

Patient safety culture assessment in neonatal intensive care units of tabriz from the perspective of nurses in 2013

Arshadi Bostanabad¹ M (MSc.) - Jebreili² M (MSc.) - kargari Rezapour³ M (B.Sc.).

Abstract

Introduction: The Patient safety is one of the basic principles of health care And investigation of patient safety culture was done in order to Provide safe conditions for patient care. According to the sensitive body structure of the infants and inability to speak they are highly vulnerable. The purpose of this study was to assess the culture of patient safety in neonatal intensive care units of Tabriz.

Method: The study was a cross – sectional and we used standard questionnaire of hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). Sampling method was census and from july to august all nurses (n:99) who had been working in neonatal intensive care units of tabriz were selected for this survey. The data was analyzed descriptive statistics (frequency, percentage, mean).

Results: The overall mean percentage of positive responses to the 12 dimensions of safety culture was 46 percent. The dimension that received the highest score was "expectations and actions of the manager or supervisor on safety promotion" (68.67%) and the dimension with the lowest scores was "A non-punitive response to error" (15.16%).

Conclusion: According to the results of this study, various aspects of patient safety culture including: Nonpunitive response to error, Staffing, Hospital management support, Frequency of event reporting, Teamwork across hospital, Feedback & communication about error require immediate attention and action. Since the hospital management support and commitment for patient safety issues have significant rule in creating positive patient safety culture, so management can offer planned strategies for improving patient safety.

Key words: Patient safety culture, intensive care unit, neonatal, nurse

Received: 6 March 2015

Accepted: 7 April 2015

1- Instructor of Pediatrics, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2- Instructor of Pediatrics, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

3- Corresponding author: Student of Neonatal Intensive Care, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

e-mail: maliherezapour@gmail.com

بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در واحدهای مراقبت ویژه نوزادان تبریز از دیدگاه پرستاران در سال ۹۲

محمد ارشدی بستان آباد^۱، مهناز جبرئیلی^۲، ملیحه کارگری رضاپور^۳

چکیده

مقدمه: ایمنی بیمار یکی از اصول اساسی مراقبت سلامت می باشد و بررسی فرهنگ ایمنی بیمار حرکتی در جهت فراهم کردن شرایط ایمن برای مراقبت از بیماران می باشد. با توجه به ساختار بدنی حساس و شکننده نوزادان و عدم توانایی برای صحبت کردن، نوزادان شدیداً مستعد آسیب می باشند هدف از این مطالعه تعیین فرهنگ ایمنی بیمار در بخش های مراقبت ویژه نوزادان تبریز می باشد.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد و با استفاده از ابزار و پرسشنامه ی استاندارد "ارزیابی بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار" انجام یافته است. روش نمونه گیری به صورت سرشماری بود و کلیه پرستاران (۹۹ نفر) شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان چهار مرکز درمانی تبریز در فاصله زمانی تیر تا شهریور سال ۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (تعداد، درصد، میانگین) استفاده شده است.

یافته ها: میانگین کلی درصد پاسخ های مثبت به ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی ۴۶ درصد بود که بالاترین امتیاز کسب شده، مربوط به حیطه ی "انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در خصوص ارتقای ایمنی بیمار" (۶۸/۶۷ درصد) و پایین ترین امتیاز کسب شده مربوط به حیطه ی "پاسخ غیر تنبیهی به خطا" (۱۵/۱۶ درصد) بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج، حیطه های مختلف فرهنگ ایمنی بیمار از جمله: پاسخ غیر تنبیهی به خطاها، مسائل مربوط به کارکنان، حمایت مدیریت بیمارستان، فراوانی گزارش خطا، کار تیمی بین واحدها، ارائه بازخورد در رابطه با خطاها جهت ارتقاء و بهبود ایمنی بیمار نیاز به توجه و اقدام فوری دارند. از آنجا که حمایت و تعهد مدیریت بیمارستان در رابطه با مسائل ایمنی بیمار نقش به سزایی در ایجاد فرهنگ ایمنی مثبت دارد بنابراین مدیریت می تواند راهکارهای برنامه ریزی شده ای را جهت بهبود ایمنی بیمار ارائه دهد.

کلید واژه ها: فرهنگ ایمنی بیمار، واحد مراقبت ویژه، نوزادان، پرستار

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۵

۱- مربی گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲- مربی گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه نوزادان، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: maliherezapour@gmail.com

مقدمه

بیش از ۱۴۰ سال پیش، فلورانس نایتینگل اعلام کرد که یکی از ابتدایی ترین و مهمترین لازمه ی خدمت بهداشتی و درمانی نرساندن آسیب به بیمار در حین ارائه مراقبت است (۱). پس از انتشار گزارش موسسه پزشکی ایالات متحده در سال ۱۹۹۹ در رابطه با خطاهای پزشکی، ایمنی بیمار به عنوان یکی از اولویتهای مراقبت بهداشتی و جامعه آمریکا تعیین شد. بر طبق این گزارش تخمین زده می شود که خطا در مراقبت سلامت، سالانه منجر به مرگ ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ نفر شود (۲). به طوری که در سراسر جهان از هر ۱۰ بیمار ۱ نفر تحت تأثیر خطاهای پزشکی قرار می گیرد و همین امر باعث شده است که سازمان جهانی بهداشت، ایمنی بیمار را به عنوان یک نگرانی آندمیک و همه گیر معرفی کند (۳). سپس در سال ۲۰۱۳ جمیز با استفاده از یک ابزار ماشه جهانی که یک روش جدید مبتنی بر شواهد بود تخمین جدیدی را از میزان آسیب بیمارانی که مراقبت های بیمارستانی را دریافت می کردند ارائه داد. بر اساس این تخمین سالانه بیش از ۴۰۰۰۰۰ نفر دچار مرگ پیش از موعود به دلیل آسیب های قابل پیشگیری می شوند و میزان بروز آسیب های جدی ۲۰ تا ۱۰ برابر شایع تر از میزان بروز مرگ می باشد (۴).

در حال حاضر رهبران ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی را به عنوان جز اصلی و حیاتی سازمان های مراقبت سلامت جهت ارتقاء و بهبود ایمنی بیمارانی پیشنهاد می کنند (۵). فرهنگ ایمنی در اصل نشان دهنده ی ارزشها و نگرش های مدیران و کارمندان در رابطه با مدیریت خطر و ایمنی می باشد. ابعاد فرهنگ ایمنی سازمانی عبارتند از: تعهد مدیریت به ایمنی، روش های کاری مرتبط با ایمنی، اولویت دهی نسبی به ایمنی، پایبندی به قوانین ایمنی، مدیریت خطر، گزارش خطاها و حوادث می باشد (۶).

به گفته موسسه پزشکی ایالات متحده، بزرگترین چالش برای حرکت به سمت نظام سلامت امن تر، تغییر دادن فرهنگ در این راستا است به طوری که به جای سرزنش افراد به خاطر اشتباهاتشان و مد نظر قرار دادن خطا به عنوان نارسایی فردی، سازمانها سعی کنند تا خطاهایی که اتفاق افتاده را مورد بررسی قرار دهند. در نتیجه چنین رویکردی فرصت جهت بهبود سیستم و جلوگیری از آسیب فراهم خواهد شد. از آنجا که فرهنگ ایمنی بیمار عامل شکل گیری عملکرد می باشد با تأثیر بر روی رفتارهای اختیاری ارائه دهندگان مراقبت سلامت باعث می شود که آنها حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار را به عنوان یکی از بالاترین اولویتهای خود در ارائه مراقبت سلامت مد نظر قرار دهند (۷).

دستیابی به فرهنگ ایمنی در گرو درک صحیح از این است که چه "ارزش، باور و هنجارهایی" برای سازمان مهم است و چه نگرش و رفتارهایی در رابطه با ایمنی بیمار انتظار می رود (۸). سازمانی از فرهنگ ایمنی برخوردار است که ماهیت پر خطر فعالیت های خدمات و مراقبت سلامت را قبول کند و شرایطی را فراهم سازد که افراد آزادانه و بدون ترس از تنبیه، موارد خطا و نزدیک به خطا را گزارش کنند. در صورتی که چنین دیدگاهی ایجاد شود در این راستا انتظار می رود که تمام رده های سازمان جهت جستجوی راه حل با هم همکاری کنند (۹). بر طبق مطالعه ی مروری که توسط بنیاد سلامت انگلستان (۲۰۱۱) در خصوص ارتباط فرهنگ ایمنی با پیامدهای بیمار انجام شد نتایج نشان داد که بین فرهنگ ایمنی و کاهش رویدادهای نامطلوب، خطاهای دارویی، طول مدت بستری در بیمارستان، پذیرش مجدد و مرگ و میر ارتباط مستقیمی وجود دارد (۱۰).

عبارت "ایمنی در وهله اول" برای موسسات پر خطر از جمله انرژی هسته ای و حمل و نقل هوایی به کار می رود. ایمنی در واحد مراقبت ویژه نوزادان از نظر اهمیت مشابه این موسسات می باشد. این چنین سیستم هایی پیچیده بوده و مستعد خطراتی هستند که نیازمند شناسایی و کنترل می باشند تا میزان بروز آسیب را به حداقل برسانند (۱۱)، ماهیت بخش های نوزادان می طلبد که نگاه متفاوتی در بحث ایمنی نوزادان حاکم باشد چرا که بیماران بستری در واحد مراقبت ویژه نوزادان بسیار شکننده و آسیب پذیر هستند و بسیاری از آنها ساختار بدنی نابالغی داشته و بیماری های جدی را متحمل می شوند. در صورت بروز رویدادهای نامطلوب نوزادان به احتمال زیاد زودتر از پیامدهای مضر ناشی از خطاها رنج برده و آسیب خواهند دید. پیچیدگی محیط واحدهای مراقبت ویژه نوزادان علاوه بر آسیب پذیری جمعیت نوزادان، خطر بروز خطاهای پزشکی را افزایش می دهد به طوری که حتی خطاهای جزئی نیز می تواند منجر به پیامدهای مخرب کوتاه مدت و یا بلند مدت (۱۲، ۱۳) و یا منجر به مرگ نوزادان گردد و این در حالی است که بیشتر عواملی که باعث مرگ می شوند قابل پیشگیری هستند (۱۴، ۱۵). در نتیجه، چنین محیطهای پرخطری جهت کاهش بروز خطاهای پزشکی نیازمند توجه تخصصی هستند (۱۶).

۷۴۹ پرونده پزشکی در ۱۵ NICU آمریکا توسط شرک و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از ابزار ماشه که جهت شناسایی رویدادهای نامطلوب استفاده می شود مورد بررسی قرار گرفتند نتایج نشان داد که ۵۶ درصد از همه رویدادهای نامطلوبی که در NICU ها اتفاق افتاده بودند قابل پیشگیری بودند و از این بین فقط ۸ درصد از رویدادهای نامطلوب از طریق گزارش داوطلبانه شناسایی

ارائه نمی شد یا به تمام سوالات پاسخ یکسان داده می شد و احتمال عدم دقت در محتوی پاسخ ها وجود داشت پرسشنامه از مطالعه کنار گذاشته می شد.

ابزار گردآوری داده های پژوهش از دو بخش تشکیل شده بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک که شامل: سابقه کار در بیمارستان کنونی، سابقه کار در واحد مراقبت ویژه نوزادان، سابقه کار در پرستاری، سن، میزان تحصیلات، نوع استخدام، وضعیت تأهل، نوع شیفت، جنس، تعداد شیفت بود و بخش دوم مربوط به پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار (Hospital survey on patient safety culture-HSOPSC) بود که در سال ۲۰۰۴ توسط مرکز پژوهش و کیفیت خدمات سلامت آمریکا طراحی گردیده است. این پرسشنامه حاوی ۴۲ سؤال است که در هفت بخش تدوین شده بود و ۱۲ بعد مختلف ایمنی بیمار را مورد سنجش قرار می داد. این ابزار ده بعد فرهنگ ایمنی بیمار از جمله: انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در خصوص ارتقای ایمنی بیمار و بهبود مستمر (۴ گویه)، یادگیری سازمانی (۳ گویه)، کار تیمی در داخل بخش (۴ گویه)، ارتباطات صریح و روشن (۳ گویه)، آگاه کردن کارکنان از بروز خطاها و دادن بازخورد در این خصوص (۳ گویه)، پاسخ غیرتنبیهی به اشتباهات (۳ گویه)، کارکنان و مسائل کاری مربوط به آنها (۴ گویه)، پشتیبانی مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار (۳ گویه)، کار تیمی بین واحدهای بیمارستان (۴ گویه) و انتقال و تعویض شیفت در بیمارستان (۴ گویه) و نیز دو بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی بیمار از جمله فراوانی گزارش خطاها و اشتباهات (۳ گویه) و درک کلی از ایمنی (۴ گویه) مورد سنجش قرار می دهد و همچنین در بردارنده دو سؤال، که یکی در مورد این که مشارکت کنندگان چه نمره ای را برای ایمنی بیمار در بیمارستان در نظر گرفته اند و دیگری تعداد خطاهای گزارش شده در طی ۱۲ ماه گذشته می باشد. سؤالات پرسشنامه در یک مقیاس پنج گزینه ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم یا هرگز تا همیشه تنظیم شده است. جهت امتیازدهی نیز مطابق با دستورالعمل نحوه امتیازدهی به پرسشنامه، گزینه های موافقم / کاملاً موافقم و همیشه / اغلب اوقات برای سؤالات مثبت و گزینه های مخالفم / کاملاً مخالفم و هرگز / به ندرت برای سؤالات منفی در طیف پاسخ های مثبت طبقه بندی شدند. نمره گذاری نهایی پرسشنامه با جمع درصد پاسخ های مثبت سؤالات هر حیطه و تقسیم آن بر تعداد سؤالات همان حیطه محاسبه و در نهایت با توجه به درصد هر حیطه نمره نهایی در سه سطح فرهنگ ایمنی بالا (بیش

شده بودند (۱۷)، شناسایی و کاهش منابع و منشاء آسیب در حین ارائه مراقبت سلامت نقش بسیار حیاتی در ارتقاء ایمنی بیماران دارد (۱۸). ایجاد و توسعه فرهنگ ایمنی و طراحی فرآیندهای مراقبت سلامت قابل اعتماد، می تواند به بهترین نحو منجر به کاهش آسیب شود (۱۸). به طوری که، ایجاد فرهنگ ایمنی مثبت باعث خواهد شد تا ارائه دهندگان مراقبت سلامت توانایی بحث، تجزیه و تحلیل و گزارش خطاها و موارد نزدیک به خطا را پیدا کنند که این امر یک قدم بزرگ در راستای ارتقاء کیفیت مراقبت سلامت از نوزادان محسوب می شود (۱۳) فرهنگ ایمنی شامل ایجاد روش های مبتنی بر شواهد و امن می باشند و باید بخشی از هرگونه فعالیتهای بهبود کیفیت مراقبت سلامت در NICU ها باشد. پرستاران به دلیل نزدیکی به بیمار در حین ارائه مراقبت سلامت موقعیت منحصر به فردی دارند که همین امر به آنها کمک می کند تا بتوانند عوامل دست اولی که بر روی ایمنی بیمار تأثیر می گذرد را شناسایی کنند. پس در نتیجه برای کسب موفقیت در اجرای فرآیندهای ایمنی بیمار پرستاران نقش اساسی دارند (۱۸)، قبل از اینکه مداخله ای در رابطه با تغییر فرهنگ ایمنی در یک سازمان صورت گیرد ابتدا باید وضعیت فعلی فرهنگ ایمنی سازمان مورد ارزیابی قرار گیرد (۶). با لحاظ این امر که مطالعه ای در خصوص وضعیت فرهنگ ایمنی در بخش های مراقبت ویژه نوزادان توسط پژوهشگران مشاهده نگردید لذا این مطالعه با هدف بررسی فرهنگ ایمنی در بخش های مراقبت ویژه نوزادان انجام گرفته است.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع پژوهش های توصیفی-مقطعی می باشد که در واحدهای مراقبت ویژه نوزادان تبریز در سطح چهار مرکز درمانی انجام شده است. روش نمونه گیری به صورت سرشماری بود و کلیه پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان چهار مرکز درمانی تبریز انتخاب شدند. پرسشنامه ها پس از کدگذاری با رعایت اصول اخلاقی در اختیار مشارکت کنندگان قرار گرفت سپس بر اساس کدهای تعیین شده تمامی پرسشنامه ها توسط پژوهشگر جمع آوری گردید که در نهایت نرخ پاسخ به پرسشنامه ها ۱۰۰ درصد بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت جهت شرکت در پژوهش و داشتن حداقل ۳ ماه سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان بود و چنانچه فردی به کمتر از نیمی از گویه های پرسشنامه پاسخ می داد و به یک بخش از کل بخش های پرسشنامه پاسخی

از ۷۵٪ پاسخ های موافق)، فرهنگ ایمنی متوسط (بین ۷۵-۵۰٪ پاسخ های موافق) و فرهنگ ایمنی پایین (کمتر از ۵۰٪ پاسخ های موافق) طبقه بندی گردید. برای نمره کلی این مقیاس میانگین و انحراف معیار و برای هر یک از گویه های آن فراوانی و درصد گزارش شد. برای تحلیل داده ها نرم افزار SPSS ۱۳ به کار گرفته شده است.

روایی و پایایی پرسشنامه انگلیسی توسط مطالعات مختلفی که به انجام رسیده مورد قبول بوده است (۱۹-۲۱). روایی این پرسشنامه در مطالعه عبدالله زاده در سال ۱۳۹۰ توسط ۱۰ نفر از اعضای دانشکده پرستاری و مامایی تبریز بررسی شد و پایایی آن توسط آزمون آماری الفای کرونباخ ما بین ۰/۸۱ - ۰/۶۱ بود. با توجه به اینکه پرسشنامه اصلی به زبان انگلیسی بود، ابتدا پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه شد و پس از آن، ۲ نفر از اعضای هیأت علمی، که به هر دو زبان آشنا بودند، پرسشنامه را از نظر سازگاری با منبع مقایسه کرده و اصلاحات لازم را اعمال نمودند (۲۲). جهت رعایت ملاحظات اخلاقی محقق با ارائه توضیح کاملی در رابطه با هدف پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت و اعتماد پرستاران را جهت همکاری و تکمیل جلب نمود و فرم رضایت آگاهانه توسط آنان تکمیل گردید. سپس بر اساس کدهای تعیین شده تمامی پرسشنامه ها با پیگیری های مداوم توسط پژوهشگر جمع آوری گردید.

یافته ها

تعداد کل افراد مشارکت کننده در این مطالعه ۹۹ نفر، با میانگین سنی 55 ± 33 سال بودند. بیشترین رده سنی مربوط به ۳۱ تا ۴۰ سال می شد. ۱۰۰ درصد مشارکت کنندگان در این پژوهش را خانم ها تشکیل می دادند. تعداد شیفت کاری ماهانه بین ۱۹ تا ۴۲ شیفت متغیر و میانگین شیفت کاری ۲۹ شیفت بود. از نظر سابقه کار پرستاری، ۳۶ نفر (۳۶/۳ درصد) از مشارکت کنندگان در پژوهش دارای سابقه کاری یک تا پنج سال، ۳۲ نفر (۳۲/۳ درصد) شش تا ده سال و در نهایت ۳۱ نفر (۳۱/۳ درصد) سابقه کار بیش از ده سال را داشتند. ۵۴ نفر (۵۴/۶ درصد) از افراد مورد بررسی، سابقه کاری کمتر از پنج سال را در واحد مراقبت ویژه نوزادان داشتند و ۹۹ درصد مشارکت کنندگان در تماس یا تعامل مستقیم با بیمار بودند. مشخصات افراد مشارکت کننده در جدول شماره ۱ آورده شده است.

با توجه به جدول شماره ۲ میانگین نمرات ده بعد فرهنگ ایمنی بیمار (۴۵/۶۳) و نیز دو بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی بیمار (۴۶/۸۴) در سطح پایین قرار داشت. میانگین درصد پاسخ های مثبت، بین ۱۵/۱۶ تا ۶۸/۶۷ درصد بود که بالاترین امتیاز کسب شده، مربوط به حیطه ی "انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در خصوص ارتقای ایمنی بیمار" (۶۸/۶۷ درصد) و پایین ترین امتیاز کسب شده مربوط به حیطه "پاسخ غیر تنبیهی به خطا" (۱۵/۱۶ درصد) می شود با توجه به نتایج به دست آمده حیطه های: انتظارات و اقدامات سرپرست، یادگیری سازمانی، کار تیمی در داخل بخش، انتقال، درک کلی از ایمنی، انتقادات و ارتباط باز امتیاز ما بین ۷۰-۵۰ درصد را به خود اختصاص دادند و حیطه های: ارتباطات روشن و صریح، کار تیمی بین واحدها، فراوانی گزارش رویدادها، پشتیبانی مدیریت، کارکنان و پاسخ غیر تنبیهی به خطا امتیاز کمتر از ۵۰ درصد را به خود اختصاص دادند.

با توجه به نتایج بدست آمده، سؤالات جدول شماره ۳ کمترین امتیاز را از پاسخ های مثبت در هر حیطه از فرهنگ ایمنی به خود اختصاص دادند و گویه هایی هستند که نسبت به سایر سؤالات از ضعف بیشتری برخوردار بودند. ۹۴ درصد از کارکنان بر این باورند که عملاً در یک شرایط بحرانی فعالیت می کنند و مجبور هستند مقدار زیادی کار را در مدت زمان کم انجام دهند و ۸۹/۹ درصد از کارکنان بیش از میزان لازم برای بیماران وقت صرف می کنند و از طرفی ۸۴/۸ درصد از کارکنان بر این عقیده هستند که اشتباهاتشان بر علیه آنها استفاده می شود در نهایت ۶۴/۶ درصد از کارکنان بر این باور هستند که در رابطه با ایمنی بیمار در بخش مشکل دارند.

همان طور که در جدول شماره ۴ نیز آمده، نمره ای که اکثریت پرستاران به فرهنگ ایمنی در واحد کاری خود داده اند ۵۹/۶ درصد مربوط به نمره قابل قبول بوده است. ۵۳/۵ درصد از پرستاران در واحد کاری خود در ۱۲ ماهه گذشته سابقه ی هیچ گونه گزارش خطا را نداشته اند. ۳۲/۳ درصد بیان کرده اند که در طول ۱۲ ماه ۱-۲ مورد را گزارش کرده اند. ۱۰/۱ درصد از پرستاران ۳-۵ مورد، ۳ درصد ۶-۱۰ مورد و ۱ درصد ۱۱-۲۰ مورد خطا را گزارش نموده اند.

جدول ۱- مشخصات فردی و اجتماعی واحدهای مورد مطالعه

مشخصات نمونه پژوهش	تعداد	درصد
سابقه کار در بیمارستان کنونی	۵۶	۵۶/۵
کمتر از ۵ سال	۲۶	۲۶/۳
بین ۶ تا ۱۰ سال	۱۷	۱۷/۲
بین ۱۱ تا ۲۰ سال		
میزان تحصیلات	۵	۵/۱
کارشناسی ارشد	۹۳	۹۳/۹
کارشناس	۱	۱
کاردان		
نوع استخدام	۲۱	۲۱/۲
رسمی	۶۲	۶۲/۶
پیمانی	۱۶	۱۶/۲
طرحی و قراردادی		
وضعیت تأهل	۶۷	۶۷/۷
متأهل	۳۲	۳۲/۳
مجرد		
نوع شیفت	۹۶	۹۷
چرخشی	۳	۳
ثابت		

جدول ۲- میانگین کلی پاسخ های مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

ابعاد	میانگین درصد پاسخ های مثبت
انتظارات و اعمال مدیر یا سرپرست در خصوص ارتقای ایمنی	۶۸/۶۷
یادگیری سازمانی	۶۸/۶۶
کار تیمی در داخل بخش	۶۵/۹۲
انتقال و تعویض شیفت در بیمارستان	۵۸/۸۲
درک کلی از ایمنی	۵۶/۳۲
انتقادات و پیشنهادات و ارتباط باز در مورد خطا	۴۹/۸۳
ارتباطات صریح و روشن	۴۰/۰۳
کار تیمی بین واحدهای بیمارستان	۳۷/۸۷
فراوانی گزارش رویدادها	۳۷/۳۶
پشتیبانی مدیریت بیمارستان از ایمنی موجود	۳۳
کارکنان و مسائل کاری مربوط به آنها	۱۸/۴۲
پاسخ غیر تنبیهی به خطا	۱۵/۱۶

جدول ۳- گویه های دارای پایین ترین امتیاز در هر حیطه از فرهنگ ایمنی بیمار

سؤال	کاملاً مخالفم / مخالفم	نظری ندارم	کاملاً موافقم / موافقم	میانگین پاسخ مثبت (درصد)
	هرگز / به ندرت (درصد)	بعضی وقتها (درصد)	همیشه / اغلب (درصد)	
۱. ما عملاً در یک شرایط بحرانی فعالیت می کنیم و مجبور هستیم مقدار زیادی کار را در مدت زمان کم انجام دهیم R	۶/۱	۶/۱	۸۷/۸	۶/۱
۲. کارکنان نگران هستند که اگر اشتباهی مرتکب شوند، در پرونده ی پرسنلی آنها ثبت گردد. R	۸/۱	۱۵/۲	۷۶/۸	۸/۱
۳. کارکنان می توانند آزادانه اقدامات یا تصمیم های مسئولین را مورد سوال قرار دهند.	۴۸/۵	۲۷/۳	۲۴/۲	۲۴/۲
۴. چنین به نظر می رسد که امنیت بیمار تنها پس از وقوع حوادث ناگوار مورد توجه مدیر/رئیس قرار می گیرد. R	۲۸/۳	۲۱/۲	۵۰/۵	۲۸/۳
۵. واحدهای موجود در این مرکز هماهنگی خوبی با یکدیگر ندارند R	۲۹/۳	۲۴/۲	۴۶/۵	۲۹/۳
۶. اشتباهی که پتانسیل آسیب رساندن به بیمار را ندارد.	۲۸/۳	۴۱/۴	۳۰/۳	۳۰/۳
۷. روش ها و سیستم های ما برای جلوگیری از وقوع خطاها مناسب می باشد.	۳۶/۴	۳۰/۳	۳۳/۳	۳۳/۳
۸. ما در این واحد در رابطه با نحوه جلوگیری از بروز مجدد خطاها و اشتباهات با یکدیگر بحث و تبادل نظر می نماییم	۲۹/۳	۳۲/۳	۳۸/۴	۳۸/۴
۹. اغلب در هنگام هماهنگی و مبادله اطلاعات با سایر واحدهای بیمارستان، با مشکل مواجه می شویم. R	۳۹/۴	۲۴/۲	۳۶/۴	۳۹/۴
۱۰. مسئول من زمانی که باند فردی اقدامی مطابق با روش های ایمنی بیمار انجام داده است او را تحسین می کند.	۲۵/۳	۲۶/۲	۴۸/۵	۴۸/۵
۱۱. کارکنان از یکدیگر در بخش حمایت می کنند.	۲۸/۳	۲۱/۲	۵۰/۵	۵۰/۵
۱۲. پس از انجام اقداماتی به منظور افزایش ایمنی بیمار ، ما میزان اثربخشی آنها را مورد ارزیابی قرار می دهیم.	۸/۱	۳۲/۳	۵۹/۶	۵۹/۶

علامت R دلالت بر این دارد که سؤال معکوس می باشد یعنی پاسخ مثبت در آن کاملاً مخالفم / مخالفم در نظر گرفته شده است.

جدول ۴- درجه ایمنی بیمار از دیدگاه کارکنان واحدهای مراقبت ویژه نوزادان (درصد نمره کل)

درجه	درصد
عالی	۳
بسیار خوب	۲۳/۲
قابل قبول	۵۹/۶
ضعیف	۱۲/۱
غیر قابل قبول	۲

بحث

مطالعه حاضر نشان می دهد که سطح فرهنگ ایمنی بیمار در واحدهای مراقبت ویژه نوزادان در حد پایین-متوسط است. بر اساس نتایج، بعد "انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در خصوص ارتقای ایمنی بیمار" بالاترین میانگین درصد پاسخ های مثبت و بعد "پاسخ غیر تنبیهی به خطا" پایین ترین میانگین درصد پاسخ های مثبت را به خود اختصاص بودند. نتایج مشابه مطالعه ای بود که در طی آن Sorra و همکاران گزارشی در رابطه با مقایسه پایگاه داده های سال ۲۰۱۲ HSOPSC ارائه داده بودند به این صورت که بعد "انتظارات و اعمال مدیر" با ۷۵ درصد امتیاز جزو رده ای بود که بیمارستانها بیشترین امتیاز را کسب کرده بودند و بعد "پاسخ غیر تنبیهی به خطا" با ۴۴ درصد امتیاز جزو رده ای بود که بیمارستانها کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده بودند (۲۳).

در مطالعه بقایی و همکاران که بر روی ۵۰۰ نفر از کارکنان چهار مرکز درمانی اورمی در رابطه با بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار (۱۳۹۰) انجام شد همانند مطالعه حاضر بعد پشتیبانی مدیریت امتیاز پایین و بعد انتظارات و اقدامات سرپرست امتیاز بالایی کسب کرده بود (۲۴). اما برخلاف مطالعه حاضر، در مطالعه قبایی و همکاران (۲۰۱۱) بعد پشتیبانی مدیریت امتیاز بیشتری نسبت به انتظارات و اعمال سرپرست کسب نموده بود (۲۵). نتایج مطالعه حاضر حاکی از این بود که انتظارات و اقدامات سرپرستاران واحد در جهت ارتقاء ایمنی بیمار در بیمارستان می باشد. ولی با این وجود پشتیبانی و حمایت لازم را از سوی مدیریت بیمارستان جهت رسیدن به شرایط ایده ال در مسائل مربوط به ایمنی بیمار را دریافت نمی کنند به طوری که ایمنی تنها زمانی مورد توجه مدیریت قرار می گیرد که حادثه ناگواری برای بیمار رخ داده باشد.

تعهد مدیران به مسائل مرتبط با ایمنی بیمار یک امر حیاتی برای داشتن فرهنگ ایمنی بهینه در داخل سازمان است (۲۶). مدیران می توانند تعهد خود را نسبت به ایمنی بیمار با کنترل عملکرد پرستاران و مشارکت دادن آنها در امر تصمیم گیری در مورد امور مربوط به ایمنی بیمار نشان دهند و همچنین مدیریت بیمارستان

می تواند جوی ایجاد کند که پرستاران در شناسایی مشکلات ایمنی بیمار، اولویت بندی اهداف ایمنی بخش و حل مشکلات عملیاتی که پتانسیل به خطر انداختن ایمنی بیمار را دارند مشارکت کنند (۲۷). در مطالعه عبادی فرد آذر و همکاران، بعد کارکنان همچون مطالعه حاضر امتیاز پایینی را از فرهنگ ایمنی به خود اختصاص داده بود (۲۸). کسب امتیاز پایین از حیثه کارکنان نشان دهنده این امر است که حجم بالایی از کار بر تعداد کم کادر تحمیل می شود (۲۹). براساس نتایج مطالعه حاضر پرستاران بر این باورند که در بخش پرسنل کافی جهت انجام امور محوله وجود ندارد و کمبود پرسنل پرستاری در واحد مراقبت ویژه نوزادان منجر گردیده که پرستاران در یک شرایط بحرانی قرار گیرند به طوری که آنها مجبور هستند تا حجم بالایی از کار را در حداقل زمان ممکن انجام دهند در نتیجه در چنین شرایطی احتمال بروز خطا اجتناب ناپذیر خواهد بود. کمبود پرسنل پرستاری شرایط را برای بروز خطا مستعد خواهد کرد و همین امر می تواند یک چالش بزرگی در جهت رسیدن به فرهنگ ایمنی بالا ایجاد کند.

پاسخ غیر تنبیهی به خطا جز ابعادی است که در ایجاد فرهنگ ایمنی نقش به سزایی دارد. در مطالعه رهاب عبدالمی و همکاران بعد پاسخ غیر تنبیهی به خطا همانند مطالعه حاضر کمترین امتیاز را کسب کرده بود (۳۰). همچنین در مطالعه بهرامی و همکارانش (۲۰۱۳) ضعیف ترین بعد فرهنگ ایمنی، بعد پاسخ غیر تنبیهی به خطا بود. بر خلاف مطالعه حاضر، در مطالعه صلواتی و همکاران بعد پاسخ غیر تنبیهی به خطا دارای بالاترین نمره فرهنگ ایمنی بود (۳۱).

در این مطالعه پرستاران معتقد بودند که خطاهای گزارش شده، به دلیل ثبت در پرونده پرسنلی بعدها بر علیه آنها استفاده خواهد شد و به دلیل ترس از تنبیه فراوانی گزارش خطا در سطح پایینی قرار گرفته بود به طوری که افراد قادر نبودند خطاها را بدون ترس و آزادانه گزارش کنند و این که اکثریت پرستاران در واحد کاری خود در ۱۲ ماهه گذشته سابقه گزارش هیچ گونه خطایی را نداشتند این امر را تصدیق می کند. در نتیجه، در صورتی که خطا گزارش و شناسایی نشود امکان بر طرف نمودن علت ریشه ای بروز خطا جهت ممانعت

نتیجه گیری

با توجه به نتایج، ابعادی که دچار ضعف بودند شامل: پاسخ غیر تنبیهی به خطاها، مسائل مربوط به کارکنان، حمایت مدیریت بیمارستان، فراوانی گزارش خطا، کار تیمی بین واحدها، ارائه بازخورد در رابطه با خطاها بودند که نیاز به توجه و اقدام فوری دارند. از آنجا که پرستاران می ترسند که خطاهای گزارش شده بعدها بر علیه آنها استفاده شود نرخ گزارش خطا در سطح پایینی قرار گرفته است، از طرفی ترس از تنبیه و سرزنش به دلیل ارتکاب به خطا، باعث شده کارکنان نتوانند آزادانه در رابطه با مسائلی که ایمنی بیمار را به طور منفی تحت الشعاع قرار می دهد صحبت کنند و در صورتی که در رابطه با خطاهایی که در بخش رخ می دهد اطلاع رسانی صورت نگیرد کارکنان نخواهند توانست در رابطه با نحوه جلوگیری از بروز مجدد همان خطا بحث و تبادل نظر کرده و راهکاری ارائه دهند. از آنجا که مدیریت در ایجاد فرهنگ ایمنی مثبت نقش حیاتی دارد باید با اقدامات خود این دیدگاه را در کارکنان ایجاد کند که مسائل مربوط به ایمنی بیمار در بیمارستان از اولویت بالایی برخوردار است به طوری که با کارکنان در رابطه با مسائل ایمنی بیمار بحث و تبادل نظر داشته باشد و از طرفی جوی ایجاد کند که کارکنان بدون ترس از تنبیه خطاها را گزارش کنند تا از این طریق بتوانند علت ریشه ای خطا را شناسایی نموده و مانع از بروز مجدد همان خطا در آینده شوند. از آنجا که این مطالعه فقط در بخش های نوزادان انجام گرفته ممکن است به طور کامل فرهنگ ایمنی حاکم در بیمارستان را منعکس نکند در نتیجه پیشنهاد ما برای مطالعات بعدی بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در کل واحدها بیمارستان می باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله کارشناسی ارشد مصوب تاریخ ۹۱/۱۲/۲۴ با شماره تصویب ۳۹۹ دانشکده پرستاری و مامایی تبریز می باشد. محققین از همکاری تمامی پرستاران و سرپرستاران شرکت کننده در پژوهش کمال تقدیر را دارند.

از بروز مجدد آن وجود نخواهد داشت. مشابه نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه Bodur و Filiz ابعاد فراوانی گزارش خطا و پاسخ غیر تنبیهی جزء نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیمار بودند و کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده بودند (۳۲).

سرزنش کردن افراد منجر به از دست رفتن فرصت های یادگیری از خطا، آموزش بهتر ارائه دهندگان مراقبت در رابطه با نحوه عملکردشان و هوشیاری نسبت به موقعیتهایی که احتمال خطا بالا است می شود و از طرفی مانع از بهبود و ایجاد سیستم فرآیندهایی با کارآمد جهت جلوگیری از ارتکاب به خطاهای مشابه در آینده می شود. یکی از بزرگترین موانع پیشگیری از بروز خطا، تنبیه و سرزنش افراد به خاطر اشتباهاتشان می باشد (۳۳).

در مطالعه Bodur و Filiz بعد ارتباطات صریح و روشن و بعد انتقادات و پیشنهادات همانند مطالعه حاضر جزء ابعادی بودند که امتیاز پایینی کسب کرده بودند (۳۲). نتایج مطالعه حاضر مبنی بر این بود که پس از این که در بخش رویداد نامطلوبی اتفاق می افتاد کارکنان در رابطه با نحوه جلوگیری از بروز مجدد خطاها با یکدیگر بحث و تبادل نظر نداشتند. یکی از عوامل مهم دخیل در بروز رویدادهای نامطلوب عدم وجود ارتباط مؤثر و کافی ما بین اعضای تیم می باشد (۳۴). در صورتی که کارکنان با یکدیگر در مورد خطاهایی که در بخش رخ می دهد تبادل نظر نداشته باشند و خطاها را پنهان کنند، افراد نسبت به خطاهای رخ داده آگاه نشده و راهکاری جهت ممانعت از بروز مجدد آن ارائه نخواهند داد و متعاقب آن برنامه عملیاتی کارکنان نیز تغییر نخواهد کرد (۳۵).

در مطالعه صلواتی حیطه های "انتقال و تعویض شیفت در بیمارستان" و "کار تیمی بین واحدهای بیمارستان" مشابه مطالعه حاضر جزء حیطه هایی بودند که کمترین تعداد پاسخ های مثبت را به خود اختصاص داده بودند (۳۶). در این مطالعه پرستاران بر این باور بودند که هماهنگی خوبی بین واحدها بیمارستان وجود ندارد و اغلب در هنگام هماهنگی و مبادله اطلاعات با سایر واحدهای بیمارستان با مشکل مواجه می شوند.

امتیاز کسب شده از جمع نمرات پاسخ های مثبت در حیطه درک کلی از ایمنی بیمار در این مطالعه مشابه امتیاز کسب شده در مطالعات Alahamadi (۳۷) و بقایی (۲۴) و صلواتی (۳۶) بود. در این مطالعه دیدگاه اغلب پرستاران مبنی بر این بود که واحدشان از نظر ایمنی بیمار دچار مشکل می باشد و روش ها و سیستم های که بر بخش حاکم است برای جلوگیری از وقوع خطاها مناسب و کافی نیستند.

منابع

- 1- Friesen MA, Farquhar MB, Hughes R. The nurse's role in promoting a culture of patient safety: Center for American Nurses; 2005.
available at: <http://ana.nursingworld.org/mods/archive/mod780/role.pdf>.
- 2- Kohn LTC, J. Donaldson, M.S. To err is human: building a safer health system: Joseph Henry Press; 2000.
- 3- Abdelhai R, Abdelaziz SB, Ghanem NS. Assessing Patient Safety Culture and Factors Affecting It among Health Care Providers at Cairo University Hospitals. *Journal of American Science*. 2012;8(7).
- 4- James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of patient safety*. 2013;9(3):122-128.
- 5- Hughes CM, Lapane KL. Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in health care*. 2006;18(4):281-286.
- 6- Flin R, Winter J, Cakil Sarac MR. Human factors in patient safety: review of topics and tools. *World Health*. 2009;2.
- 7- Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*. 2003;12(suppl 2):ii17-ii23.
- 8- Sorra J, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture: Agency for Healthcare Research and Quality; (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
- 9- Poley MJ, van der Starre C, van den Bos A, van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2011;12(6):e310.
- 10- the health Foundation. Does improving safety culture affect patient outcomes? : The Health Foundation; 2011.
available at: <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/3078/Does%20improving%20safety%20culture%20affect%20outcomes.pdf?real Name=fsu8Va.pdf>.
- 11- Handyside J, Healthcare I. System Safety in the NICU. Available at: http://www.vtoxford.org/quality/ebook/nicq_2007_chapter_2.pdf.
- 12- Raju TNK, Suresh G, Higgins RD. Patient safety in the context of neonatal intensive care: research and educational opportunities. *Pediatric research*. 2011;70(1):109-115.
- 13- Samra HA, McGrath JM, Rollins W. Patient safety in the NICU: a comprehensive review. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2011;25(2): 123-132.
- 14- Jain S, Basu S, Parmar VR. Medication errors in neonates admitted in intensive care unit and emergency department. *Indian Journal of Medical Sciences*. 2009;63(4):145.
- 15- Lawn JE, Cousens S, Zupan J, Lancet NSST. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*. 2005;365(9462):891.
- 16- National Association of Neonatal Nurses. Medication Safety in the Neonatal Intensive Care Unit July 2011. Available at: http://www.nann.org/uploads/files/Medication_Safety_in_the_NICU_2011.pdf.
- 17- Sharek PJ, Horbar JD, Mason W, Bisarya H, Thurm CW, Suresh G, et al. Adverse events in the neonatal intensive care unit: development, testing, and findings of an NICU-focused trigger tool to identify harm in North American NICUs. *Pediatrics*. 2006;118(4):1332-1340.
- 18- Verklan MT, Walden M. Core curriculum for neonatal intensive care nursing: Saunders; ۲۰۱۰.
- 19- Chen IC, Li HH. Research article Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). 2010; 10(1):152.

- 20- Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. BMC health services research. 2010;10(1):199.
- 21- Fleming M. Patient safety culture measurement and improvement: a "how to" guide. Healthc Q. 2005;8:14-19.
- 22- Abdolazadeh F, Zamanzadeh V, Boroumand A. Studying the Relationship between Individual and Organizational Factors and Nurses' Perception of Patient Safety Culture. Journal of Caring Sciences. 2012;1(4):215-222. (persian)
- 23- Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report (Prepared by Westat, Rockville, MD, under contract No. HHS 290200710024C). AHRQ Publication. 2013 (12-0017).
- 24- Baghaei R, Nourani D, Khalkhali H, Pirnejad H. Evaluating Patient Safety Culture in Personnel of Academic Hospitals in Urmia University of Medical Sciences in 2011. Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty. 2012;10(2). (persian)
- 25- Ghobashi MM, El-ragehy HAG, Ibrahim HM, Al-Doseri FA. Assessment of Patient Safety Culture in Primary Health Care Settings in Kuwait. Epidemiology, Biostatistics and Public Health. 2014.
- 26- Ransom SB, Joshi M, Nash DB. The Healthcare Quality Book: Vision, Strategy, and Tools: Health Administration Press; 2005.
- 27- Hughes LC, Chang Y, Mark BA. Quality and strength of patient safety climate on medical-surgical units. Health Care Management Review. 2009;34(1):19-28.
- 28- Ebadi fard azar F, Rezapoor A, Tanoomand Koushehmehr 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. (persian)
- 29- Chen I-C, Li H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). BMC health services research. 2010;10(1):152.
- 30- Rehab Abdelhai1 SBAaNSG. Assessing Patient Safety Culture and Factors Affecting It among Health Care Providers at Cairo University Hospitals. Journal of American Science. 2012;8(7)(1545-1003):277-285.
- 31- Bahrami MA, Chalak M, Montazeralfaraj R, Tafti AD. Iranian Nurses' Perception of Patient Safety Culture. 2014. (persian)
- 32- Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of. BMC health services research. 2010;10(1):28.
- 33- Rideout D. 'Just Culture' encourages error reporting, improves patient safety. OR manager. 2013;29(7):13-15.
- 34- Chakravarty A. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. Medical Journal Armed Forces India. 2013;69(4):335-40.
- 35- Hamdan M, Saleem AAo. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. International Journal for Quality in health care. 2013;25(2):167-175.
- 36- Salavati S, Fanoosi T, Dehghan D, Tabesh H. Nurses' Perspectives on Patient Safety Culture. Iran Journal of Nursing. 2013;26(84):24-33. (persian)
- 37- Alahmadi H. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. Quality and Safety in Health Care. 2010;19(5):1-5.