 7: 620-32
25. Scherer D, Fitzpatrick JJ. Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative areas. *Aron Journal* 2008; 1: 163-74
26. Ghotbi F, Raghbmotlagh M, Valaie N. Nosocomial sepsis in NICU department in Taleghani hospital, 2001-2002. *Journal of the Faculty of Medicine (Shaheed Beheshti University of Medical Sciences)* 2005; 29: 313-18 [Persian]
- 27.
28. Reihani H, Haghiri A. Determination of bed sore risk factors in craniospinal trauma patients in intensive care units. *Arak Medical University Journal* 2007; 10: 39-45 [Persian]
29. Magharei M, Zarif Sanayei N. Identifying the Pressure sore incidence and risk factors in patients admitted in medical, surgical and orthopedic wards of hospitals affiliated to Shiraz University of medical sciences. *Iranian Journal of Nursing* 2003; 9: 1-7 [Persian]
30. Safavi Byat Z, Zorriasatein F. Determining risk factors associated with falling among elderly at residential care facilities in Tehran. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2008; 11: 66-70 [Persian]