



انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت

دوره چهارم شماره ۴ (پیاپی ۱۶) پاییز ۱۳۹۴ شماره استاندارد بین المللی: ۲۲۵۱-۸۶۱۴

- ۱ شاخص های انتخاب ابزار مناسب برای انجام پژوهش در علوم سلامت: معرفی فهرست COSMIN
اعظم شیرین آبادی فراهانی، مریم رسولی، فریده یغمایی، حمید علوی مجد
- ۱۴ بررسی رفتار ایمنی در مقابل عوامل زیان آور محیط کار در شهرستان زنجان
روح اله رضائی، نسترن جمشیدی
- ۲۲ تأثیر تمرین حرکات موزون بر کارکرد اجرایی کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر
بهروز قربان زاده، مریم لطفی
- ۳۲ مقایسه همبستگی بین مدیریت دانش و فرهنگ سازمانی در بیمارستان های منتخب دولتی و خصوصی شیراز
علی رمضانخانی، سعاد محفوظ پور، عباس دانش کهن، گلسا دانش
- ۴۲ بررسی تأثیر آموزش مهارت جرأت ورزی بر سبک مدیریت تعارضات بین فردی پرستاران در محیط کار
مرضیه مطهری، سید رضا مظلوم، نگار اصغری پور، شاهرخ مقصودی پور زید آبادی
- ۵۳ تأثیر عصاره گیاه آلوئه ورا بر چربی خون در بیماران پیش دیابتیک: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سو کو..
سمانه علی نژاد مفرد، محسن فوادالدینی، علیرضا سعادت جو
- شهر اهواز
همبستگی رهبری تحول آفرین با عدالت سازمانی از دیدگاه کارکنان درمانگاههای توانبخشی بیمارستانهای
نفیسه خوش نژاد فیروز، فرزاد فرجی خیابوی، شهلا زاهد نژاد، محمدحسین حقیقی زاده
- ۷۵ شأن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مراجعین به بیمارستان های زنجان
مهتاب مروجی، فریده یغمایی، حسین باقری
- ۸۴ بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مرکز روان پزشکی رازی تهران
امین اجلی، مسعود فلاحی خشکناز، مارال دیبایی
- ۹۵ ادراک بیماران مبتلا به سکته قلبی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی
سیده سوسن رئوفی کلاچایه، فریده یغمایی، سحر مهاجر، معصومه ندرلو، جواد نصریان

به نام خداوند جان و خرد
مجله مدیریت ارتقای سلامت
فصلنامه علمی- پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره چهارم- شماره ۴ (پیاپی ۱۶) - پاییز ۱۳۹۴

• صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران

• مدیر مسؤول: دکتر محمدعلی حسینی

• سردبیر: دکتر فریده یغمایی

• معاون سردبیر: امین اجلی

• شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

• شماره بین المللی نشریه چاپی: ISSN: ۲۲۵۱-۸۶۱۴ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

• شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN: ۲۲۵۱-۹۹۴۷ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی- پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶ شماره رتبه علمی- پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- | | |
|---|--|
| - دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |
| - دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج |
| - دکتر مسعود فلاحی خشکناز، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس |
| - دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا | - دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر مسعود کریملو، دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |
| - دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر حمید پیروی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر محمدعلی چراغی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر علی محمد پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد | - دکتر محمدعلی حسینی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر عیسی محمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس | - دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر ندا مهرداد، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر ناهید رژه، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد |
| - دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز |
| - دکتر علیرضائیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر حیدرعلی عابدی، استاد دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان- خوراسگان |
| - دکتر مجیده هروی کریموی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد | - دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله |
| - دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر عباس عباس زاده، استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |

• ویراستار انگلیسی: دکتر فریده یغمایی، پگاه یغمایی (دانشجوی دکترای دانشگاه کانادا)

• ویراستار فارسی: دکتر فریده یغمایی

• حروفچینی و صفحه آرایی: 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@jhpm.ir , Website: http://jhpm.ir

این مجله در SID, Magiran, Iran Medex, ISC, Google Scholar نمایه می شود.

بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مرکز روان پزشکی رازی تهران

امین اجلی^۱، *مسعود فلاحی خشکناز^۲، مارال دبیبایی^۳

چکیده

مقدمه: ایمنی یکی از عوامل اصلی در ارائه خدمات با کیفیت در مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی و مراقبتی می‌باشد و فرهنگ ایمنی در سازمان از مهمترین عوامل تعیین کننده ایمنی بیمار محسوب می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مرکز روان پزشکی رازی تهران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که در سال ۱۳۹۳ با مشارکت ۱۶۴ نفر از کارکنان بالینی مرکز روان پزشکی رازی تهران انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه "بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار" (Hospital Survey On Patient Safety Culture) است. روایی و پایایی پرسشنامه با توجه به مطالعات قبلی تأیید شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین درصد پاسخ مثبت کل ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار ۴۲ درصد بود. بیشترین میانگین درصد پاسخ مثبت مربوط به ابعاد ارتباطات، ارائه بازخورد در مورد خطاها ۶۲ درصد و یادگیری سازمانی و بهبود مداوم ۵۹ درصد بود. کمترین میانگین به بعد پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها ۸ درصد و بعد باز بودن مجاری ارتباطی ۳۲ درصد بدست آمد. اختلاف میانگین نمرات ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بین واحدها معنی دار نبود. ($P=0/359$) ۲۹/۸ درصد پاسخ به سؤال ایمنی بیمار در واحد ضعیف بود و ۵۰ درصد شرکت کنندگان نیز هیچ حادثه ای را گزارش نکرده بودند.

نتیجه گیری: یافته های پژوهش نشان داد که فرهنگ ایمنی بیمار در این مرکز ضعیف بوده و نیازمند بهبود می باشد. باز بودن مجاری ارتباطی و دادن پاسخ غیر تنبیهی به خطاها از عوامل سازنده فرهنگ ایمنی بیمار است. برای ارتقاء بهتر فرهنگ ایمنی، برنامه های آموزشی پیشنهاد می شود.

کلید واژه ها: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، مرکز روان پزشکی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۳

۱- دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: msflir@yahoo.com
۳- کارشناس ارشد، بیمارستان آموزشی درمانی روان پزشکی رازی، تهران، ایران.

مقدمه

ایمنی بیمار به عنوان یکی از عوامل اصلی کیفیت خدمات سلامت و به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبتهای سلامت است (۱). از نظر سازمان بهداشت جهانی، ایمنی در محیط ارائه خدمات مراقبتی و درمانی عبارت است از "کاهش احتمال صدمه غیر ضروری به میزان حداقل قابل قبول" در مقایسه با سایر روشهای درمان و یا عدم اقدام به درمان (۲) و به مواردی نظیر خطاهای دارویی و اعمال جراحی، تشخیصهای نادرست، تشخیص ندادن خرابی دستگاهها و تجهیزات که منجر به تشخیص اشتباه گردد و مواردی دیگر نظیر عفونت‌های بیمارستانی، سقوط بیمار، زخم بستر، درمان غلط و غیره مرتبط می‌گردد (۳). در سازمانهای ارائه‌کننده خدمات مراقبت سلامت (مراکز درمانی مراقبتی)، تأمین ایمنی در اولویت فعالیتها است. لذا تأمین دائمی مراقبت باکیفیت و ایمن چالش بزرگی در این مراکز به شمار می‌رود (۴).

کمبود امکانات در نظام خدمات بهداشتی - درمانی برای ارائه مراقبت قابل اطمینان مشکلی است که کلیه فراهم‌کنندگان خدمات مراقبتی با آن مواجه هستند که می‌تواند منجر به خلل در ارائه مراقبت مورد نیاز گردد (۵). تعداد قابل توجهی از بیماران در مواقع مراجعه به نظام بهداشتی - درمانی بجای دریافت کمک در جهت بهبود، دچار آسیب می‌گردند (۶). خدمات نا ایمن علاوه بر داشتن عواقب ناخوشایند برای بیمار و خانواده وی، باعث وارد آمدن فشار روانی بر کارکنان مراکز بهداشتی - درمانی و افراد جامعه می‌شود و در نهایت بار اقتصادی عظیمی را بر نظام بهداشت و درمان و جامعه تحمیل می‌نماید (۷).

بر اساس شواهد موجود تخمین زده می‌شود که در کشورهای درحال توسعه از هر ۱۰ بیمار به یک نفر در حین دریافت خدمات بیمارستانی آسیب و جراحت وارد می‌گردد. با وجود اینکه در کشورهای درحال توسعه آمار دقیق در این خصوص وجود ندارد، اما احتمال آن به مراتب بیشتر است (۸). یکی از محیطهای ارائه خدمات مراقبتی و درمانی مراکز بستری بیماران روان می‌باشد، در سر تا سر جهان تعداد زیادی از بیماران روان در مراکز روان پزشکی بستری می‌باشند، بیماران روان بستری افرادی هستند که بیشتر با تشخیصهای سایکوز و مانیا و افسردگی بستری می‌گردند. تعدادی از آنها از بیماری خود آگاه نبوده و یا برای خود و دیگران خطرناک هستند و یا اینکه به علت ابتلا به بیماری روان مزمن قادر به حفظ عملکرد خود در خارج از بیمارستان نمی‌باشند. تعداد تخت‌های بستری بیماران روان در آمریکا

در سال ۲۰۱۰ در حدود ۱۴/۱ تخت به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش گردیده است (۹). در ایران آمار دقیقی از تعداد بیماران روان بستری ارائه نگردیده است. ولی بر اساس گزارش رئیس اداره سلامت روان وزارت بهداشت، ۷۰۰۰ تخت بستری در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی برای بستری بیماران روان وجود دارد که ۹۵ تا ۱۰۰ درصد آنها اشغال است (۱۰). طبق پیش بینی سازمان بهداشت جهانی، تا سال ۲۰۲۰ تعداد بیماران روان ۱۵ درصد افزایش پیدا خواهد کرد (۱۱). بیمارستان‌های روان پزشکی شامل بخش‌های بستری بیماران روان می‌باشند که در آنجا کارکنان بالینی و غیر بالینی خدمات مراقبت از بیماران را فراهم می‌نمایند و هدف همه آنها ارائه مراقبت با کیفیت و اطمینان از فراهم کردن فعالیت‌های ایمن و کارآمد بیمارستانی برای بیماران با مشکلات شدید روانی است، از طرفی ارتقاء کفایت و ایمنی چالش ثابت برای مدیران این بیمارستانها در همه سطوح می‌باشد (۱۲).

با تمام اقداماتی که با استفاده از دانش موجود در زمینه تأمین ایمنی در بخش‌های بستری بیماران روان انجام می‌شود، تعداد حوادث در رابطه با ایمنی در بخش‌های روان بیشتر از حد قابل قبول می‌باشد (۱۳). تعداد زیادی از اشخاصی که در بیمارستان‌های روان خدمات می‌گیرند، آسیب را تجربه می‌کنند و این آسیبها منجر به رنج آنها می‌گردد. آسیب فرد ناشی از یک رخداد، یک سری از رخدادهای و یا مجموعه‌ای از شرایط است که توسط فرد تجربه می‌گردد و صدمات فیزیکی هیجانی را به دنبال داشته و با زندگی فرد را تهدید می‌نماید و منجر به اثرات نامطلوب بر عملکرد فردی و فیزیکی یا اجتماعی و روانی و یا رفاه اجتماعی او خواهد گردید (۱۴). اولین هدف در یک نظام بهداشت و درمان جلوگیری از آسیب و صدمه به بیمار و جلوگیری از به مخاطره انداختن ایمنی وی در نتیجه ارائه خدمات درمانی و مراقبتی است (۱۵).

مشکلات ایمنی بیمار ناشی از نارسایی و کمبود در فرآیند کاری در درون واحدهاست، نه ناشی از خطاهای انسانی و مشکلات ایمنی از خطاها و اشتباهات غیرعمدی و تخلف از اصول ایمنی ناشی می‌باشد (۱۵). حل این مشکل نیاز به تغییر فرهنگ دارد و باید فرهنگی که خطاها را نتیجه نقص افراد قلمداد می‌نماید به فرهنگی که خطاها فرصتی برای ارتقاء می‌باشند، تغییر یابد (۵). فرهنگ ایمنی در بیمارستان از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده ایمنی بیمار در بیمارستانها محسوب می‌شود (۱۶).

فرهنگ ایمنی یعنی این که اعضای یک جامعه باورها و اعمال خود را به اشتراک بگذارند و سازمان تمایل به شناسایی و

یافته‌ها نشان داد که ابعادی از فرهنگ ایمنی از جمله حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، ارائه بازخورد در مورد خطاها و کار گروهی ما بین واحدها شرایط قابل قبولی داشتند و سایر ابعاد مرتبط با فرهنگ ایمنی از قبیل یادگیری سازمانی و بهبود مداوم از ابعادی بودند که نمره قابل قبول کسب نکرده و نیاز به بهبود داشتند. نمره کارکنان به سؤال در مورد ایمنی کلی بیمار بیش از ۹۷ درصد به صورت خوب و عالی و قابل قبول توصیف گردیده بود (۲۱). مطالعات بررسی فرهنگ ایمنی در ایران فقط در بیمارستان‌های عمومی انجام گردیده است. از جمله مطالعه ایی توسط بقایی و همکاران (۱۵) در مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با استفاده از نسخه فارسی پرسشنامه "بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار" صورت گرفت. نتایج نشان داد که ابعادی از جمله کار گروهی در واحدها و انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار و یادگیری سازمانی نمره قابل قبول دارند و سایر ابعاد از جمله حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، باز بودن مجاری ارتباطی، فراوانی گزارش دهی وقایع، مسائل کاری مربوط به کارکنان، پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطا نیاز به بهبود دارند. در مطالعه دیگری که توسط عبدی و همکاران (۷) با عنوان برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، از پرسشنامه "بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار" جهت جمع آوری داده‌ها استفاده گردید. در این مطالعه نیز روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعه انجام شده توسط Rockville و همکاران مورد استناد قرار گرفت (۲۰). نتایج نشان داد که نمره فرهنگ ایمنی بیمار در تمام ابعاد پایین بوده و نیازمند ارتقاء می‌باشد. در این میان ابعاد واکنش غیر تنبیهی به خطاها و کار گروهی بین واحدهای بیمارستان کمترین نمره و کار گروهی در داخل واحد بیشترین نمره را به خود اختصاص داد. در مطالعه عبادی فرد آذر و همکاران (۲۲) تحت عنوان مطالعه فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران از پرسشنامه "بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار" جهت جمع آوری داده‌ها استفاده گردید. در این مطالعه نیز روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعه انجام شده توسط Rockville و همکاران مورد استناد قرار گرفته است (۲۰). نتایجی که به دست آمد نشان داد ابعادی از جمله کار گروهی درون واحدهای بیمارستان، اقدامات و انتظارات مدیر/سوپروایزر در راستای ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی و حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار شرایط قابل قبولی دارند. ۹۲ درصد از شرکت‌کنندگان به سؤال وضعیت ایمنی در واحد یا بخش و محل کار خود به صورت قابل قبول و خوب و عالی پاسخ دادند (۲۲).

یادگیری از خطاها داشته باشد (۵). (Institute of Medicine) IOM عنوان کرده است که فرهنگ ایمنی در مراقبت سلامتی به سه جزء نیاز دارد اول این که این باور وجود داشته باشد که فرآیندهای مراقبت‌های سلامتی پرخطر هستند و می‌توان برای پیشگیری از نقص برنامه‌ریزی نمود. دوم اینکه کلیه سطوح سازمان برای شناسایی و یادگیری از خطاها تعهد داشته باشند و سوم این که محیط از برخورد انضباطی مدیران زمانی برخوردار گردد که کارمندان آگاهانه خطرات را نسبت به سایر کارکنان و بیماران افزایش دهند (۱۷). فرهنگ ایمنی محصول ارزشها، نگرشها، ادراکات، شایستگی‌ها و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهدات سبک و کار آیی یک سازمان بهداشتی و درمانی را تعیین می‌کند. فرهنگ ایمنی در واقع منعکس‌کننده نقشها و عملکردهای فنی و اجتماعی افراد وقتی که در موقعیت‌های بحرانی واقع می‌شوند است (۱۸). در واحدهایی از بیمارستان که فرهنگ ایمنی بیمار از میزان استاندارد پایینی برخوردار است، اشتباهات نیز بیشتر رخ خواهد داد. وجود جو مناسب از فرهنگ ایمنی بیمار در یک بیمارستان از میزان اشتباهات و اثرات مضر آن می‌کاهد (۱۵).

هفت مشخصه فرهنگ ایمنی بیمار عبارت‌اند از اعلام‌خطر به کارکنان و مسئول بودن افراد در مقابل کاهش خطر، مشاهده و تشخیص خطا به عنوان فرصتی برای ارتقاء ایمنی، ایجاد محیط امن و غیر تنبیهی که افراد در کمال آرامش خطاها را گزارش نمایند، ارتباط به شیوه‌ای صادقانه و باز، قابلیت نگهداری اطلاعات به صورت قابل اعتماد و گزارش کردن و یادگیری از خطاها از طریق روشهای خاص، جبران و پرداخت غرامت به افراد آسیب دیده در اثر خطا و تعهد به ارزشها و مسئولیت طلبی (۱۹).

بعلاوه، گزارش دهی و جمع‌آوری اطلاعات به صورت منظم، محیط عاری از سرزنش افراد، تعهد مدیریت نسبت به ایمنی بیماران، تمرکز روی فرآیندهای کاری در بیمارستان نه تمرکز بر روی افراد (۱۵) نیز از اهمیت خاصی برخوردار هستند. مطالعه‌ای در کشور فنلاند با عنوان فرهنگ ایمنی بیمار در دو بیمارستان روان‌پزشکی فنلاند انجام شده است که در آن ۴۰۰ نفر از کارکنان دو مرکز روان‌پزشکی در مطالعه مشارکت کردند. در این مطالعه از پرسشنامه "بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار" (Hospital Survey on Patient Safety Culture) جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردیده است، در این مطالعه به روایی و پایایی پرسشنامه مطالعه انجام شده توسط Rockville و همکاران که (روایی سازه با تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی انجام شد (۲۰). پایایی پرسشنامه با ضریب پایایی ۰/۶۳-۰/۸۴ گزارش کرده اند استناد شده است،

سال ۲۰۰۴ طراحی گردیده است، این پرسشنامه ارزش‌های گروه و همین‌طور رفتارهای فرهنگی اشخاص را اندازه‌گیری می‌نماید (۲۱). این پرسشنامه دارای ۴۲ سؤال است که با ۱۲ بعد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ابعاد شامل: کار گروهی درون هر واحد (۴ سؤال)، انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار (۴ سؤال)، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (۳ سؤال)، یادگیری سازمانی، بهبود مداوم (۳ سؤال)، درک کلی از ایمنی بیمار (۴ سؤال)، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها (۳ سؤال)، باز بودن مجاری ارتباطی (۳ سؤال)، فراوانی گزارش دهی وقایع (۳ سؤال)، کار گروهی ما بین واحدها (۴ سؤال)، مسائل کاری مربوط به کارکنان (۴ سؤال)، تحویل و تحول در بیمارستان (۴ سؤال)، پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها (۳ سؤال) می‌باشد. در انتها پرسشنامه دارای دو سؤال در مورد این‌که پاسخ دهندگان به‌طور کلی چه نمره‌ای را برای ایمنی بیمار در واحد خود در نظر می‌گیرند و اینکه در طی ۱۲ ماه گذشته چند مورد گزارش دهی خطا داشته‌اند، می‌باشد. سؤالات پرسشنامه در یک مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً ناموافق، ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار را مورد سنجش قرار می‌دهند؛ و برای اعلام نظرات پاسخ دهندگان از مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت برای اعلام کاملاً ناموافق صفر تا کاملاً موافق ۴ استفاده شده است. برای نمره دهی نیز مطابق با دستورالعمل نحوه نمره دهی پرسشنامه، گزینه‌های موافق و کاملاً موافق در طیف پاسخهای مثبت و گزینه بدون نظر در طیف پاسخهای خنثی و گزینه‌های ناموافق و کاملاً ناموافق در طیف پاسخهای منفی طبقه بندی شده‌اند. بر اساس راهنمای پرسشنامه ابعادی که نمره مثبت آنها حداقل ۵۰ درصد باشد وضعیت قابل قبول دارند و ابعادی که دارای نمره کمتر از این میزان باشند وضعیت مطلوبی نداشته و در خور توجه اند (۷). نمره مثبت (درصد پاسخ به گزینه‌های موافق کاملاً موافق) بالای ۷۵ درصد نیز به عنوان نقاط قوت تلقی می‌گردند (۲۱).

روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات زیادی به اثبات رسیده است. بطور مثال، در مطالعه Nordin و همکاران که به منظور روان‌سنجی پرسشنامه "بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار" انجام شد، پایایی ۱۲ بعد پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی و همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمایش قرار گرفتند. همسانی درونی برای ابعاد بین ۰/۸۷-۰/۶۰ به دست آمد و روان‌سنجی آن مورد قبول ارزیابی گردید (۲۳).

مقری و همکاران پژوهشی با عنوان "معتبرسازی برگردان فارسی "بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار" انجام دادند، در

با توجه به اهمیت فرهنگ ایمنی مطالعه‌ای در مورد ارزیابی آن در بیمارستانهای روان‌پزشکی در داخل کشور انجام نشده است و در این مورد کمبود دانش وجود دارد، لذا افزایش دانش در این زمینه می‌تواند در راستای ارتقاء ایمنی در این مراکز مفید واقع گردد. این مطالعه با هدف تعیین فرهنگ ایمنی بیمار در مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی تهران انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که در سال ۱۳۹۳ انجام گردید. پس از دریافت معرفی نامه از دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی به مرکز روان‌پزشکی رازی تهران مراجعه گردید. سپس با هماهنگی مدیریت بیمارستان پرسشنامه‌ها توزیع و هدف از تکمیل آنها توضیح داده شد. از ذکر نام افراد در پرسشنامه‌ها خودداری گردید و به هر پرسشنامه‌ها یک کد تعلق گرفت. جامعه پژوهش، کارکنان بالینی مرکز روان‌پزشکی رازی تهران شامل پرستار، کار درمان، روان‌شناس، مددکار بودند. پرستاران در نوبت صبح و عصر و شب و سایر کارکنان بالینی در نوبت صبح در بخش حضور دارند. معیار ورودی به مطالعه کارکنان بالینی بیمارستان مرکز روان‌پزشکی رازی تهران شامل پرستاران که حضور مستقیم در بخش دارند. روانشناسان و مددکاران که هر کدام اتاق ویژه ای در بخش‌های بستری دارند و خدمات بالینی خود را در کنار بیماران به آنها ارائه می نمایند و کار درمانان که در اتاق کار درمانی بخش به ارائه خدمات کار درمانی به بیماران می پردازند و حداقل ۴ سال تجربه کار بالینی در بیمارستان روان‌پزشکی رازی تهران را داشته باشند بود.

تعداد کارکنان بالینی مرکز نامبرده ۲۸۳ نفر بودند. تعداد نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با سطح خطای ۵ درصد ۱۶۴ نفر تعیین شد که با نسبت مساوی از کارکنان بالینی هر کدام از گروه‌ها انتخاب گردیدند.

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right)}$$

جهت جمع‌آوری از پرسشنامه در ۲ قسمت استفاده شد. قسمت اول سؤالات جمعیت شناختی شامل سن و جنس و سابقه کار، واحد محل خدمت، سابقه کار در واحد فعلی، ساعات کار در هفته و سابقه کلی کار در حرفه فعلی بود. قسمت دو شامل نسخه فارسی پرسشنامه "بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار" بود. این پرسشنامه توسط "آژانس کیفیت و پژوهش‌های بهداشتی آمریکا" در

۰/۸۷ بدست آمد (۱۸). پس از جمع آوری داده ها، از شاخصهای مرکزی آمار توصیفی مانند میانگینها و انحراف معیار و از تجزیه و تحلیل استنباطی و از آزمون آنالیز واریانس استفاده گردید. تحلیل دادهها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۹ انجام شد.

یافتهها

در مطالعه حاضر ۱۶۴ نفر از کارکنان بالینی مرکز روان پزشکی مشارکت نمودند که ۷۱ درصد افراد (۱۱۶ نفر) پرستار، ۱۲ درصد (۲۰ نفر) روانشناس، ۱۰ درصد (۱۶ نفر) مددکار و ۹ درصد (۱۲ نفر) کار درمانگر بودند، میانگین سن شرکت کنندگان ۳۸ سال و میانگین سابقه کار ۱۰-۱۲/۵ سال و میانگین سابقه کار در واحد فعلی ۹-۴/۵ سال و میانگین سابقه کار در حرفه ۱۱-۱۳ سال بود (جدول ۱).

این مطالعه با شرکت ۴۲۰ نفر روش تحلیل عاملی تأییدی انجام شد. نتایج نشان داد که پرسشنامه شامل ۱۲ بعد از جمله ابعاد کار گروهی درون هر واحد، انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی، بهبود مداوم، درک کلی از ایمنی بیمار، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها، باز بودن مجاری ارتباطی، فراوانی گزارش دهی وقایع، کار گروهی ما بین واحدها، مسائل کاری مربوط به کارکنان، تحویل و تحول در بیمارستان، پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها می باشد، آلفای کرونباخ مربوط به همبستگی درونی کل ابعاد ۱۲ گانه پرسشنامه ۰/۸۲ بدست آمد و روایی سازه نیز اندازه گیری شد و این ابزار به عنوان ابزاری روا و پایا برای بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستانهای کشور معرفی شد (۲۴). پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در مطالعه یعقوبی فر و همکاران با مشارکت ۳۸۵ نفر

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان

نوع حرفه	تعداد	درصد	میانگین سن		جنس		میانگین سابقه کار	میانگین سابقه کار در واحد فعلی	میانگین سابقه کار در حرفه
			زن	مرد	زن	مرد			
پرستار	۱۱۶	۷۱	۳۸	۴۶	۷۰	۱۲/۵	۹	۱۳	
روانشناس	۲۰	۱۲	۳۹	۱۲	۸	۱۲	۴/۵	۱۱	
مددکار	۱۶	۱۰	۳۸	۸	۸	۱۲	۶	۱۳	
کار درمان	۱۲	۹	۳۸	۶	۶	۱۰	۵/۵	۱۲/۵	

واحد (۵/۶۲) و حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (۶/۶۸) و کار درمانان بیشترین نمره را به ترتیب به کار گروهی ما بین واحدها (۸/۵۸) و پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها (۸/۵۸) اختصاص دادند (جدول ۲). آزمون آماری نشان داد که اختلاف میانگین نمرات ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار واحدها با یکدیگر معنی دار نیست ($P=0/۳۵۹$).

از نمره کل پرسشنامه (۱۶۸ نمره) میانگین نمره کسب شده ۹۲/۷۵ می باشد.

در مقایسه میانگین نمرات گروههای مختلف درمان به ابعاد ایمنی بیمار پرستاران بیشترین نمره را به ترتیب به مسائل کاری مربوط به کارکنان (۹/۰۳)، درک کلی از ایمنی بیمار (۹/۰۲)، پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها (۸/۹۴) و کمترین نمره را به ابعاد حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (۶/۵۸)، باز بودن مجاری ارتباطی (۵/۲۸) و روان شناسان به ترتیب بیشترین نمره را به ابعاد مسائل کاری مربوط به کارکنان (۹/۲۱)، پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها (۹/۱) و کمترین نمره را به باز بودن مجاری ارتباطی (۵/۶۵) و حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (۶/۶۰) و مددکاران بیشترین نمره را به ترتیب به مسائل کاری مربوط به کارکنان (۹/۲) و کار گروهی درون هر واحد (۹) و کمترین نمره را به ابعاد کار گروهی درون هر

بعد	ابعاد فرهنگ ایمنی	پرستاران	انحراف معیار	روان شناسان	انحراف معیار	کار درمانان	انحراف معیار	مددکاران	انحراف معیار	sig
۱	کار گروهی درون هر واحد (۴ سؤال)	۸/۸۸	۲/۶۶	۹	۲/۱۷	۹	۲/۲۸	۸/۱۶	۲/۸۸	۰/۸۰
۲	انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار (۴ سؤال)	۷/۲۹	۲/۵۲	۶/۸۵	۳/۰۸	۷/۹۳	۳/۴۳	۷/۶۶	۲/۱۰	۰/۶۴
۳	یادگیری سازمانی، بهبود مداوم (۳ سؤال)	۶/۵۸	۱/۴۳	۶/۶۰	۱/۳۹	۶/۶۸	۱/۳۵	۶/۵۸	۱/۵۰	۰/۹۹
۴	حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (۳ سؤال)	۷/۲۸	۲/۰۶	۷/۱۵	۱/۹۸	۷/۱۲	۲/۰۶	۶/۱۶	۲/۵۱	۰/۳۷
۵	درک کلی از ایمنی بیمار (۴ سؤال)	۹/۰۲	۲/۱۶	۸/۵۰	۲/۰۳	۸/۷۵	۱/۹۴	۸/۱۶	۲/۱۲	۰/۴۶
۶	ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها (۳ سؤال)	۷/۸۲	۲/۴۳	۸/۴۰	۲/۷۲	۷/۶۸	۲/۶۵	۷/۴۱	۳/۳۶	۰/۷۲
۷	باز بودن مجاری ارتباطی (۳ سؤال)	۵/۲۸	۲/۰۵	۵/۶۵	۱/۳۴	۵/۶۲	۱/۵۸	۵/۵	۲/۳۱	۰/۸۱
۸	فراوانی گزارش دهی وقایع (۳ سؤال)	۶/۸۶	۱/۹۳	۷/۲۵	۱/۹۴	۴۳۶	۱/۹۳	۷/۱۶	۲/۳۶	۰/۶۲
۹	کار گروهی مابین واحدها (۴ سؤال)	۸/۲۹	۱/۷۴	۷/۶۵	۲/۱۸	۷/۸۷	۲/۱۸	۸/۵۸	۱/۵۶	۰/۳۷
۱۰	مسائل کاری مربوط به کارکنان (۴ سؤال)	۹/۰۳	۲/۲۰	۹/۲۱	۲/۱۴	۹/۲	۱/۸۵	۸/۶۶	۲/۲۶	۰/۹۰
۱۱	تحويل و تحول در بیمارستان (۴ سؤال)	۷/۵۸	۲/۳۲	۷/۷۵	۲/۱۴	۸/۳۱	۲/۵۲	۷/۰۸	۲/۸۴	۰/۵۵
۱۲	پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها (۳ سؤال)	۸/۹۴	۱/۵۷	۹/۱	۱/۳۳	۸/۸۱	۱/۱۶	۸/۵۸	۱/۹۲	۰/۸۱

درصد پاسخ به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار ابعاد انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار و یادگیری سازمانی، باز بودن مجاری ارتباطی و فراوانی گزارش دهی وقایع و بعد کار گروهی ما بین واحدهای مختلف و مسائل کاری مربوط به کارکنان و تحويل و تحول در بیمارستان و پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها پاسخ مثبت زیر ۵۰ درصد دریافت نمودند و سایر ابعاد از جمله بعد کار گروهی درون هر واحد و ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها و حمایت مدیریت از ایمنی بیمار با پاسخ مثبت بالای ۵۰ درصد مواجه شدند (جدول ۳).

پاسخ شرکت کنندگان چهار واحد پرستاری، روان شناسی، مددکاری و کار درمانی به سؤال ایمنی بیمار در واحد (۱/۸ درصد) نامناسب، (۲۸ درصد) ضعیف، (۵۰ درصد) قابل قبول، (۱۴ درصد) بسیار خوب، (۶ درصد) عالی بود. به علاوه یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ۵۰ درصد (۸۲ نفر) افراد مورد مطالعه طی ۱۲ ماه گذشته هیچ حادثه مربوط به ایمنی را گزارش نکرده‌اند و ۱۷ درصد (۲۸ نفر) یک مورد گزارش و ۱۸/۹ درصد (۳۱ نفر) دو مورد گزارش و ۹/۸ درصد (۱۶ نفر) سه مورد گزارش و ۲/۴ درصد (۴ نفر) چهار مورد گزارش و ۱/۸ درصد (۳ نفر) پنج مورد گزارش در مورد حادثه ایمنی داشته‌اند.

جدول ۳: درصد پاسخ مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار

بعد	حیطه‌های فرهنگ ایمنی	مثبت	تعداد	خنثی	تعداد	منفی	تعداد
۱	کار گروهی درون واحدها	۵۸	۹۴	۱۰	۱۷	۳۲	۵۳
۲	انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار	۳۸	۵۷	۱۷	۲۸	۴۵	۷۶
۳	یادگیری سازمانی، بهبود مداوم	۳۲	۸۲	۱۸	۳۰	۵۰	۵۲
۴	حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۵۹	۹۵	۱۷	۲۶	۲۴	۴۳
۵	درک کلی از ایمنی بیمار	۴۸	۸۶	۱۳	۲۱	۳۹	۵۷
۶	ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها	۶۲	۱۰۳	۲۰	۳۲	۱۸	۲۹
۷	باز بودن مجاری ارتباطی	۳۲	۵۲	۲۶	۴۳	۳۲	۶۹
۸	فراوانی گزارش دهی وقایع	۴۴	۷۲	۴۷	۷۷	۹	۱۵
۹	کار گروهی مابین واحدها	۴۳	۷۰	۱۷	۲۸	۴۰	۶۶
۱۰	مسائل کاری مربوط به کارکنان	۳۴	۸۶	۱۴	۳۰	۵۲	۴۸
۱۱	تحويل و تحول در بیمارستان	۴۵	۶۵	۱۵	۲۵	۴۰	۷۴
۱۲	پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها	۸	۱۳۵	۱۰	۱۶	۸۲	۱۳

کار درمانی، مددکاری بررسی گردید. فرهنگ سازمان از مهم‌ترین عوامل تعیین کننده ایمنی بیمار در بیمارستانها محسوب می‌شود (۱۶). بعلاوه، نقطه آغازین برای ایجاد یک فرهنگ ایمنی، ارزیابی فرهنگ فعلی با استفاده از یک ابزار مناسب است (۲۵).

بحث

در این مطالعه فرهنگ ایمنی بیمار با استفاده از برگردان فارسی پرسشنامه "بررسی بیمارستانی فرهنگ ایمنی" در کارکنان بالینی مرکز روان پزشکی رازی در چهار واحد پرستاری، روان شناسی،

(۲۲) و در مطالعه انجام شده توسط Anssi و همکاران (۲۱) نمره مثبت بالای ۵۰ درصد دریافت نموده است. در حالی که در مطالعه حاضر نمره مثبت زیر ۵۰ درصد به این بعد تعلق گرفته است و جزو ابعادی است که نمره مثبت قابل قبول را دریافت نکرده و نیاز به بررسی و بهبود دارد.

یکی دیگر از ابعاد ایمنی، یادگیری سازمانی است و به معنای آن است که کارکنان واحدها در کارهای مختلف به منظور بهبود ایمنی بیمار فعالیت دارند و اشتباهات موجب تغییرات می‌شود و ارزیابی تغییرات انجام شده به منظور بهبود ایمنی بیمار صورت می‌گیرد. در این مطالعه نمره مثبت این بعد زیر ۵۰ درصد است و جزو ابعاد نیازمند بهبود دسته بندی می‌گردد. نتایج این مطالعه با مطالعه Anssi و همکاران (۲۱) و عبدی و همکاران (۷) همسو است. نتیجه مثبت مطالعه بقایی و همکاران (۱۵) و عبادی فرد آذر و همکاران (۲۲) در این بعد قابل قبول و بالای ۵۰ درصد گزارش شده است. ایجاد فرهنگ یادگیری سازمانی منجر به پیشگیری از اشتباهات و ارتقاء ایمنی در سازمان می‌شود.

بعد حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار، نشان می‌دهد که مدیریت بیمارستان جو کاری را به وجود آورده است که ایمنی بیمار را ارتقا بخشد. مطالعات نشان می‌دهد که مسئله ایمنی بیمار در بیمارستان از اهمیت بسیار زیادی برخوردار بوده و جزو اولویت هاست و مدیریت بیمارستان فقط پس از رخ دادن یک حادثه ناخواسته در مسئله ایمنی بیمار برخورد مدیریتی می‌نماید. در مطالعه حاضر نمره مثبت بالای ۵۰ درصد به دست آمد که با مطالعات بقایی و همکاران (۱۵) و عبدی و همکاران (۷) و عبادی فرد آذر و همکاران (۲۲) همسو می‌باشد. مطالعه Anssi و همکاران این بعد را جزو ابعاد با نمره پایین و نیاز به بهبود گزارش کرده است (۲۱). نتیجه مطالعه حاضر نشانگر آن است که فرهنگ حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار در این مرکز نسبتاً مطلوب است.

در مورد بعد درک کلی از ایمنی بیمار نمره مثبت این بعد در مطالعه حاضر با مطالعه Anssi و همکاران (۲۱) و عبدی و همکاران (۷) همسو بوده و کمتر از ۵۰ درصد و نیازمند بهبود است. لذا جزو ابعاد نیازمند توجه می‌باشد. بقایی و همکاران (۱۵) و عبادی فرد آذر و همکاران (۲۲) نمره مثبت قابل قبول و بالای ۵۰ درصد در این بعد را گزارش کرده اند. در واحدهایی که فرهنگ ایمنی بیمار از استاندارد پایین تر است، اشتباهات نیز بیشتر رخ خواهد داد (۱۶). بنابراین، نیاز به افزایش درک کلی از ایمنی بیمار وجود دارد. بعد ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها به معنای این است که به تغییرات صورت

پاسخ شرکت کنندگان به سؤال وضعیت ایمنی بیمار در واحد یا حوزه کاری شما، در بیمارستان روان پزشکی رازی ۲۰ درصد عالی و بسیار خوب بود که در مقایسه با مطالعه عبادی فرد آذر و همکاران که ۲۲ درصد خوب و عالی گزارش شده است همسو است (۲۲). نتیجه مطالعه Anssi و همکاران (۲۱) در مورد پاسخ این سؤال ۵۸ درصد خوب و عالی گزارش گردید. بر اساس این یافته‌ها، ایمنی بیمار در واحد یا حوزه کاری در بیمارستان های روان پزشکی فنلاند از بیمارستان عمومی و روان پزشکی در ایران شرایط بهتری دارد و در ایران نیز ایمنی بیمار در واحد در بیمارستان‌های عمومی نسبت به بیمارستان روان پزشکی نمره بیشتری کسب کرده است. پایین بودن نتیجه بدست آمده نمره ایمنی در واحد در مرکز روان پزشکی می‌تواند به علت تنوع و تعدد رخدادهای ایمنی با توجه به ماهیت بیماری بیمارستان بستری در این مراکز باشد. بنابراین، ایمنی بیمار در بیمارستان روان پزشکی محل مطالعه نیاز به توجه بیشتری دارد.

یکی از ابعاد ایمنی مربوط به کار گروهی درون واحدها است که نشان می‌دهد کارکنان از یکدیگر حمایت می‌کنند و زمانی که نیاز به انجام دادن کار زیاد در مدت کوتاهی وجود دارد، همگی به عنوان یک گروه دور هم جمع می‌شوند تا به کمک هم آن را انجام دهند و کارکنان با احترام با یکدیگر رفتار می‌کنند و زمانی که یک قسمت با کار زیادی روبرو می‌شود، سایر قسمت‌های واحد به کمک می‌آیند. نمره مثبت این بعد ۵۰ درصد بدست آمد که جزو نتایج مورد قبول است. این نتیجه با مطالعه بقایی و همکاران در بیمارستان‌های عمومی ارومیه (۱۵) و Anssi و همکاران (۲۱) که نمره مثبت آنها هم بالای ۵۰ درصد می‌باشد، همسو است و در مقایسه با مطالعه عبدی و همکاران (۷) در بیمارستان‌های عمومی تهران نمره بیشتری کسب کرده است. می‌توان نتیجه گرفت که کارگروهی به شکل مناسبی انجام می‌گیرد. در مورد اهمیت کار گروهی مطالعات نیز نشان داده است که مشکلات ایمنی بیمار ناشی از نارسایی و کمبود در فرآیندهای کاری در درون واحدها می‌باشد (۵،۱۵).

در مورد اقدامات و انتظارات مدیر و سوپروایزر در راستای ایمنی بیمار به معنی این که مدیر و سوپروایزر وقتی مشاهده می‌کنند کاری بر طبق رویه‌های ایمنی بیمار انجام گرفته از کارکنان تشکر و تمجید می‌شود و به طور جدی به پیشنهادهای کارکنان برای بهبود ایمنی توجه می‌شود و زمانی که فشار کار زیاد است از کارکنان می‌خواهد که سریع‌تر کار کنند و از مشکلات مربوط به ایمنی بیمار که به میزان زیاد هم رخ می‌دهد چشم پوشی شود. این بعد در مطالعات بقایی و همکاران (۱۵) و عبدی و همکاران (۷) و عبادی فرد آذر و همکاران

و همکاران (۲۲)، نتیجه قابل قبول را در این بعد به دست آورده‌اند. در بیمارستان روان‌پزشکی تخصص‌های مختلف گروه درمان نیاز به ارتباط و هماهنگی بیشتری برای انجام مداخلات لازم در مورد بیمار و در نهایت ایمنی او دارند. با توجه به اهمیت و لزوم کار گروهی بین واحدها در بیمارستان روان‌پزشکی محل مطالعه نیاز به توجه و ارتقاء بیشتری وجود دارد.

یکی دیگر از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار مسائل مربوط به کارکنان می‌باشد این بعد نشان می‌دهد که کارکنان ساعات طولانی کار می‌کنند و از کارکنان موقت بیش از حد استاندارد استفاده می‌شود و سعی می‌شود بار زیادی از کار با سرعت بسیار زیاد انجام شود. نتایج این بعد در این مطالعه با مطالعه بقایی و همکاران (۱۵) و Anssi و همکاران (۲۱) و عبدی و همکاران (۷) همسو بوده و نتیجه مثبت پایینی دارد و نیازمند بهبود است ولی عبادی فرد آذر و همکاران (۲۲) نتیجه مثبت قابل قبول را گزارش کرده‌اند. با توجه به اینکه برخورداری از یک نیروی کاری پراکنجه و قوی یکی از چالش‌های امروزی بیمارستان‌ها است (۲۲) و کارکنان معمولاً بیش از عامل بررسی علل خطاها، در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار نقش دارند و کلید اصلی در این زمینه محسوب می‌شوند (۱۹)، این بعد نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و نیاز به ارتقاء دارد.

تحویل و تحول و انتقال اطلاعات به معنای این است که اطلاعات مهم در مورد مراقبت از بیمار اغلب به هنگام تغییر شیفت از دست می‌رود (گم می‌شود) و اغلب در مبادله اطلاعات ما بین بخش‌های بیمارستانی مشکل به وجود می‌آید و تغییر شیفت کارکنان در این بیمارستان برای بیماران ایجاد مشکل می‌کند. نتیجه مطالعه حاضر با نتیجه مطالعه بقایی و همکاران (۱۵) و Anssi و همکاران (۲۱) و عبدی و همکاران (۷) همسو بوده و زیر ۵۰ درصد به دست آمده است که نیاز به بهبود دارد. مطالعه عبادی فرد آذر و همکاران (۲۲) نتیجه مثبت قابل قبول را گزارش کرده است. گزارش دهی و جمع‌آوری اطلاعات به صورت منظم یکی از ابعاد یک فرهنگ ایمنی قوی می‌باشد (۱۶).

پاسخ غیر تنبیهی به خطاها یکی دیگر از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار است و به معنای آن است که کارکنان نگران این هستند که اشتباهاتشان باعث شود در مورد آنها طرز فکر تغییر کند و افراد در حوادث گزارش شده احساس می‌کنند که گزارش باعث سوء برداشت در مورد آنها می‌شود و نگران ثبت گزارش حادثه در پرونده شخصی و به نام آنها می‌باشند. نتیجه مطالعه حاضر با مطالعه بقایی و همکاران (۱۵) و Anssi و همکاران (۲۱) و عبدی و همکاران (۷) همسو بوده و امتیاز قابل قبول را به دست نیآورده است و نیاز به بهبود دارد.

گرفته بر اساس گزارش حوادث ناخواسته بازخورد نشان داده می‌شود و در صورت مشاهده عملی که ممکن است برای بیمار ایجاد مشکل کند و یا در زمان اطلاع از خطاهای رخ داده، در مورد آنها آزادانه و با صراحت صحبت می‌شود. نتایج این بعد در مطالعه حاضر با مطالعات بقایی و همکاران (۱۵) و عبادی فرد آذر و همکاران (۲۲) همسو بوده و با نمره مثبت بالای ۵۰ درصد نتیجه قابل قبول دارد و نمره مثبت مطالعه Anssi و همکاران (۲۱)، عبدی و همکاران (۷) پایین و جزو ابعاد نیاز به بهبود، گزارش شده است.

باز بودن مجاری ارتباطی یعنی کارکنان می‌توانند آزادانه اقدامات و تصمیمات مسئولین بیمارستان را مورد پرسش قرار دهند و در رابطه با راه‌های مقابله با وقوع مجدد خطا وارد مذاکره می‌شود و کارکنان در مواقعی که احساس می‌کنند اقدامی می‌تواند ایمنی بیمار را به خطر بی‌اندازد از تذکر دادن و جویا شدن دلیل انجام آن هراس ندارند. نتیجه مثبت بدست آمده کمتر از ۵۰ درصد بوده و با مطالعه بقایی و همکاران (۱۵) و عبدی و همکاران (۷) همسو می‌باشد، در مطالعه انجام شده توسط Anssi و همکاران (۲۱) و عبادی فرد آذر و همکاران (۲۲) نتیجه مثبت قابل قبول به دست آمده است. فرهنگ سازمان از مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها محسوب می‌شود (۱۶، ۱۷)، اگر فرهنگ جاری در سازمان ارتقاء پیدا نماید می‌تواند به باز بودن مجاری ارتباطی منجر گردد. این بعد نیز در بیمارستان روان‌پزشکی رازی نیاز به بهبود دارد.

بعد فراوانی گزارش دهی حوادث بیانگر آن است که هنگامی که اشتباهی رخ می‌دهد پیش از آنکه بیمار را تحت تأثیر قرار دهد کشف و تصحیح می‌شود. نتایج مثبت این بعد با مطالعه بقایی و همکاران (۱۵) و عبدی و همکاران (۷) همسو و کمتر از ۵۰ درصد بدست آمد، در مطالعه Anssi و همکاران (۲۱) و عبادی فرد آذر و همکاران (۲۲) پاسخ مثبت قابل قبول (بالای ۵۰ درصد) گزارش گردیده است. با توجه به این که گزارش دهی و جمع‌آوری اطلاعات به صورت منظم یکی از شاخصه‌های مهم در فرهنگ ایمنی بیمار می‌باشد (۱۵)، در جهت ارتقاء این بعد نیز تلاش بیشتری مورد نیاز است.

در مورد کار گروهی بین واحدها که نشان می‌دهد واحدهای بیمارستانی با یکدیگر به خوبی هماهنگ هستند و به منظور فراهم کردن بهترین مراقبت برای بیمار به خوبی با یکدیگر کار می‌کنند در این مطالعه امتیاز مثبت زیر ۵۰ درصد به دست آمد. لذا با مطالعه عبدی و همکاران (۷) همسو است و نشانگر ضعف در کار گروهی بین واحدهاست، در حالی که مطالعات انجام شده توسط Anssi و همکاران (۲۱) و بقایی و همکاران (۱۵) و عبادی فرد آذر

بیمارستان و پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطاها، نمره قابل قبول را بدست نیاورده است. از محدودیت های این مطالعه عدم دسترسی به نمونه های بزرگتر و عدم انجام مطالعه مشابه در سایر مراکز روان پزشکی کشور جهت مقایسه نتایج بود.

جهت ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار پیشنهاد می گردد مطالعات مشابه در سایر مراکز روان پزشکی در دانشگاه های مختلف کشور انجام و بر اساس نتایج آن آموزش و مداخلات مناسب برنامه ریزی و انجام گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل طرح پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی سال ۱۳۹۳ با شناسه طرح ۹۳/۸۰۱/ت/۱/۲۹۴۹۱ می باشد. از معاونت پژوهشی دانشگاه جهت ایجاد فرصت پژوهش و از مسئولین و کارکنان بالینی مرکز روانپزشکی رازی به خاطر همکاری و مشارکت در تحقیق کمال تشکر و قدردانی را دارد.

از طرف دیگر، مطالعه عبادی فرد آذر و همکاران (۲۲) نتیجه مثبت قابل قبول را گزارش کرده است. داشتن محیط عاری از سرزنش افراد یکی از شاخصه های مهم فرهنگ ایمنی می باشد و پژوهشگران بر این تأکید دارند که مدیریت می بایست خطاها را به عنوان فرصتی برای یادگیری تلقی کرده و همواره به کارکنان به عنوان عناصر مهم و اصلی ارتقاء دهنده ایمنی نگریده و از متمرکز شدن بر روی خطاها پرهیز نمایند (۱۵).

نتیجه گیری نهایی

در این مطالعه ابعاد کار گروهی درون واحدها، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها نمره قابل قبول کسب کردند ولی سایر ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار از جمله یادگیری سازمانی، بهبود مداوم، درک کلی از ایمنی بیمار، باز بودن مجاری ارتباطی، فراوانی گزارش دهی وقایع، کار گروهی ما بین واحدها، مسائل کاری مربوط به کارکنان، تحویل و تحول در

منابع

- 1- Cathy B. The quality solution: The stakeholder's guide to improving health care. *Annals of Internal Medicine*. 2008; 144(10):784.
- 2- Martin F, Gerry C, Martin H, Peter H, Robert J, Richard K et al. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1. *Who*. 2009:1-154. Available at <http://www.who.int/about/copyright/en>.
- 3- Migidail K. Reducing errors in healthcare: transferring research to practice. Agency for healthcare research and Quality. 2008. Available from: www.ahrq.gov/qual/errors.htm.
- 4- Kanerva A, Lammintakanen J, Kivinen T. Patient safety in psychiatric inpatient care: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013; 20(6): 1-8.
- 5- Katherine J, Anne S, Liyan X Junfeng S, Keith M. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A tool to plan and evaluate patient safety programs. Agency for Healthcare Research and Quality. 2008; 2(8):1-8.
- 6- McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey JH, DeCristofaro A. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2003; 348(26):81-3.
- 7- Abdi Z, Maleki RM, Khosravi A. [Perceptions of patient safety culture among staff of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences]. *Payesh*. 2011; 10(4): 411-419 (Persian).
- 8- Ten facts on patient safety. 2008. Available from: www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/index.
- 9- Fuller Torrey E, Doris A, Jeffrey G, Carla J, Kristina R. No Room at the Inn: Trends and consequences of closing public psychiatric hospitals. Research from the Treatment Advocacy Center. 2012:1-27.
- 10- Shortage of 20 thousand psychiatric hospital beds. Available at: 2012 <http://www.tabnak.ir/fa/>

news/280108/.

11- Gloria PB, Bernice K, Chad M, Paula S. Touched by violence and caring for the violator: the lived experiences of nurses who were assaulted by their patients in psychiatric settings. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy Capella University. 2012: 1-158.

12- Karen S, Calabro. A study of patient assault –related injuries in state psychiatric hospitals. The University of Texas School of Public Health. By ProQuest Information and Learning Co-. 2008:1-231.

13- Tinkara P, Peter U. Safety issues in psychiatric setting. Journal of Criminal Justice and Security. 2012;13(4); 431-443.

14- Joe P, Alan Q. The vital role of state psychiatric hospitals. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council. 2014:1-61. Available at: www.nasmhpd.org.

15- Baghaei R, Nourani D, Khalkhali HR, Pirnejad H. Evaluating patient safety culture in personnel of academic hospitals in Urmia University of Medical Sciences in 2011. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 10(2): 150-164.

16- Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, Admi H, Donchin Y. Healthcare climate: A framework For measuring and improving patient safety. Critical Care Medicine. 2007; 35(5): 1312-17.

17- Marx D. Patient safety and the Just Culture: A primer for health care executives. Agency for health care research and quality. 2001. Available at: [http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx? resource](http://www.psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resource).

18- Yaghoobi Far MA, Takbiri A, Haghgoshaye E, Tabarraye Y. [The survey of patient safety culture and recognizing its Weaknesses and strengths in Sabzevar hospitals]. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2011; 20(2): 154-164 (Persian).

19- Izadi A, Drikvand J, Ebrazeah A. [The patient safety culture in Fatemeh Zahra Hospital of Najafabad, Iran]. Health Information Management. 2013; 9(6):67-72 (Persian).

20- Rockville W, Sorra J, Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. 2004:1-74.

21- Anssi K, Jari T, Eila R, Markku E, Hannele T. Patient safety culture in two Finnish State-Run Forensic Psychiatric Hospitals. Journal of Forensic Nursing. 2013; 9(4): 207-216.

22- Ebadi fard azar F, Rezapoor A, Tanoomand K A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. [Study of patients 'safety culture in selected training hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences]. Journal of Hospital. 2011; 11(2): 55-64 (Persian).

23- Nordin A, Wilde-Larsson B, Nordström N, Theander K. Swedish Hospital Survey on Patient Safety Culture: Psychometric properties and health care staff's perception. Open Journal of Nursing. 2013; 3(8A) 41-50.

24- Moghri J, Ghanbarnezhad A, Moghri M, Rahimi F, Akbari SA, Arab M. [Validation of Farsi version of hospital survey on patient Safety culture questionnaire, using confirmatory factor analysis]. Journal of hospital. 2012; 11(2):19-28 (Persian).

25- Marleen S, Ingrid CD, Cordula W, Gerrit van der W, Peter P G. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals.2008; 8(230):1-9.

The survey of patient safety culture in Razi Psychiatric Center in Tehran

Ajali A¹, Fallahi Khoshknab M², Dibae M³

Abstract

Introduction: Safety is one of the main factors in providing quality health care in health care providers. Safety culture in an organization is the most important determinants of patients' safety. This study aimed to determine patients' safety culture in Razi Psychiatric Center in Tehran.

Materials & Methods: This is a descriptive study that was conducted in 2014 with participation of 164 employees of the Razi Psychiatric Center. Data collection was carried out using the Persian version of the standard questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety Culture". Validity and reliability of the questionnaire was confirmed base on the previous studies. Data was analyzed by SPSS/19.

Findings: Average percentage of total positive response of the patient safety culture was 42%. The highest percentage of positive responses to feedback and communication on errors was 62%, organizational learning and continuous improvement was 59%. The lowest percentage of no punitive response to errors and communication openness were 8% and 32% respectively. There was no difference in scores between units of patients' safety culture ($P=0.359$). In total 29.8% of respondents on patients' safety in units were weak and 50 % of participants did not report any events.

Conclusion: The findings revealed that patients' safety culture in this center was weak and requires improvement. Communication openness and no punitive response to errors is essential to enhance the safety culture. To better promote the patients' safety culture, planning an education programs is suggested.

Keywords: Patient safety, Patient safety culture, Psychiatric center.

Received: 25 June 2015

Accepted: 19 August 2015

1- PhD. Student of Nursing, Nursing Department, University of Social Welfare and rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Associate Professor. Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: msflir@yahoo.com

3- MSc in Nursing, University of Social Welfare and rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Iranian Nursing
Scientific Association

Journal Of **Health Promotion Management**

ISSN: 2251- 8614 Vol.4 No.4 (Serial 16) Outumn 2015

Index for selecting an appropriate instrument to conduct research in health sciences: Introducing the COSMIN checklist	13
<i>Shirinabadi Farahani A , Rassouli M, Yaghmaei F3, Alavi Majd H</i>	
Study of safety behavior against workplace harmful factors in Township of Zanjan	21
<i>Rezaei R , Jamshidi N</i>	
Effect of rhythmic movement on executive function in children with educable intellectual disability....	31
<i>Ghorbanzadeh B, Lotfi M</i>	
Comparison of correlation between knowledge management and organizational culture at public and private hospitals of Shiraz City	41
<i>Ramezankhani A, Mahfoozpour S, Daneshkohan A, Danesh G</i>	
Effect of assertiveness skill training on interpersonal conflict management style of nurses at workplace	52
<i>Motahari M, Mazlom SR, Asgharipour N, Maghsoudi poor Zaid Abadi S</i>	
Effect of Aloe Vera extract on blood lipids in patients with pre-diabetes: A randomized double-blind clinical trial.....	63
<i>Alinejad Mofrad S, Foadoddini M, Saadat Joo AR</i>	
The correlation between transformational leadership and organizational justice from perspective of personnel of rehabilitation clinics in Ahvaz hospitals, Iran	74
<i>Khoshnejad Firouz N, Faraji Khiavi F, Zahednejad S, Haghighi Zadeh MH</i>	
Dignity of heart failure patients referred to Zanjan hospitals	83
<i>Moraveji M, Yaghmaei F, Bagheri H</i>	
The survey of patient safety culture in Razi Psychiatric Center in Tehran	94
<i>Ajalli A, Fallahi Khoshknab M, Dibae M</i>	
Perceptions of MI patients from influential factor on quality of life: A qualitative study	103
<i>Raufi S, Yaghmaei F, Mohajeri S, Naderlou M, Nasseryan J</i>	