



پژوهش پرستاری

دوره یازدهم شماره ۱ (پیاپی ۴۰) فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵ - شماره استاندارد بین المللی ۷۰۱۲-۱۷۳۵

۱..... ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان سیدالشهداء سمیرم
عاطفه افشاری، مریم پیروزی، سمیه افشاری، کاوک حجاب

۹..... مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد مبتلا به بتاتالاسمی ماژور و سالم در شهرستان دزفول در سال ۱۳۹۳
یعقوب مدملی، رضا بیرانوند، نسرين کرکینی، حمیده مشعلچی، مرضیه بیگم بیگدلی شاملو، حمید کریمی

۱۷..... تاثیر برنامه خودتدبیری پس از ترخیص بر تبعیت از رژیم درمانی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب
معصومه ذاکری مقدم، سجاد ابراهیمی، هومن شهسواری، حمید حقانی

۲۵..... بررسی ارتباط حس انسجام، خوددلسوزی و هوش شخصی با افسردگی پس از زایمان زنان
محمد نریمانی، مظفر غفاری

۳۴..... کیفیت زندگی و ارتباط آن با ویژگیهای فردی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی بازنشستگان شهر تبریز
معصومه مالک، هادی حسخانی، علی درویش پور کاخکی، محمد اصغری جعفرآبادی، محمد رضا منصوری آرانی، سارا محمدنژاد

بررسی تاثیر آموزش مدیریت خطرات اتاق عمل بر میزان دانش و نحوه عملکرد پرسنل اتاق عمل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی
واحد علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۲ ۴۲
لیلا صالحی زاهد، منیره اسدی، کامران کردمیر

۵۱..... بررسی ارتباط بین هوش هیجانی و سبک های مقابله با استرس در پرستاران بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمانشاه
معصومه رستمی، محمد رضا موقری، ترانه تقوی لاریجانی، عباس مهران

۶۲..... تجربه زندگی با همسر معتاد: یک مطالعه پدیدار شناسی
علیرضا نیکبخت نصرآبادی، فاطمه پاشایی ثابت، علیرضا بستانی

۷۶..... تأثیر عوامل زمینه‌ای بر رفتار اطلاع‌یابی سلامت بیماران مبتلا به دیابت شهر اصفهان
فیروزه زارع فراشبندی، آنالیک لاله زاریان، علی رضا رحیمی، اکبر حسن زاده

بررسی میزان مطابقت مراقبت های پرستاری مرتبط با سیستم تنفسی در نوزادان تحت تهویه مکانیکی با استانداردها در بخش های مراقبت ویژه
نوزادان ۸۶

زهره جعفری، لیلا خاتعلی مجن، مریم رسولی، احمدرضا باغستانی، علیرضا قهری سرابی، اعظم شیرین آبادی فراهانی، حسین شیر

به نام خداوند جان و خرد
مجله پژوهشی پرستاری
فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره یازدهم - شماره ۱ (پیاپی ۴۰) - فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول: دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- سردبیر: دکتر زهره پارسا یکتا
- معاون سردبیر: دکتر افسانه صدوقی اصل - دکتر شهرزاد پاشایی پور
- شماره پروانه انتشار: ۱۳۴/۲۶۱۵ مورخ ۸۵/۵/۱۸
- شماره بین المللی منبع: ۷۰۱۲-۱۷۳۵
- شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN ۱۷۳۵-۹۰۷۴

• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فضل ا... احمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهدی رهگذر، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمة سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فالاحی خشکناز، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علی محمدپور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

• ویراستار انگلیسی: دکتر منیر مظاهری

• ویراستار فارسی: دکتر زهره پارسا یکتا

• حروفچینی و صفحه‌آرایی: اکرم پورولی

• طراح جلد: اکرم پورولی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@ijnr.ir , Website: www.ijnr.ir

این مجله در Google Scholar و Iran Medex و Magiran و SID و ISC نمایه می‌شود.

ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان سیدالشهداء سمیرم

عاطفه افشاری^۱، *مریم پیروزی^۲، سمیه افشاری^۳، کاوک حجاب^۴

- ۱- دانشجوی دکتری آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، بیمارستان سیدالشهداء سمیرم، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: Gh.pirozi1363@yahoo.com
۳- دانشجوی کارشناس ارشد مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه علوم تحقیقات، اصفهان، ایران.
۴- متخصص جراحی، بیمارستان سیدالشهداء سمیرم، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵، ۸-۱

چکیده

مقدمه: ایمنی بیمار یکی از مقوله های مهم در مباحث بهبود کیفیت ارائه خدمات سلامت می باشد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی ابعاد دارای اولویت مداخله در بیمارستان سیدالشهداء سمیرم صورت گرفته است.

روش: مطالعه حاضر بصورت توصیفی از نوع مقطعی بر روی جامعه ای از پرستاران، ماماها، و کارکنان شاغل در رادیولوژی و آزمایشگاه صورت گرفت. انتخاب نمونه های هدف به روش سر شماری بود. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد و بومی سازی شده "ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار بیمارستانی" انجام گرفت. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند. برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش آمارهای توصیفی مورد استفاده قرار گرفت. طبق راهنمای پرسشنامه در بررسی ابعاد کسب میانگین درصد پاسخ مثبت حداقل ۷۰ فرهنگ ایمنی بالا، ۷۰-۵۰ فرهنگ ایمنی متوسط، و زیر ۵۰ فرهنگ ایمنی ضعیف در نظر گرفته شد.

یافته ها: در این پژوهش بیشترین گروه شرکت کننده پرستار/ماما بود (۶۶/۷٪). اکثر شرکت کنندگان سابقه کار ۵-۱ سال داشتند (۴۶/۷٪) و ۴۰-۵۹ ساعت در هفته کار می کردند (۴۶/۷٪). از نظر تعامل با بیمار ۹۵٪ شرکت کنندگان در ارتباط مستقیم با بیمار و ۵٪ ارتباط غیر مستقیم با بیمار داشتند. بیمارستان مورد ارزیابی در بعد یادگیری سازمانی و بهبود مستمر در سطح بالا (۷۴/۵٪) و در بعد پاسخ غیر تنبیهی به اشتباهات در سطح پایین قرار دارد (۴۹/۱٪) و نمره فرهنگ ایمنی در سایر ابعاد در سطح متوسط بود.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه ضرورت توجه بیشتر به ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در زمینه های انتظارات و اقدامات سوپروایزر/مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی، ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها، تناوب گزارش دهی حوادث، بهبود کار تیمی بین بخشی و پاسخ غیر تنبیهی به خطا را نشان داد.

کلید واژه ها: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، بیمارستان.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۱۸

مقدمه

مقوله ایمنی بیمار (Patient Safety) پس از انتشار گزارش انستیتوی پزشکی 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 موسسات مشابه در کشورهای دیگر نظیر انگلستان، کانادا و استرالیا درخصوص این موضوع، سبب گردید که نظام های بهداشتی - درمانی در سطح بین الملل متوجه این موضوع شوند که به اندازه کافی ایمن نیستند (۲). مطالعات نشان دادند ۳٪ تا ۱۷٪ از پذیرش های بیمارستانی منجر به یک آسیب ناخواسته برای بیمار گردیده که ۳۰ تا ۷۰٪ از این وقایع قابل پیشگیری بوده اند (۳). گزارش ها نشان می دهد مرگ های ناشی از خطاهای پزشکی هشتمین عامل مرگ در آمریکا می باشد (۴). وقایع ناگوار منجر به هزینه های غیر قابل لمس مانند درد و ناراحتی برای بیمار و خانواده بیمار می گردد (۳). علاوه بر عواقب مستقیم ناشی از بروز خطا در فرایندهای کاری بخش بهداشت و درمان (ایجاد صدمات جسمانی، روانی و احساسی برای بیماران، همراهان و کارکنان)، عواقب ملموس و غیرملموس متعددی متوجه موسسات ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی می شود از جمله این موارد "انجام مراقبتهای اضافی و طولانی تر شدن مدت اقامت بیمار برای جبران صدمات وارده" - "هزینه های بالای ارائه مراقبتهای اضافی" - "کاهش رضایتمندی بیماران و همراهان ایشان و در نتیجه کاهش شهرت موسسات درمانی" - "اثرات روانی و جسمی منفی بر کارکنان و تاثیر مستقیم آن بر عملکرد ایشان" - "آسیب دیدن تجهیزات پزشکی، وسایل و ساختمان" را می توان نام برد. نتیجه این عواقب منفی می تواند باعث زیان های مالی برای موسسات بهداشتی و درمانی، خانواده ها و جامعه و بطور کل کاهش بهره وری و افت وضعیت بهداشتی جامعه گردد (۵). پیشگیری از خطاهای مرتبط با ارائه خدمات سلامت و کاهش و حذف مشکلات ناشی از این خطاها در بیماران بر شکل گیری فرهنگ ایمنی بیمار استوار است. در واقع فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آنهاست (۶). مواردی از قبیل عدم پنهان سازی خطاها و حوادث و آشکار سازی آنها، آموزش کارکنان در زمینه امنیت بیمار، وجود سیستم گزارش دهی در جهت

بهبود فرایندها، 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 (۷). در کشور ما، اگرچه هنوز آمار مدونی از میزان خطاهای پزشکی در دسترس نیست، کارشناسان حدس می زنند به دلیل برخی ضعف های ساختاری در نظام سلامت کشور، این میزان بسیار بالا باشد. از سوی دیگر، افزایش پرونده های ارجاعی شکایات مردم از پزشکان و پرستاران به نظام پزشکی و دادگاهها نیز می تواند گواهی بر این حدس باشد در همین راستا پرداختن به مسائل مربوط به ایمنی بیمار که حیطه ای وسیع تر از خطاهای پزشکی را پوشش می دهد به یک اولویت در نظام بهداشت و درمان تبدیل شده و می تواند نتایج ملموس و غیرملموس را در پی داشته باشد. فرهنگ ایمنی بیمار بعنوان یکی از مولفه های کیفیت خدمات سلامت از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۸،۹) و از ارکان اساسی مورد پایش در اعتبار بخشی مراکز درمانی است. با توجه به اینکه اولین گام برای حرکت به سمت بنای چنین فرهنگی ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستانها است (۱۰)، مطالعه حاضر (بعنوان بخشی از طرح تحقیقاتی بزرگتر با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه مدیریت خطر بر فرهنگ ایمنی بیمار و رفتار ایمنی کارکنان) به ارزیابی ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی ابعاد دارای اولویت مداخله در بیمارستان سیدالشهداء سمیرم پرداخته است.

روش مطالعه

مطالعه حاضر بصورت توصیفی از نوع مقطعی در بیمارستان سیدالشهداء سمیرم صورت گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران، ماماها، و کارکنان شاغل در رادیولوژی و آزمایشگاه بود. بدلیل محدود بودن تعداد جامعه مورد پژوهش کلیه جامعه بصورت سرشماری وارد مطالعه شدند (۱۱۸ نفر). معیار ورود افراد به مطالعه داشتن حداقل شش ماه سابقه کاری و رضایت برای شرکت در مطالعه بود و پرسشنامه هایی که نیمی از سوالات تکمیل نشده بود از مطالعه خارج شدند. پس از تشریح اهداف مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات برای کارکنان، پرسشنامه ها توزیع شد. در نهایت داده ها از ۶۰ پرسشنامه استخراج شد. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد و بومی سازی شده فرهنگ ایمنی بیمار (Hospital Survey On Patient Safety Culture-)

(HSOPSC) انجام گرفت. معتبرسازی پرسشنامه در سال ۱۳۸۸، در پایانامه کارشناسی ارشد با عنوان «معتبرسازی پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان و ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی از دیدگاه کادر درمانی و تشخیصی بیمارستانهای عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران» توسط آقای جواد مقری انجام گردیده است (۱۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ بدست آمد. پرسشنامه شامل ۵۰ سوال در خصوص مشخصات مشارکت کنندگان در مطالعه (رده شغلی، سابقه کاری، میزان ساعت کار در هفته، ارتباط با بیمار)، ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار (انتظارات و اعمال مدیر یا سرپرست در خصوص ارتقای ایمنی، یادگیری سازمانی و بهبود مستمر، کار تیمی درون واحدهای سازمان، ارتباطات صریح و روشن، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها، پاسخ غیرتنبیهی به اشتباهات، مسائل کاری مربوط به کارکنان، حمایت مدیریتی از ایمنی بیمار، درک کلی از ایمنی بیمار، کار تیمی بین واحد های بیمارستان و انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی، تناوب گزارش دهی رخدادهای، درجه ایمنی بیمار بیمارستان، و تعداد رخدادهای گزارش شده بود. ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار با مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت نمره دهی شدند. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار ۱۶-Spss مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند. برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش آمارهای توصیفی مورد استفاده قرار گرفت. طبق راهنمای پرسشنامه در بررسی ابعاد کسب میانگین درصد پاسخ مثبت حداقل ۷۰ فرهنگ ایمنی بالا، ۷۰-۵۰ فرهنگ ایمنی متوسط، و زیر ۵۰ فرهنگ ایمنی ضعیف در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این پژوهش بیشترین گروه شرکت کننده پرستار/ماما بود (۶۶/۷٪). اکثر شرکت کنندگان سابقه کار ۵-۱ سال داشتند (۴۶/۷٪) و ۵۹-۴۰ ساعت در هفته کار می کردند (۴۶/۷٪). از نظر تعامل با بیمار ۹۵٪ شرکت کنندگان در ارتباط مستقیم با بیمار و ۵٪ ارتباط غیر مستقیم با بیمار داشتند. در جدول شماره ۱ مشخصات افراد شرکت کننده در مطالعه ذکر شده است.

در بیمارستان مورد مطالعه بالاترین و پایین ترین میانگین درصد پاسخ مثبت به ترتیب در ابعاد یادگیری سازمانی و بهبود مستمر (به معنی اجرای فعالیتهایی برای ایمنی بیمار بطور خود جوش، ایجاد

تغییرات مثبت بدنبال بروز خطاها، ارزشیابی موثر بودن اصلاحات ایمنی بیمار) (۱۱/۴) و ۷۴/۵، و بعد پاسخ غیرتنبیهی به اشتباهات (به معنی احساس کارکنان نسبت به اینکه اشتباهاتشان بر علیه شان بکار گرفته خواهد شد، احساس مورد بازخواست قرار گرفتن کارکنان در صورت گزارش خطا، نگرانی از قرار گرفتن خطاهای سر زده در پرونده پرسنلی) (۱۴/۶) ۴۹/۱ کسب شد. با توجه به نمرات کسب شده، طبق راهنمای پرسشنامه بیمارستان مورد بررسی در ابعاد مذکور دارای فرهنگ ایمنی سطح بالا و ضعیف می باشد. میانگین درصد پاسخ مثبت کسب شده در سایر ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در سطح متوسط قرار داشت. از جمله: کار تیمی درون واحدهای سازمان (۱۳/۴) ۶۹/۱، انتظارات و اعمال مدیر یا سرپرست (۱۷/۲) ۶۳/۷، حمایت مدیریتی از ایمنی بیمار (۱۵/۶) ۵۱/۵، درک کلی از ایمنی بیمار (۱۲/۷) ۵۹/۱، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها (۱۳) ۶۵/۱، ارتباطات صریح و روشن (۱۵) ۶۳/۳، تناوب گزارش دهی رخدادهای (۱۷/۷) ۶۰/۸، کار تیمی بین واحدهای بیمارستان (۱۵/۵) ۵۵/۲، مسائل کاری مربوط به کارکنان (۱۱) ۶۸/۱، انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی (۱۳/۳) ۶۸/۱، جدول شماره ۲ به میانگین و انحراف معیار درصد پاسخ های مثبت به تفکیک ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار اشاره دارد.

۴۴ مشارکت کننده (۷۳/۳٪) هیچ حادثه ای را در ۱۲ ماه اخیر گزارش نداده بودند، ۱۱ مشارکت کننده (۱۸/۳٪) ۲-۱ گزارش، ۳ مشارکت کننده (۵٪) ۵-۳ گزارش، و ۲ مشارکت کننده (۳/۳٪) ۱۰-۶ گزارش حادثه طی ۱۲ ماه اخیر ارائه داده بوده اند. هیچیک از مشارکت کنندگان بیش از ۱۰ مورد گزارش حادثه نداشتند. جدول شماره ۳ توزیع فراوانی تعداد وقایع گزارش شده در ۱۲ ماه اخیر را نشان می دهد.

اکثر شرکت کنندگان (۴۳/۳٪) درجه ایمنی بیمار بیمارستان را در حد قابل قبول ارزیابی کردند. ۴۰٪ خیلی خوب، ۵٪ عالی، ۳/۸٪ ضعیف، و ۳/۳٪ بسیار ضعیف ارزیابی کردند. جدول شماره ۴ به ارزیابی درجه ایمنی بیمار بیمارستان از دیدگاه کارکنان اشاره دارد.

جدول ۱: مشخصات افراد شرکت کننده در مطالعه

تعداد (%)	مشخصات نمونه پژوهش	
۴۰ (۶۶/۷) ۱۲ (۲۰) ۴ (۶/۷) ۴ (۶/۷)	پرستار/اما تکنسین اتاق عمل/بیهوشی تکنسین رادیولوژی تکنسین آزمایشگاه	رده شغلی
۱۶ (۲۶/۷) ۲۸ (۴۶/۷) ۸ (۱۳/۳) ۶ (۱۰) ۲ (۳/۳)	کمتر از ۱ سال ۱-۵ سال ۶-۱۰ سال ۱۱-۱۵ سال ۱۶-۲۰ سال	سابقه کار در بیمارستان
۱ (۱/۷) ۲۰ (۳۳/۳) ۲۸ (۴۶/۷) ۸ (۱۳/۳) ۱ (۱/۷) ۲ (۳/۳)	کمتر از ۲۰ ساعت ۲۰-۳۹ ساعت ۴۰-۵۹ ساعت ۶۰-۷۹ ساعت ۸۰-۹۹ ساعت ۱۰۰ ساعت و بیشتر	میزان ساعت کار در هفته
۵۷ (۹۵) ۳ (۵)	ارتباط مستقیم با بیمار ارتباط غیر مستقیم با بیمار	ارتباط با بیمار

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار درصد پاسخ های مثبت ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار

Mean (SD)	Maximum	Minimum	ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار
۶۹/۱ (۱۳/۴)	۹۰	۲۵	کار تیمی درون واحدهای سازمان
۶۳/۷ (۱۷/۲)	۹۰	۲۰	انتظارات و اعمال مدیر یا سرپرست
۷۴/۵ (۱۱/۴)	۹۳/۳	۴۰	یادگیری سازمانی و بهبود مستمر
۵۱/۵ (۱۵/۶)	۸۰	۲۰	حمایت مدیریتی از ایمنی بیمار
۵۹/۱ (۱۲/۷)	۹۰	۲۵	درک کلی از ایمنی بیمار
۶۵/۱ (۱۳)	۸۶/۶	۴۰	ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها
۶۳/۳ (۱۵)	۱۰۰	۳۳/۳	ارتباطات صریح و روشن
۶۰/۸ (۱۷/۷)	۱۰۰	۲۰	تناوب گزارش دهی رخدادها
۵۵/۲ (۱۵/۵)	۹۰	۲۰	کار تیمی بین واحد های بیمارستان
۶۸/۱ (۱۱)	۹۵	۴۵	مسائل کاری مربوط به کارکنان
۶۸/۱ (۱۳/۳)	۱۰۰	۴۰	انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی
۴۹/۱ (۱۴/۶)	۷۳/۳	۲۰	پاسخ غیر تنبیهی به اشتباهات

جدول ۳: توزیع فراوانی تعداد وقایع گزارش شده در ۱۲ ماه اخیر

تعداد (%)	تعداد گزارش وقایع
۴۴ (۷۳/۳)	هیچ حادثه ای گزارش نشده است
۱۱ (۱۸/۳)	۱-۲ گزارش
۳ (۵)	۳-۵ گزارش
۲ (۳/۳)	۶-۱۰ گزارش

جدول ۴: درجه ایمنی بیمار بیمارستان از دیدگاه کارکنان

درجه ایمنی بیمار بیمارستان	تعداد (%)
عالی	۳ (۵)
خیلی خوب	۲۴ (۴۰)
قابل قبول	۲۶ (۴۳/۳)
ضعیف	۵ (۳/۸)
بسیار ضعیف	۲ (۳/۳)

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه فرهنگ ایمنی بیمار با استفاده از برگردان فارسی پرسشنامه "بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی" در کارکنان بالینی بیمارستان سیدالشهدای سمیرم بررسی گردید. فرهنگ سازمان از مهمترین عوامل تعیین کننده ایمنی بیمار در بیمارستانها محسوب میشود. بعلاوه، نقطه آغازین برای ایجاد یک فرهنگ ایمنی، ارزیابی فرهنگ فعلی با استفاده از یک ابزار مناسب است. بر اساس نتایج این پژوهش، ۴۵٪ از پاسخ دهندگان، نمره کلی ایمنی بیمار بیمارستان را عالی و خیلی خوب عنوان کرده بودند که در مقایسه با مطالعه رضاپور (۲۲٪) در بیمارستان مورد مطالعه درک کلی کارکنان از وضعیت ایمنی بیمار بالاتر بوده است (۱۲). و نتایج پژوهش با نتایج مطالعه صلواتی و ایزدی همسو بود. بطوریکه در مطالعه صلواتی ۸۴٪، و در مطالعه ایزدی ۶۷٪ از پاسخ دهندگان وضعیت ایمنی بیمار را در بیمارستانهای مورد مطالعه عالی، خیلی خوب و قابل قبول می دانستند (۱۳، ۱۴). در مطالعه حاضر ۸۵٪ از پرسنل بیمارستان وضعیت ایمنی بیمار را عالی، خیلی خوب و قابل قبول می دانستند که این امر نشان می دهد بیمارستان مورد مطالعه، اقدامات مناسبی در خصوص ارتقای ایمنی بیمار اتخاذ نموده است. براساس نتایج پژوهش از بین ابعاد ۱۲ گانه ایمنی بیمار دو بعد یادگیری سازمانی-بهبود مستمر و کار تیمی درون واحد های سازمان بعنوان نقاط قوت فرهنگ ایمنی بیمار تعیین گردید. نتایج به دست آمده با نتایج سایر مطالعات مشابه همسو می باشد. مطالعه رضاپور و همکاران دو بعد کار تیمی درون واحدهای بیمارستان و یادگیری سازمانی بالاترین امتیاز فرهنگ سازمانی را داشت. در مطالعه یعقوبی فر و همکاران ابعاد کار تیمی درون بخش و یادگیری سازمانی - بهبود مستمر به ترتیب با ۷۴٪ و ۶۹٪ از نقاط قوت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های شهر سبزوار گزارش گردیده اند (۱۵، ۱۶). نتایج مطالعه El-Jardali و همکاران برای تعیین فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستانهای لبنان نیز مشابه نتایج مطالعه حاضر بود و کار تیمی در بخشها، یادگیری سازمانی و بهبود مداوم از ابعاد دارای بالاترین نمره فرهنگ ایمنی بودند (۱۶). در مطالعه Noord و همکاران نیز که در زمینه فرهنگ

ایمنی بیمار در بخش های اورژانس هلند انجام شد پاسخگویان کار تیمی درون بخش اورژانس و ارتباطات باز را بهترین ابعاد ایمنی بیمار ارزیابی نمودند (۱۷). در مطالعه Alahmadi که برای ارزیابی فرهنگ ایمنی ۱۶ بیمارستان دولتی و خصوصی عربستان سعودی انجام شد نقاط قوت فرهنگ ایمنی یادگیری سازمانی و بهبود مداوم، بازخورد و ارتباطات در زمینه خطاها گزارش گردید (۱۸). در مطالعه حاضر دو بعد پاسخ غیرتنبیهی به خطا و حمایت مدیریتی از ایمنی بیمار به ترتیب با ۴۹٪ و ۵۱٪ از نقاط قابل بهبود در بیمارستان مورد مطالعه ارزیابی گردید در مطالعه عبدی و یعقوبی فر نیز پاسخ غیرتنبیهی به خطا به ترتیب با ۱۸٪ و ۱۷٪ و ۱۳٪ کمترین امتیاز را کسب کرده اند هر چند در مطالعه صلواتی، این بعد بعنوان یکی از نقاط قوت در بیمارستان های اهواز گزارش گردیده بود (۱۳، ۱۵، ۱۹). "پاسخ غیرتنبیهی در مواقع رخ دادن خطا" در اکثر مطالعات به عنوان یکی از بزرگترین نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیمار شناخته شده است. به طور مشخص، در فرهنگی که به هنگام بروز یک حادثه مسئولان تنها به دنبال مقصر قلمداد کردن افراد و سرزنش، تنبیه و توبیخ آنها هستند، کارکنان به هنگام ارتکاب خطا به جای سعی در جهت جلوگیری از پیامدهای آن برای بیمار و سیستم، انگیزه منفی در جهت پنهان نمودن و لاپوشانی آن خواهند داشت. این عمل ممکن است به وخیم تر شدن تبعات خطای اولیه انجامیده و آثار جبران ناپذیری بر جای بگذارد، لذا بایستی با ایجاد فرهنگی غیرتنبیهی و نگاهی سیستماتیک، به هنگام وقوع حوادث، در وهله اول به دنبال ریشه و علت اتفاق بودو در گام بعد سعی کرد تا با درس گرفتن از اشتباغات مانع بروز مجدد آنها شد.

ارزیابی فرهنگ ایمنی، ادراکات مربوط به ایمنی در سازمان و نگرش مدیران و کارکنان نسبت به مسئله ایمنی را روشن می سازد. تعیین فرهنگ ایمنی بیمار نوعی ابزار تشخیصی برای شناسایی حوزه هایی است که در سازمان نیاز بهبود دارد. در این مطالعه نیز به ارزیابی فرهنگ ایمنی در بیمارستان سیدالشهدا سمیرم پرداخته شد و نتایج ضرورت توجه بیشتر به ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در زمینه های انتظارات و اقدامات سوپروایزر/ مدیر واحد در

سیستمی در مواجهه با خطا می تواند منجر به بهبود فرهنگ ایمنی بیمار گردد. اجرای مداخلاتی در زمینه ارتقای فرهنگ ایمنی و بررسی تاثیر مداخلات، جهت پژوهش های بعدی پیشنهاد می گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از معاونت محترم درمان و معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به خاطر حمایت مالی طرح و از کلیه کارکنان بیمارستان سیدالشهداء (ع) سمیرم جهت مشارکت در اجرای طرح تشکر و قدردانی می نمایند.

راستای بهبود ایمنی، ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها، تناوب گزارش دهی حوادث، بهبود کار تیمی بین بخشی و پاسخ غیر تنبیهی به خطا را نشان داد. رهبری سازمان متعهد به فراهم سازی مراقبت های سلامت ایمن، به عنوان یکی از عوامل زمینه ساز برای بهبود ایمنی بیمار شناخته شد. مدیران و سرپرستان سازمان به عنوان رهبران می بایست مسائل سیستمی را که در سازمان وجود دارد مورد توجه قرار دهند تا زمینه یادگیری سازمانی و فردی را در سازمان فراهم نمایند. ارتباطات موثر در سازمان و ارائه بازخورد در زمینه گزارش خطا منجر به یادگیری سازمانی از خطا و شناسایی روشهای پیشگیری از این اشتباهات در آینده خواهد بود از طرفی ارائه سیاستهای تشویقی بمنظور بهبود گزارش دهی خطا و اتخاذ رویکرد

References

1. Fleming M, Wentzell N. Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. *Healthcare quarterly* (Toronto, Ont). 2007;11(3 Spec No.):10-5.
2. Johnstone M-J, Kanitsaki O. Culture, language, and patient safety: making the link. *International journal for quality in health care*. 2006;18(5):383-8.
3. Sari AB, Cracknell A, Sheldon TA. Incidence, preventability and consequences of adverse events in older people: results of a retrospective case-note review. *Age and ageing*. 2008;37(3):265-9.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human:: building a Safer Health System*: National Academies Press; 2000.
5. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boormeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care*. 2008;17(3):216-23.
6. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2008;63(3):310-9.
7. Milligan FJ. Establishing a culture for patient safety-The role of education. *Nurse Education Today*. 2007;27(2):95-102.
8. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel C, Thom I, Watson SR, Holzmüller CG, et al. Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *Journal of critical care*. 2008;23(2):207-21.
9. S K. What is it and how to improve patient safety culture? 2009;1:32-34. *J Quality Health Care, Accreditation and Patient Safety*. 2009;1:32-4.
10. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety science*. 2007;45(6):653-67.
11. Maghari J. Validated patient safety culture questionnaire and assessment of safety

culture from the perspective of the medical staff at the general hospital of Tehran University of Medical Sciences in 2008. Thesis in healthcare services management, Tehran: School of Health, Tehran University of Medical Sciences, 2008.

12. Rezapoor A, Tanoomand Khoushehmehr 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.

13. Salavati S, Fanoosi T, Dehghan D, Tabesh H. Nurses' Perspectives on Patient Safety Culture. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(84):24-33.

14. Izadi AR, Drikvand J, Ebrazeh A. The Patient Safety Culture in Fatemeh Zahra Hospital of Najafabad, Iran. *Director General*. 2013;9(6).

15. Yaghubi FMA, Takkiri A, HaghgoshaYE E, Tabarraye Y. The survey of patient safety culture and recognizing its weaknesses and strengths in Sabzevar hospitals: 2011. 2013.

16. El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010;22(5):386-95.

17. van Noord I, de Bruijne MC, Twisk JW. The relationship between patient safety culture and the implementation of organizational patient safety defences at emergency departments. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010;22(3):162-9.

18. Alahmadi H. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Quality and Safety in Health Care*. 2010;19(5):1-5.

19. Abdi Z, Maleki MR, Khosravi A. Perceptions of patient safety culture among staff of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. 2011.

Patient safety culture assessment in Seidolshohada hospital of Semirom

Afshari A¹, *Piruzi M², Afshari S³, Hejab K⁴

1-Ph.D Candidate in Health Education & Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2-MSc in Healthcare Services Management, Seidolshohada Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Semirom, Isfahan, Iran (**Corresponding author**)

Email: Gh.pirozi1363@yahoo.com

3-MSc student in Public Management, School of Management, Isfahan Research University, Isfahan, Iran.

4-Surgeon, Seidolshohada Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Semirom, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Patient safety is one of the important components in quality improvement of health services. This study aimed to evaluate aspects of patient safety culture and identification of intervention priority in the Seidolshohada Hospital.

Method: The study was a cross – sectional on the community of nurses, midwives, and the staff in radiology and laboratory. Sampling method was census. Data collection was conducted using standard questionnaire of hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). The data was analyzed descriptive statistics (frequency, percentage, mean) using software spss-16. According questionnaire guide in each aspects average at least 70 percent positive safety culture, safety culture medium 70-50, and 50 were considered poor safety culture.

Results: In this study, the largest group participant was nurse / midwife (66.7%). Most participants work experience 5-1 years (46.7%) and 59-40 hours worked per week (46.7%).

The interaction with the patients, 95% of participants in direct contact with patients and 5% indirect communication with patients. The dimension that received the highest score was "organizational learning and continuous improvement" (74.5%) and the dimension with the lowest scores was "Non-punitive response to error" (49.1%). The other aspects of safety culture was at a moderate level.

Conclusion: This study emphasizes the need to promote a culture of patient safety in terms of expectations and the Supervisor/ Manager to improve safety, communication and provide feedback on the errors, the frequency of reporting accidents, improve teamwork between the unit and the non-punitive response to error.

Key words: Patient safety culture, Patient safety, Hospital.

Received: 10 October 2015

Accepted: 8 February 2016



Iranian Nursing
Scientific Association

Iranian Journal of Nursing Research

Vol. 11 No.1 (Serial 40) March-April 2016 ISSN:1735-7012

Patient safety culture assessment in Seidolshohada hospital of Semirom	8
Afshari A, Piruzi M, Afshari S, Hejab K	
Comparison of health-related quality of life in beta thalassemia major and healthy people in Dezful in 2015	16
Madmoli Y, Beiranvand R, Korkini N, Mashalchi H, Beigom Bigdeli shamloo M, Karimi H	
The effect of self-management program after discharging on therapeutic adherence in patient with ischemic heart disease	24
Zakerimoghadam M, Ebrahimi S. shahsavari H, Haghani H	
The relationship between senses of coherence, self-compassion and personal intelligence with postpartum depression in women	33
Narimani M, Ghaffari M	
Investigating of quality of life and it's correlation with individual, social, economic, and health variables of retirees of Tabriz	41
Malek M, Hassankhani H, Darvishpur Kakhki A, Asghari Jafarabadi M, Mansouri arani M, Mohammad nejad S	
The effect of risk management education on the knowledge and performance of Operating room personnel at hospitals affiliated with Islamic Azad University Tehran Medical Sciences Branch in 1392	50
Salehi Zahed L, Asadi M, kordmir K	
The relationship between emotional intelligence and coping styles of nurses in hospitals in Kermanshah University of Medical Sciences	61
Rostami M, Movaghari MR, Taghavi T, Mehran A	
Life experiences of addicted wife:A qualitative study	75
Nikbakht Nasrabadi AR. pashaei sabet F, Bastami AR	
The Effect of Contextual Factors on Health Information Seeking Behavior of Isfahan Diabetic Patients	86
Zare-Farashbandi F, Lalazaryan A, Rahimi AR, Hassanzadeh A	
The determining of conformity rate of nursing cares regarding to respiratory system in neonates under mechanical ventilation in NICU	94
Jafari Z, Khanali Mojen L, Rassouli M, Baghestani A.R, Gahri Sarabi A.R, Shirinabady Farahani A, Shiri H	