

بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان فارابی شهر اصفهان در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۶

مجتبی علیزاده^۱، مهدی محمدی^۲

۱. کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲. کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نام و نشانی ایمیل نویسنده مسئول:

مهدی محمدی

Mahdi.mmohammadi@yahoo.com

چکیده:

یکی از مهم ترین مسائل در بخش سلامت و به ویژه در مراکز درمانی، کیفیت مراقبت می باشد و ایمنی بیمار یکی از مهم ترین عناصر تشکیل دهنده کیفیت مراقبت می باشد. بهبود ایمنی بیمار یک اولویت بین المللی مشترک است چرا که خطاهای بسیار زیاد در حال حاضر در اعمال مراقبتی و درمانی بیمار در حال روی دادن است. هدف این مطالعه بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان فارابی شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ است.

مواد و روش ها:

مطالعه حاضر بصورت توصیفی و از نوع مقطعی در بیمارستان فارابی شهر اصفهان صورت گرفت. جامعه پژوهش شامل پرستاران، بهاران، کمک بهاران، روانشناسان و کارکنان شاغل در رادیولوژی، آزمایشگاه و داروخانه بود. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد و بومی سازی شده فرهنگ ایمنی بیمار HOSPITAL SURVEY ON PATIENT و SPSS-21 SAFETY CULTURE (HSOPSC) انجام گرفت. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها:

بر اساس یافته ها، میانگین میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار ۵۸/۱۳ می باشد. از آنجایی که t محاسبه شده از t جدول بزرگتر است. بنابراین میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار، بیشتر از سطح متوسط می باشد.

بحث و نتیجه گیری:

میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار، بیشتر از سطح متوسط می باشد. میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار در بعد باز بودن مجاز ارتباطی، در سطح متوسط و در ابعاد بازخورد و اطلاع دادن به دیگران در مورد خطاهای، تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته، جایه جایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش ها و از شیفت دیگر، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، درک کلی از ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی- بهبود مستمر، انتظارات و اقدامات مدیر/ سوپر واپر در جهت ارتقاء و ایمنی بیمار، کار تیمی بین واحدها، کار تیمی درون واحدها؛ بالاتر از سطح متوسط و برای ابعاد پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاهای و اشتباهات و کارکنان؛ پایین تر از سطح متوسط می باشد.

واژگان کلیدی: فرهنگ ایمنی، بیمارستان، فرهنگ ایمنی بیمار

مقدمه:

مفهومی اینمی بیمار (Patient Safety) پس از انتشار گزارش انتستیوی پزشکی ایالات متحده در سال ۱۹۹۹ که به بررسی میزان شیوع خطاهای پزشکی در این کشور پرداخته بود، مورد توجه پژوهشگران و صاحب نظران عرصه سلامت قرار گرفت^(۱). 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 قبل پیشگیری بوده اند^(۲). تلاش برای بدست آوردن بهبودی در اینمی بیماران یکی از اعمال کلیدی است که در شروع قرن بیست و یکم مورد توجه سازمان های بهداشت قرار گرفته است. بهبودی اینمی بیمار یک اولویت بین المللی مشترک است چرا که خطاها بسیار زیاد در حال حاضر در سراسر جهان، در اعمال مراقبتی و درمانی بیمار در حال روی دادن است^(۳). یکی از مولفه های اصلی کیفیت خدمات سلامت که به پیشگیری از وارد شدن هر گونه صدمه به بیمار در حین بیمار در حال روی دادن است^(۴). حدود ۱۰٪ بیماران پذیرش شده در بیمارستان های ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی آمریکا (NHS) دچار یک حادثه مربوط به اینمی بیمار شده اند که تا نیمی از این حوادث می توانند پیشگیری شوند. موسسهی رویال بریستول در سال ۲۰۰۱ برآورد کرده است که حدود ۲۵۰۰۰ مرگ قابل پیشگیری در هر سال به خاطره حوادث مربوط به اینمی بیمار در NHS روی می دهد^(۵).

پژوهش های صورت گرفته در عرصه سلامت حاکی از نامناسب بودن شرایط اینمی در مراقبت از بیماران بوده است و مطالعات بر بهبود فرآیندها و روشی های درمانی تأکید داشته اند^(۶). با توجه به شیوع خطاها پزشکی، آگاهی از فرهنگ اینمی بیمار در بخش سلامت به منظور تغییر این فرهنگ و سازگار ساختن آن با پیشرفت هایی که در زمینه کیفیت مراقبت صورت می پذیرد، حائز اهمیت می باشد^(۷). چرا که بهبود اینمی بیمار، تنها موضوعی بالینی نیست بلکه به ابعاد سازمانی هم مرتبط می باشد^(۸). می توان گفت که فرهنگ اینمی بیمار، یکی از عناصر اصلی ارتقای اینمی و بهبود کیفیت مراقبت از بیمار می باشد^(۹). فرهنگ اینمی فرهنگی است که در آن اینمی مهم ترین دغدغه ای افراد است^(۱۰) از این لحاظ می توان فرهنگ اینمی بیمار را پذیرش و به کارگیری اینمی بیمار به عنوان نخستین اولویت و ارزش رایج در سازمان تعریف نمود^(۱۱). یک فرهنگ اینمی مشبت، رفتارهای ناهمگون شاغلین امر سلامت را با آرمان های اینمی بیمار همسو می سازد^(۱۲). در بخش سلامت نیز تحقیقات نشان می دهد بیمارستان هایی که در آنها جو اینمی بهتری حکم فرماست، عملکرد اینمی ترین دغدغه ای افراد است^(۱۳). بررسی اینمی بیمار از ارکان اساسی مورد پایش در اعتباربخشی مراکز درمانی است و اولین گام برای حرکت به سمت بنای چنین فرهنگی، ارزیابی فرهنگ اینمی بیمار در بیمارستان هاست^(۱۴). پس از انتشار گزارش مرکز علمی پزشکی ایالات متحده در سال ۱۹۹۹ میلادی که به بررسی میزان شیوع خطاها پزشکی در این کشور پرداخته بود، مفهوم اینمی بیمار، مورد توجه پژوهشگران عرصه سلامت قرار گرفت^(۱). فرهنگ ارائه دهندها خدمات درمانی نسبت به اینمی بیمار یعنی پذیرش و توجه به اینمی بیمار به عنوان اولین اولویت و ارزش معمول در سازمان و یا به عنوان ارزش ها، عقاید، ادراک ها و گرایش های رایج کارمندان مرکز خدمات بهداشتی نسبت به اینمی بیماران توصیف می گردد که در رفتار آنها کمتر است^(۱۵). بهبود اینمی بیمار، تنها موضوعی بالینی نیست بلکه به ابعاد سازمانی هم مرتبط می باشد^(۸). می توان گفت که فرهنگ اینمی بیمار، یکی از عناصر اصلی ارتقای اینمی و بهبود کیفیت مراقبت از بیمار می باشد^(۹). ارزیابی سطح فرهنگ اینمی موجود، سرآغازی برای ایجاد فرهنگ اینمی در سازمان می باشد چرا که حرکت به سوی اینمی تر ساختن مراقبت بدون اطلاع از وضع موجود، ممکن است منجر به افزایش هزینه ها شده و همچنین سازمان را در معرض مخاطرات جدیدی قرار دهد^(۱۶). حدود ۱۰٪ بیماران پذیرش شده در بیمارستان های ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی آمریکا (NHS) دچار یک حادثه مربوط به اینمی بیمار شده اند که تا نیمی از این حوادث می توانند پیشگیری شوند. موسسه رویال بریستول در سال ۲۰۰۱ برآورد کرده است که حدود ۲۵۰۰۰ مرگ قابل پیشگیری در هر سال به خاطره حوادث مربوط به اینمی بیمار در NHS روی می دهد^(۵). 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 قبل پیشگیری بوده اند^(۲). مطالعه حاضر به ارزیابی ابعاد فرهنگ اینمی بیمار در بیمارستان فارابی شهرستان اصفهان پرداخته است.

مواد و روش ها:

مطالعه حاضر بصورت توصیفی و از نوع مقطعی در بیمارستان فارابی شهر اصفهان صورت گرفت. جامعه پژوهش شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، روانشناسان و کارکنان شاغل در رادیولوژی، آزمایشگاه و داروخانه بود. به دلیل بالا بودن حجم جامعه مورد پژوهش، نمونه ای از آن از طریق فرمول کرجسی مورگان انتخاب و وارد مطالعه شدند (تعداد ۱۴۵ نفر). معیار ورود افراد به مطالعه داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه بود و

پرسشنامه هایی که حداقل نیمی از سوالات آن تکمیل نشده بود از مطالعه خارج شدند. پس از تشریح اهداف مطالعه و محترمانه ماندن اطلاعات برای پرسنل، پرسشنامه ها توزیع شد و در نهایت داده ها از تعداد ۱۴۰ پرسشنامه استخراج شد.

HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (HSOPSC) انجام گرفت. معتبر سازی پرسشنامه در سال ۱۳۸۸ در پایان نامه کارشناسی ارشد با عنوان " معتبر سازی پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان و ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی از دیدگاه کادر درمانی و تشخیصی بیمارستان های عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران " توسط آقای جواد مقری انجام گردیده است(۱۱). در پژوهش حاضر نیز پایابی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد. پرسشنامه شامل ۵۰ سوال در خصوص مشخصات شرکت کنندگان در مطالعه (رده شغلی، سابقه کاری، میزان ساعت کار در هفته، ارتباط با بیمار)، ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار (باز بودن مجازی ارتباطی، بازخورد و اطلاع دادن به دیگران در مورد خطاهای، تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته، جابجایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش ها و از شیفتی به شیفت دیگر، حمایت مدیر از ایمنی بیمار، پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاهای و اشتباهات، درک کلی از ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی- بهبود مستمر، کارکنان، انتظارات و اقدامات بیمار/ سوپراوایزر در جهت ارتقاء و ایمنی بیمار، کار تیمی بین واحد ها و کار تیمی درون واحدها) بود. بعد از فرهنگ ایمنی بیمار با مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت نمره دهی شدند. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف مشخصات واحد های پژوهش آمارهای توصیفی 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.

$$S = \frac{X^2 NP(1-P)}{D^2(N-1)+X^2}$$

یافته ها:

سوال اصلی: میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار تا چه اندازه است؟

جدول (۱): مقایسه میانگین میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار با میانگین فرضی ۵۰

مؤلفه	فرهنگ ایمنی بیمار	۵۸/۱۳	۱۴/۲۴	۱/۲۰۳	۶/۷۵۹	۱۳۹	۰/۰۰۱	معناداری	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح	میانگین

بر اساس یافته های جدول (۱) میانگین میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار ۵۸/۱۳ می باشد. از آنجایی که t محاسبه شده از جدول بزرگتر است.

بنابراین میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار ، بیشتر از سطح متوسط می باشد.

سوال اول: میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار در ابعاد مختلف تا چه اندازه است ؟

جدول (۲): مقایسه میانگین میزان توجه به فرنگ ایمنی بیمار در بعد باز بودن مجاری ارتباطی با میانگین فرضی ۵۰

مؤلفه	کار تیمی درون واحدها	کار تیمی بین واحدها	ارتفاع ایمنی	انحراف از میانگین	t	درجه آزادی	سطح معناداری
باز بودن مجاری ارتباطی خطها	۵۲/۹۷	۲۲/۹۷	۱/۹۴۱	۱/۵۳۳	۱۳۹	۱۳۹	۰/۱۲۸
بازخورد و اطلاع دادن به دیگران در مورد تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته	۶۴/۶۴	۲۳/۹۲	۲/۰۲۲	۷/۲۴۴۲	۱۳۹	۱۳۹	۰/۰۰۱
چابه جایی اطلاعات مهم بین بخش ها و از شیفتی به شیفت دیگر	۵۵/۷۱	۲۱/۲۵	۱/۷۹۶	۳/۱۸۲	۱۳۹	۱۳۹	۰/۰۰۲
حمایت مدیریت از ایمنی بیمار پاسخ غیر تنبیهی به خطها و اشتباها	۶۰/۶۵	۲۱/۹۲	۱/۸۵۲	۵/۷۵۰	۱۳۹	۱۳۹	۰/۰۰۱
درک کلی از ایمنی بیمار یادگیری سازمانی-بهبود مستمر	۳۵/۸۳	۲۱/۹۱	۱/۸۵۲	-۷/۶۴۸	۱۳۹	۱۳۹	۰/۰۰۱
کارکنان انتظارات و اقدامات بیمار/سوپراایزار در جهت ارتقاء و ایمنی بیمار	۷۵/۴۷	۱۸/۷۴	۱/۵۸۴	۱۶/۰۷۸	۱۳۹	۱۳۹	۰/۰۰۱
کار تیمی بین واحدها	۴۱/۴۲	۱۸/۶۸	۱/۵۷۹	-۵/۴۲۷	۱۳۹	۱۳۹	۰/۰۰۱
کار تیمی درون واحدها	۶۰/۸۹	۲۲/۹۵	۱/۹۳۹	۵/۶۱۵	۱۳۹	۱۳۹	۰/۰۰۱

بر اساس یافته های جدول (۲) میانگین میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار در ابعاد باز بودن مجازی ارتباطی، بازخورد و اطلاع دادن به دیگران در مورد خطاهای ، تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته، جایه جایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش ها و از شیفتی به شیفت دیگر، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاهای و اشتباهات، درک کلی از ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی-بهبود مستمر، کارکنان، انتظارات و اقدامات بیمار/سوپروایزاز در جهت ارتقاء و ایمنی بیمار، کار تیمی درون واحدها، کار تیمی درون واحدها ۵۲/۹۷ ، ۶۴/۶۴ ، ۶۵/۵۹ ، ۵۵/۷۱ ، ۳۵/۸۳، ۶۰/۶۵ ، ۵۷/۷۱ ، ۴۱/۴۲ ، ۷۵/۴۷ ، ۵۷/۵۴ ، ۵۷/۵۴ می باشد. از آنجایی که t محاسبه شده برای بازخورد و اطلاع دادن به دیگران در مورد خطاهای ، تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته، جایه جایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش ها و از شیفتی به شیفت دیگر، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاهای و اشتباهات، درک کلی از ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی-بهبود مستمر، کارکنان، انتظارات و اقدامات بیمار/سوپروایزاز در جهت ارتقاء و ایمنی بیمار، کار تیمی درون واحدها از t جدول بزرگتر و برای باز بودن مجازی ارتباطی از t جدول کوچکتر است. بنابراین میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار در بعد باز بودن مجازی ارتباطی ، در سطح متوسط و در ابعاد بازخورد و اطلاع دادن به دیگران در مورد خطاهای ، تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته، جایه جایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش ها و از شیفتی به شیفت دیگر، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، درک کلی از ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی-بهبود مستمر، انتظارات و اقدامات بیمار/سوپروایزاز در جهت ارتقاء و ایمنی بیمار، کار تیمی درون واحدها بالاتر از سطح متوسط و برای ابعاد پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاهای و اشتباهات و کارکنان پایین تر از سطح متوسط می باشد.

سوال دوم: رتبه پندي فرهنگ ايماني، بيمار در ايعاد مختلف چگونه است؟

بر همین اساس آزمون فریدمن جهت رتبه بندی مؤلفه ها استفاده شد. که نتایج این رتبه بندی در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: میانگین رتبه بندی میزان فرهنگ ایمنی بیمار

مؤلفه ها	میانگین رتبه بندی	خی دو	سطح معنی داری
باز بودن مجاری ارتباطی	۵/۲۶	۴۴۰/۸۰۲	۰/۰۰۱
باز خورد و اطلاع دادن به دیگران در مورد خطاهای	۷/۶۰		
تناوب گزارش دهی حوادث ناخواسته	۷/۴۹		
جایه جایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش ها و از شیفت دیگر	۶/۲۱		
حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۶/۸۶		
پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاهای و اشتباها	۳/۰۹		
درک کلی از ایمنی بیمار	۶/۲۱		
یادگیری سازمانی-بهبود مستمر	۹/۷۹		
کارکنان	۳/۶۷		
انتظارات و اقدامات بیمار/سوپروایزور در جهت ارتقاء و ایمنی بیمار	۶/۹۱		
کار تیمی بین واحدها	۶/۴۰		
کار تیمی درون واحدها	۸/۴۹		

نتایج جدول ۳-۴ میانگین رتبه بندی ابعاد نشان می دهد یادگیری سازمانی-بهبود مستمر بالاترین پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاهای و اشتباها پایین ترین رتبه را به خود اختصاص داده است. نتایج حاصل بین مجموعه رتبه های دوازدهگانه میزان فرهنگ ایمنی بیمار در سطح $p < 0.05$ معنی دار است (مقدار خی دو ۴۴۰/۸۰۲). لذا سؤال تحقیق مبنی بر این که تفاوت معنی داری بین مجموعه نمرات میزان فرهنگ ایمنی بیمار وجود دارد، تأیید می گردد.

نتایج:

سلامتی حق هر انسان است و هر فرد حق مطالبه آن را دارد. هدف عمله ارائه خدمات بهداشتی درمانی، تأمین سلامتی افراد جامعه است که از طریق ارائه خدمات مطلوب و مورد نیاز بهداشتی درمانی است که تأمین می‌گردد.

بیمارستان یکی از مهم ترین مراکز ارائه خدمات درمانی است و باید به اثر بخشی و بهره برداری از منابع خود توجه داشته باشد.

ارائه مراقبت های نامناسب سبب بروز نارضایتی در گیرندگان خدمت و ناخشنودی آنها می‌گردد. عدم رضایت از خدمات بهداشتی درمانی عاقب نامطلوبی را به دنبال دارد. به علاوه ناخشنودی مردم منجر به احساس عدم کفایت و ناخشنودی پرسنل و به تبع آن کاهش کارآئی نظام بهداشتی می‌گردد. در حالیکه از طریق ارائه خدماتی با کیفیت افزایش میزان رضایت بیماران میسر می‌شود.

در این مطالعه فرهنگ ایمنی بیمار با استفاده از برگردان فارسی پرسشنامه "بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی" در پرسنل بالینی بیمارستان فارابی اصفهان بررسی گردید. فرهنگ سازمان از مهم ترین عوامل تعیین کننده ایمنی بیمار در بیمارستان ها محسوب می‌شود. بعلاوه، نقطه‌ی آغازین جهت ایجاد یک فرهنگ ایمنی خوب، ارزیابی فرهنگ فعلی با استفاده از یک ابزار مناسب است. بر اساس نتایج این پژوهش، میانگین میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار ۵۸/۱۳ می‌باشد و بنا بر این میزان توجه به فرهنگ ایمنی بیمار از نظر پاسخ دهندهان، بیشتر از سطح متوسط می‌باشد که در مقایسه با مطالعه رضاپور (۲۲٪) در بیمارستان مورد مطالعه (۲۹) همچنین در مقایسه با مطالعه افساری (۴۵٪) در بیمارستان مورد مطالعه، در کلی کارکنان از وضعیت ایمنی بیمار، بالاتر بوده است(۲۹) و نتایج پژوهش با نتایج مطالعه‌ی صلوای و ایزدی همسو بود به طوریکه در مطالعه صلوای ۸۴٪ و در مطالعه ایزدی ۶۷٪ از پاسخ دهندهان وضعیت ایمنی بیمار را در بیمارستان های مورد مطالعه عالی، خیلی خوب و قابل قبول می‌دانستند(۳۰ و ۳۱). در مطالعه حاضر، میانگین ۵۸/۱۳ از پرسنل بیمارستان وضعیت ایمنی بیمار را عالی، خیلی خوب و قابل قبول می‌دانستند که این موضوع نشان می‌دهد بیمارستان مورد مطالعه، اقدامات مناسبی در خصوص ارتقای ایمنی بیمار اتخاذ نموده است. بر اساس نتایج پژوهش از بین ابعاد دوازده گانه ایمنی بیمار، دو بعد یادگیری سازمانی-بهبود مستمر و کار تیمی درون واحد ها به عنوان نقاط قوت فرهنگ ایمنی بیمار تعیین گردیدند. نتایج بدست آمده با نتایج سایر مطالعات مشابه، همسو می‌باشد. در مطالعه رضاپور و همکاران ابعاد کار تیمی درون بخش و بیمارستان و یادگیری سازمانی- بهبود مستمر با ۷۴٪ و ۶۹٪ از نقاط قوت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های شهر سبزوار گزارش گردیده اند(۲۹ و ۳۲). نتایج مطالعه‌ی EL-JARDALI و همکاران برای تعیین فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های لبنان نیز مشابه نتایج مطالعه حاضر بود و کار تیمی در بخش ها، یادگیری سازمانی و بهبود مداوم از ابعاد دارای نمره ایمنی بالاتری بودند(۳۳). در مطالعه‌ی NOORD و همکاران نیز که در زمینه ای فرهنگ ایمنی بیمار در بخش های اورژانس هند انجام شد پاسخگویان، کار تیمی درون بخش اورژانس و ارتباطات باز را بهترین ابعاد ایمنی بیمار ارزیابی نمودند(۳۴). در مطالعه‌ی AL AHMADI 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 ای خطاهای گزارش گردیده اند(۳۵). در مطالعه‌ی حاضر دو بعد کارکنان و پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاهای اشتباها و اشتباها به ترتیب با میانگین رتبه بندی ۳/۶۷ و ۳/۰۹ از نقاط قابل بهبود در بیمارستان مورد مطالعه ارزیابی گردید. در مطالعه‌ی عبدی و یعقوبی فر نیز پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاهای اشتباها به ترتیب با ۱۸٪ و ۱۷٪ و ۱۳٪ کمترین امتیاز را کسب کرده اند. هر چند در مطالعه‌ی صلوای، این بعد بعنوان یکی از نقاط قوت در بیمارستان های اهواز گزارش گردیده بود(۳۰، ۳۲، ۳۶). "پاسخ غیر تنبیه‌ی در موقع رخ دادن خطاهای اشتباها" 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 مقص درمان افراد و سرزنش، تنبیه و توبیخ آنها هستند، کارکنان به هنگام ارتکاب خطاهای اشتباها به جای سعی در جهت جلوگیری از پیامدهای آن برای بیمار و سیستم، انگیزه منفی در جهت پنهان نمودن و لایوشانی آن خواهند داشت. این عمل ممکن است به وخیم تر شدن تبعات خطاهای اولیه انجامیده و آثار جبران ناپذیری بر جای بگذارد لذا بایستی با ایجاد فرهنگی غیر تنبیه‌ی و نگاهی سیستماتیک به هنگام وقوع حوادث، در وهله ای اول به دنبال ریشه و علت اتفاق بود و در گام بعد سعی کرد تا با درس گرفتن از اشتباها مانع بروز مجدد آنها شد.

از ریابی فرهنگ ایمنی، ادراکات مربوط به ایمنی در سازمان و نگرش مدیران و کارکنان نسبت به مسئله ایمنی را روشن می‌سازد. تعیین فرهنگ ایمنی بیمار نوعی ابزار تشخیصی برای شناسایی حوزه هایی است که در سازمان نیاز به بهبود دارد. در این مطالعه نیز به ارزیابی فرهنگ ایمنی در

مجتمع تخصصی و فوق تخصصی فارابی اصفهان پرداخته شد و نتایج ضرورت توجه بیشتر به ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در زمینه های باز بودن مجاری ارتباطی، پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاهای و اشتباهات، کارکنان، درک کلی از ایمنی بیمار، انتظارات و اقدامات مدیر/سوپروایزر در جهت ارتقاء و ایمنی بیمار و کار تیمی بین واحدها، گزارش دهی حوادث، بهبود کار تیمی بین بخشی و پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاهای 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 باشند 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 ای بازخورد در زمینه ی گزارش خطاهای منجر به یادگیری سازمانی از خطاهای شناسایی روش های پیشگیری از این اشتباهات در آینده خواهد بود از طرفی ارائه ای سیاست های تشویقی به منظور بهبود گزارش دهی خطاهای اتخاذ رویکرد سیستمی در مواجه با خطاهای تواند منجر به بهبود فرهنگ ایمنی بیمار گردد.

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. Sari ab, Cracknehh 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
3. Matsubara sh,hagihara ak, nobutom k. development of a patient safety climate scale in japan.int j qual health care: January 5,2008;20(3):211-220
4. Nash d, Goldfarb n. the quality solution: the stakeholders guide to improving health care. 1nd ed. Uk:jones & Bartlett publishers,2006
5. Milligan f. establishing a culture for patient safety- the role of education.nurse educ today:2007;27:95-102
6. Cooper d.safety culture: a model for understanding and qualifying a difficult concept. *Professional safety*;2002;47(6):30-6
7. Kohn lt, Corrigan jm, Donaldson ms. *To err is human: bulding a safer health system*. Washington,dc: institute of medicine;2000
8. Ramanujam r, keyser dj,sirio ca. making a case for organizational change in patient safety initiatives. *Advances in patient safety* 2005;2:455-65
9. Bohne p,Peruzzi w. a just culture supports patient safety. *Trustee* 2010;63(4):32-3
10. Milligan fj. Establishing a cuulture for patient safety-the role of education.nurse educ today 2007;27(2):95-102
11. Bodur s, filiz e. a survey on patient safety culture in primary health care services in turkey. *Int j qual health C* 2009;21(5):348-55
12. Nieva vf, sorra j. safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations. *Qual saf health care* 2003;12(sup 1 2):ii 17-23
13. Hartman cw, meterko m , rosen ak, zhao s, shokeen p,singer s, et al. relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the veterans health administration. *Med care res rev* 2009;66(3):320-38
14. Flin r.measuring safety culture in health care: a case for accurate diagnosis.safety science.2007;45(6):653-67
15. Bodur s, filiz e: a survey on patient safety culture in primary health care services in turkey. *Int j qual health care* 2009;21(5):348-355
16. Warburton rn. Patient safety-how much is enough.health policy 2005;71:223-32
17. Rezapoore a, Tanoomand Khoushehmehr a, Bayat R,Arabloo J, Rezapoore Z. study of patients safety culture in selected training hospitals affiliated with Tehran university of medical sciences.hospital.2012;11(2):55-64
18. Salavati s, Fanoosi t, Dehghan d, Tabesh h. nurses perspectives on patient safety culture. *Iran journal of nursing*. 2013;26(84):24-33
19. Salavati s, Fanoosi t, Dehghan d, Tabesh h. nurses perspectives on patient safety Culture.iran journal of nursing. 2013;26(84):24-33

20. Yaghubi Fma, takbiri a, haghgosha ye e, Tabarraye y. the survey of patient safety culture and recognizing its weaknesses and strengths in sabzevar hospitals:2011.2013.
21. 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
22. 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.
23. Alahmadi H. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. Quality and Safety in Health Care. 2010; 19(5):1-5.
24. Abdi Z, Maleki MR, Khosravi A. Perceptions of patient safety culture among staff of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. 2011.