نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره سوم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۳
Cardiovascular Nursing Journal, 3(1), Spring 2014

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی فراگیری محورهای فرهنگ ایمنی بیمار در مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجائی در سال ۱۳۹۲

بهزاد مومنی[۱]، کارشناس ارشد آموزش بهداشت
رضا گل پیرا[۲]، پزشک عمومی (MPH)
*** مهناز مایل افشار[۳]، کارشناس ارشد مدیریت دولتی**

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف بررسی فراگیری محورهای فرهنگ ایمنی بیمار در مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی شهید رجائی در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

زمینه. یکی از عواملی که نقش مؤثری در ارتقاء سطح ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی درمانی دارد، وجود فرهنگ ایمنی بیمار در این مراکز است. در واقع فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آن‌ها است.

روش کار. این مطالعه به روش توصیفی تحلیلی و به صورت مقطعی انجام شد. داده های مطالعه از کارکنان مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی شهید رجائی جمع آوری گردید. روش نمونه گیری، تصادفی چند مرحله ای و متناسب با تعداد کارکنان هر بخش انجام شد. نمونه آماری در این تحقیق، شامل پزشکان، کارکنان پرستاری و آزمایشگاه بودند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان، شامل ۱۲ بعد ایمنی استفاده شد.

یافته ها. براساس یافته ها، میانگین امتیازات کسب شده در کل ۶۵ درصد بود، که بیشترین امتیاز مربوط به بخش های تشخیصی و گروه پاراکلینیک، در حیطه کار تیمی درون واحدهای سازمانی (۸۳ درصد) و کمترین امتیاز مربوط به گروه پاراکلینیک و بخش های تشخیصی درحیطه پاسخ غیر تنبیهی در قبال رویداد خطاها (۴۲ درصد) و همچنین، بیشترین امتیاز مربوط به گروه بخش های ویژه در حیطه مسائل مربوط به کارکنان (۴۲ درصد) بود.

نتیجه گیری. به طور کلی می توان گفت ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان ها می تواند نقشی چند جانبه داشته باشد. از یک طرف، می تواند وضعیت فرهنگ ایمنی حاکم بر مرکز و درجه قوت یا ضعف آن را برای مدیران و سرپرستان روشن نماید، و از طرف دیگر، این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی کارکنان در خصوص ایمنی بیمار، به بهبود وضعیت آن کمک نماید. ابعادی از فرهنگ ایمنی بیمار که میانگین درصد پاسخ مثبت آن ها از ۶۰ درصد کم تر است، نیاز به ارتقاء دارند.

کلید واژه: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، خطاهای پزشکی

۱ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مسئول بهبود کیفیت، دفتر اعتبار بخشی مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی شهید رجایی
۲ پزشک عمومی (MPH)، مسئول اعتبار بخشی، دفتر اعتبار بخشی مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی شهید رجایی
۳ کارشناس ارشد مدیریت دولتی، اعتبار بخشی، دفتر اعتبار بخشی مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی شهید رجایی (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک:
mahnazmayelafshar@yahoo.com

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

مقدمه

سازمان‌های بهداشتی درمانی در ایران، همواره برای ارتقاء ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت‌های درمانی خود تلاش می‌کنند و همین جهت لازم است سیستم‌ها و فرایندهای کاری لازم را پیاده کنند و فرهنگ ایمنی را مورد توجه قرار دهند. طی دو دهه اخیر این تفکر که سیستم سلامت به اندازه کافی ایمن نیست و نیازمند بهبود و ارتقاء است در سطح جهانی مورد توجه قرار گرفته است. از سوی دیگر، توسعه و پیشرفت در ایمنی بیمار به سازمان‌های بهداشتی درمانی و ارائه دهندگان خدمات آن کمک می کند تا خطر را پیش بینی کنند و به دنبال راه حلی برای از بین بردن آن باشند. ایمنی بیمار به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پیشگیری از هر گونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارایه مراقبت های سلامت است (نش و گولدفارب، ۲۰۰۶).

یکی از عواملی که نقش مؤثری در ارتقاء سطح ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی درمانی دارد، وجود فرهنگ ایمنی بیمار در این مراکز است (آندرسون، ۲۰۰۶). در واقع، فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آن‌ها است (میلیگان، ۲۰۰۷). مواردی از قبیل عدم پنهان سازی خطاها و حوادث، و آشکارسازی آن‌ها، آموزش کارکنان در زمینه امنیت بیمار، وجود سیستم گزارش دهی انواع خطاها، استفاده از داده‌های سیستم گزارش دهی در جهت بهبود فرایندها، کاهش سرزنش افراد، کار تیمی، ارتباطات شفاف بین واحدها و بخش ها و همکاری آن‌ها با یکدیگر در جهت منافع بیمار، و توجه رهبری سازمان به امنیت از ویژگی های بارز چنین فرهنگی هستند (اسچوتز و همکاران، ۲۰۰۷). گسترش و توسعه مفهوم خطاهای پزشکی مستلزم مطالعات بیشتر با محوریت و تمرکز بیشتر بر ایمنی بیمار می باشد (سعید و امیل، ۲۰۰۹). پی بردن به اهمیت وافر فرهنگ ایمنی در افزایش ایمنی بیماران و کاهش خطاهای پزشکی سبب گردید که ابزارهای متعددی جهت سنجش وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز مختلف بهداشتی درمانی از جمله بیمارستان‌ها طراحی شود و پژوهش های متعددی در این زمینه صورت گیرد. چه بسا چالش کنونی بیمارستان های دولتی نظارت بر ایمنی بیمار در فرایندهای درمانی و غیر درمانی است (سعید و امیل، ۲۰۱۰).

بر اساس شواهد موجود، تخمین زده می شود که در کشورهای در حال توسعه، در حین دریافت خدمات بیمارستانی، از هر ده بیمار، به یک نفر آسیب و جراحت وارد می گردد. با وجود این که در کشورهای در حال توسعه آمار دقیقی در این خصوص وجود ندارد، اما احتمال آن به مراتب بیشتر است. مطالعات متعدد در کشورهای مختلف نشان داده اند که حداقل ۲/۹ تا ۶۱/۱ درصد از بیماران یکی از عوارض جانبی را تجربه کرده اند (زگراس، ۲۰۰۹). با توجه به اثر زیان آور خطاهای پزشکی بر بیماران، این امر به یک عامل نگران کننده مشتریان بهداشت و درمان تبدیل شده است (آدامز و بوسکارینو، ۲۰۰۴).

در یک مطالعه تحت عنوان "برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران" ده بعد فرهنگ ایمنی و چهار بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در سه بیمارستان مورد بررسی قرار گرفت. یافته های این پژوهش نشان داد که ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی در این بیمارستان ها نیاز به بهبود دارد (عبدی، ۱۳۹۰). اسمیت و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیقی تحت عنوان نقش فرهنگ ایمنی بیمار در حوادث ناخواسته در بیمارستان در سال ۲۰۱۲ به این نتیجه رسیدند که تنها بین تعداد کمی از ابعاد فرهنگ ایمنی و برخی نتایج از جمله "تمایل به گزارش دهی خطا" ارتباط وجود دارد. تحقیق زگراس (۲۰۰۸) نشان داد بسیاری از بیماران از حوادث خطرناکی که در بیمارستان رخ می دهد رنج می برند، و امروزه بسیاری از بیمارستان به دنبال راه هایی برای بهبود ایمنی بیمار از طریق کاهش خطا هستند.

اسمیت و همکاران (۲۰۱۲) طی مطالعه ای به ارزیابی میزان مسئولیت افراد در حوزه ایمنی بیمار در سطح واحد و بیمارستان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که برای ارتقاء فرهنگ ایمنی در یک مرکز درمانی باید تلاش ها در سطح سازمانی و نه فقط در سطح تغییر نگرش افراد صورت پذیرد. به طور کلی، تلاش هایی که در جهت بهبود فرهنگ ایمنی بیمار صورت می گیرد باید به جای تغییر نگرش سطح فردی، به تغییر نگرش در سطح سازمانی، یا بیمارستان معطوف باشند. فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان عامل مشترک ارزش ها، باورها، رفتارها، برداشت‌ها و نگرش‌های پرسنل بهداشت و درمان در سازمان شرح داده شده است، و ممکن است به عنوان اولویت اول و ارزش در هر سازمانی در نظر گرفته شود (سعید و امیل، ۲۰۰۹). بر اساس گزارش آژانس تحقیقات کیفیت مراقبت های بهداشتی، فرهنگ ایمنی بیمار نیاز به درک صحیح از ارزش ها، باورها، هنجارها، دارد و آنچه برای سازمان اهمیت دارد، نگرش‌ها و رفتارهایی است که نسبت به بیماران، پیاده می شود و مورد انتظار است. بنابراین، برای سازمان های بهداشتی و درمان لازم است برای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار به بهبود ایمنی بیمار در فرایندهای بهداشت و درمان بپردازد (چن و لی، ۲۰۱۰). فرانکل و همکاران (۲۰۰۵) در بررسی خود نشان دادند که راندهای بررسی وضعیت ایمنی به عنوان ابزاری موثر برای شناسایی مسائل مربوط به ایمنی، تعامل با رهبری، و حمایت از فرهنگ ایمنی محسوب می شوند و اجرای این راند ها نیاز به اراده و حمایت سازمانی دارد.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

در ایران، در پاسخ به افزایش روزافزون خطاهای پزشکی و افزایش توجه مردم و فشار افکار عمومی نسبت به این امر، وزارت بهداشت موضوع ایمنی بیمار را در اولویت برنامه های خود قرار داده است و همواره از تلاش هایی که در این زمینه صور ت می گیرد، حمایت می کند. در حال حاضر نیز وزارت بهداشت، حاکمیت خدمات بالینی را در بیمارستان ها مطرح کرده است که یکی از محورهای آن موضوع ایمنی بیمار می باشد. این مطالعه با هدف بررسی فراگیری محورهای فرهنگ ایمنی بیمار در مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی شهید رجائی در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه به روش توصیفی تحلیلی و به صورت مقطعی انجام شد. نمونه های مطالعه، کارکنان (۳۳۲ نفر) شامل پرستاران (۲۷۷ نفر)، پزشکان (۲۸ نفر)، و کارکنان آزمایشگاه (۲۷ نفر) مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجائی بودند. دلیل انتخاب این کارکنان، داشتن بیشترین تماس مستقیم با بیمار در زمان ارائه خدمات بود. روش نمونه گیری، تصادفی چند مرحله ای و متناسب با تعداد کارکنان انجام بود. در این مطالعه از پرسشنامه استاندارد "ارزیابی بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار" استفاده شد که توسط آژانس کیفیت و تحقیقات بهداشتی آمریکا در سال ۲۰۰۴ طراحی شد و هر سال ویرایش می شود و بارها برای ارزیابی نظرات کارکنان بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (مقری و همکاران، ۱۳۹۰).
پرسشنامه ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان، حاوی ۴۲ سؤال است که در دوازده بعد (حیطه) تدوین شده است. این ابزار دوازده بعد فرهنگ ایمنی بیمار از جمله تعداد خطاهای گزارش شده، درک کلی از ایمنی بیمار، انتظارات و اعمال مدیر یا سرپرست در خصوص ارتقای ایمنی، یادگیری سازمانی، کار تیمی درون واحدهای سازمانی، باز بودن مجاری ارتباطی، آگاه کردن کارکنان از بروز خطاها و دادن بازخورد در این خصوص، پاسخ غیرتنبیهی به اشتباهات، مسائل مرتبط به کادر درمانی، حمایت و پشتیبانی مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار، کار تیمی بین واحدهای بیمارستان، و تبادلات و انتقال اطلاعات را مورد سنجش قرار می دهد. سؤالات پرسشنامه در یک مقیاس پنج گزینه ای لیکرت، از خیلی مخالف تا خیلی موافق، ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار را مورد سنجش قرار می دهند. جهت امتیازدهی نیز مطابق با دستور العمل نحوه امتیازدهی پرسشنامه، گزینه های موافق و خیلی موافق در طیف پاسخ های مثبت، گزینه بدون نظر در طیف پاسخ‌های خنثی، و گزینه های مخالف و خیلی مخالف در طیف پاسخ های منفی طبقه بندی شده اند. تعدادی از سؤالات پرسشنامه نیز به صورت معکوس تدوین شده اند که در آنها سیستم امتیازدهی برعکس است. اعتبار این ابزار توسط مقری و همکاران (۱۳۸۸) تایید شد. پایایی این ابزار از طریق توزیع پرسشنامه میان ۳۰ نفر از کارکنان به صورت تصادفی صورت گرفت که بر اساس آن، آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۷ محاسبه شد. طرح این مطالعه در شورای پژوهشی مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجائی مطرح و به تصویب رسید.

یافته ها

بر اساس یافته ها، ۲۷۷ نفر از نمونه ها، پرستار (۸۳/۴۴ درصد)؛ ۲۸ نفر، پزشک (۸/۴۳ درصد)؛ و ۲۷ نفر، پرسنل آزمایشگاه (۸/۱۳ درصد) بودند. جدول شماره ۱ میانگین امتیازات حیطه های فرهنگ ایمنی بیمار در واحدهای مختلف بیمارستان را نشان می دهد. همان طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود، گروه بخش های پاراکلینیک و تشخیصی، بیشترین امتیاز را به حیطه های تناوب گزارش دهی رخدادها، درک کلی از ایمنی بیمار، انتظارات و اقدامات مدیریت در راستای ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی، و کار تیمی درون واحدهای سازمانی (نمودار شماره ۱)، باز بودن مجاری ارتباطی، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها، و حیطه حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، و کار تیمی بین واحدهای سازمانی دادند. گروه پزشکان، بیشترین امتیاز را به حیطه های پاسخ غیرتنبیهی در قبال رویداد خطاها (نمودار شماره ۲) و مسائل مربوط به کارکنان (نمودار شماره ۳) اختصاص دادند. گروه بخش های ویژه بیشترین امتیاز را به حیطه تبادل و انتقال اطلاعات دادند.
با توجه به نمودار شماره ۱، در حیطه کار تیمی درون واحدهای سازمانی، میانگین بیشترین نمرات اختصاص داده شده مربوط به گروه پاراکلینیک و بخش های تشخیصی و کمترین میانگین نمرات مربوط به بخش های داخلی و ویژه است. نمودارشماره ۲ نشان می دهد که در حیطه پاسخ غیرتنبیهی در قبال رویداد خطاها، بیشترین میانگین نمرات را پزشکان و کمترین میانگین نمرات را، گروه

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

جدول شماره ۳: میانگین درصد امتیازات حیطه های فرهنگ ایمنی بیمار در واحدهای مختلف بیمارستان

حیطه های فرهنگ ایمنی بیمار	پزشکان (درصد)	پاراکلینیک و بخش های تشخیصی (درصد)	بخش های مراقبت ویژه (درصد)	بخش های داخلی(درصد)
تناوب گزارش دهی رخدادها	۷۳	۷۵	۷۴	۷۵
درک کلی از ایمنی بیمار	۷۰	۷۳	۷۱	۷۳
انتظارات و اقدامات مدیریت در راستای ایمنی بیمار	۷۰	۷۲	۶۷	۶۹
یادگیری سازمانی	۶۹	۷۶	۷۱	۷۱
کار تیمی درون واحدهای سازمانی	۷۳	۸۳	۷۱	۷۱
باز بودن مجاری ارتباطی	۶۱	۶۷	۵۹	۵۶
ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها	۶۲	۷۶	۶۷	۶۸
پاسخ غیر تنبیهی در قبال رویداد خطاها	۵۴	۴۲	۴۸	۴۴
مسائل مربوط به کارکنان	۶۲	۶۰	۴۲	۴۵
حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۶۶	۷۵	۶۴	۶۵
کار تیمی مابین واحدهای سازمانی	۶۱	۶۵	۶۰	۵۷
تبادل و انتقال اطلاعات	۵۴	۵۵	۶۵	۶۰
جمع کل	۶۵	۶۸	۶۳	۶۳

پاراکلینیک و بخش های تشخیصی داده اند. بر اساس نمودار شماره ۳، در حیطه مسائل مربوط به کارکنان، بیشترین میانگین نمرات مربوط به گروه پزشکان و کمترین میانگین نمرات، مربوط به بخش های مراقبت ویژه می باشد.

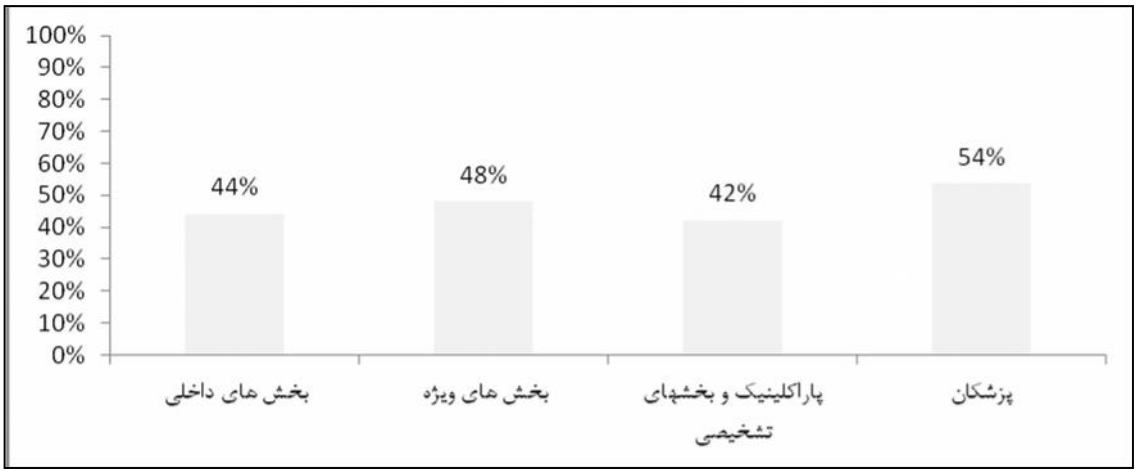
بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجائی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. میانگین امتیازات اختصاص داده شده در کل، ۶۵ درصد؛ در گروه پزشکان، ۶۵ درصد؛ در بخش های مراقبت ویژه، ۶۳ درصد؛ و در بخش های پاراکلینیک و تشخیصی، ۶۸ درصد بود. در پژوهش های مشابه، میانگین امتیازات اختصاص داده شده در کل،

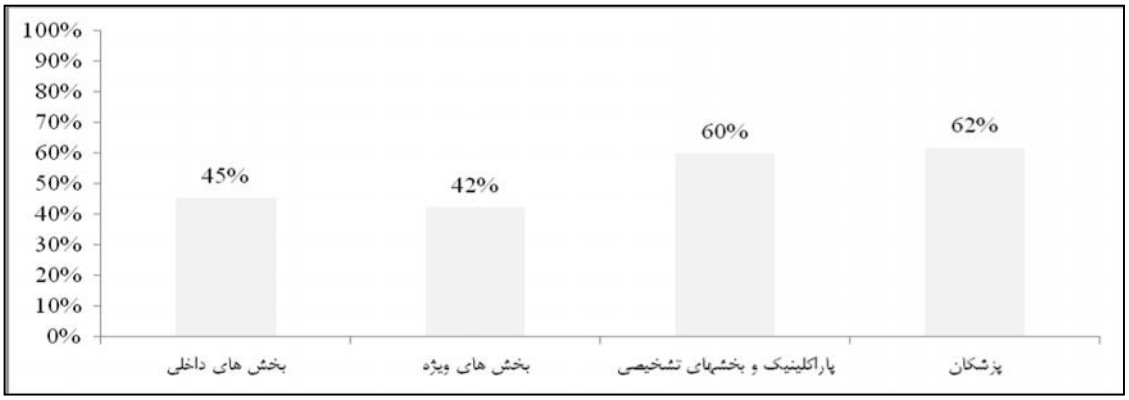


نمودار شماره ۱: مقایسه امتیاز اختصاص داده شده به "کار تیمی درون واحدهای سازمانی" توسط گروه های مورد بررسی

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]



نمودار شماره ۲: مقایسه امتیاز اختصاص داده شده به "پاسخ غیر تنبیهی در قبال رویداد خطاها" توسط گروه های مورد بررسی



نمودار شماره ۲: مقایسه امتیاز اختصاص داده شده به "مسائل مربوط به کارکنان" توسط گروه های مورد بررسی

بین ۳۴ تا ۶۵ درصد گزارش شده است، به طوری که در مطالعه ۳۸۲ بیمارستان در سطح ایالات متحده در سال ۲۰۰۷، ۶۱/۳ درصد؛ در مطالعه ۴۱۹ بیمارستان در سال ۲۰۰۸ در ایالات متحده، ۶۵/۴ درصد؛ در پژوهش کاستل و سونون در مراکز نگهداری سالمندان، ۳۴/۳ درصد؛ در مطالعه هلینگز و همکاران در ۵ پنج بیمارستان بلژیک، ۳۸ درصد؛ در مطالعه شرر و فیتزپاتریک در کارکنان اتاق عمل، ۵۸/۵ درصد؛ و در مطالعه انجام شده در سال ۱۳۹۰ در بیمارستان های ارومیه، ۵۴/۲۵ درصد گزارش شد.

پایین ترین میانگین نمرات اختصاص داده شده مربوط به حیطه پاسخ غیر تنبیهی در قبال رویداد خطاها و به میزان ۴۷ درصد بود که توجه ویژه بیشتر مسئولین و مدیران مرکز را می طلبد و همان طور که ادمونسون (۱۹۹۶) بیان کرده است، ناشی از بسته بودن جو فرهنگی حاکم بر سازمان می باشد. انجمن پزشکی آمریکا توصیه کرده است که سازمان ها برای ارتقاء در این زمینه باید این فرهنگ را که خطاها و اشتباهات، ناشی از نارسایی پرسنل و فردی است، کنار بگذارند و خطاها را به عنوان فرصت های یادگیری محسوب کنند. همچنین، این انجمن بیان می کند که "اگرچه تمام حوادث از خطای انسانی ناشی می شوند، ولی خطاها معمولا از نارسایی در سیستم ها و فرایند های کاری منشاء می گیرند و افراد را به سوی قصور رهنمون می کنند (کوهن و همکاران، ۲۰۰۰). بالاترین میانگین امتیازات اختصاص داده شده به میزان ۷۵ درصد و مربوط به کار تیمی درون واحدهای سازمانی بود. در مطالعات انجام شده در بیمارستان های آمریکا، عربستان سعودی و ارومیه نیز چنین نتایجی گزارش شده است (بقائی و همکاران، ۱۳۹۱).

ایمنی بیمار به عنوان یکی از مولفه های اصلی کیفیت خدمات درمانی در سال های اخیر، مورد توجه روزافزون پژوهشگران عرصه سلامت در جهان قرار گرفته است. در داخل کشور نیز پژوهش های متعددی در خصوص برخی جنبه های خاص ایمنی بیمار در مراکز درمانی صورت گرفته است. برای مثال، می توان به مطالعاتی نظیر پژوهش قطبی و رقیب مطلق (۱۳۸۶) در خصوص شیوع

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

عفونت بیمارستانی، پژوهش های ریحانی کرمانی و همکاران (۱۳۸۸)، مطالعه مقارئی (۱۳۸۳) در زمینه میزان شیوع زخم بستر در بیمارستان ها، مطالعه صفوی بیات و همکاران (۱۳۸۸) در زمینه علل سقوط از تخت سالمندان و بررسی فرهنگ ایمنی در بیمارستان های ارومیه اشاره نمود. با این حال در سایر زمینه های مرتبط با ایمنی بیمار، عرصه وسیعی پیش روی پژوهشگران حوزه سلامت کشور قرار دارد. به زعم صاحب نظران این حوزه، فرهنگ ایمنی یکی از عوامل مهم دخیل در ایجاد ایمنی بیمار در بیمارستان ها و مراکز درمانی است و عدم وجود فرهنگ ایمنی قوی در بیمارستان بدین معنی است که ایمنی بیمار در بیمارستان دچار مشکل است.

در حال حاضر، بسیاری از سازمان های پیشرو در زمینه کیفیت خدمات درمانی، ایمنی بیمار و اعتباربخشی در جهان، بر اهمیت خلق فرهنگ ایمنی در سازمان ها در جهت ارتقاء ایمنی بیمار تاکید می کنند. به طور کلی می توان گفت ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان ها می تواند نقشی چند جانبه دارد. از یک طرف می تواند وضعیت فرهنگ ایمنی حاکم بر مرکز و درجه قوت یا ضعف آن را برای مدیران و سرپرستان روشن نماید، از طرف دیگر، این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی کارکنان در خصوص ایمنی بیمار، به بهبود وضعیت آن کمک نماید و همچنین، مدیران نیز می توانند پس از انجام مداخلات ضروری جهت بهبود ایمنی، از آن به عنوان ابزار ارزیابی این مداخلات استفاده نمایند (عبدی، ۱۳۹۰).

با وجود این که برشمردن خصوصیات یک فرهنگ مبتنی بر ایمنی آسان است، اما تلاش برای داشتن سازمانی که در آن ایمنی بیمار تبدیل به یک ارزش گردد، نیاز به تحولی بزرگ دارد. در این تحول بزرگ، یعنی تغییر ارزش ها، باورها و رفتار کارکنان سازمان همسو با ارزش های فرهنگ ایمنی، همانند سایر تغییر و تحولات بزرگ، پشتیبانی و حمایت مدیران ارشد سازمان از اساسی ترین مولفه های موفقیت است. حمایت مسئولین و مدیران ارشد سازمان از برنامه های ایمنی سرلوحه پیشبرد کلیه امور در این زمینه می باشد.

جهت ارتقاء فرهنگ ایمنی در بیمارستان راهکارهای متعددی وجود دارد و همانطور که سازمان جهانی بهداشت توصیه کرده است باید فرهنگ رایج مبنی بر سرزنش افراد در قبال خطاها ریشه کن شود. سرزنش افراد باعث از بین رفتن انگیزه برای گزارش خطاها می شود و ما را از پرداختن به ضعف سازمان و فرایندهای کاری سازمان منحرف می سازد. اگر خطاها گزارش نشوند ارزش اطلاعات حاصل از خطاها پنهان می ماند و لذا توانایی برای تجزیه و تحلیل دلایل رخداد خطاها محدود می شود و پیشگیری از وقوع مجدد خطا ممکن نخواهد بود. در سازمانی که کارکنان سازمان به خاطر خطاها و اشتباهات مواخذه می شوند، اشتباهات رخ داده آشکار نمی شوند و در نتیجه کسی چیزی یاد نمی گیرد و فرایندی نیز بهبود نمی یابد.

سازمانی که گزارش دهی را ترویج می کند، یادگیری سازمانی را تشویق می کند و ایمنی بیمار را بهبود می بخشد. با درس گرفتن از خطاها و اشتباهات است که سازمان ها می توانند دانش را در درون خود مدیریت کنند و مکانیسم یادگیری سازمانی را خلق نمایند.

جهت ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، آموزش مداوم کارکنان از اساسی ترین راهکارهای موجود می باشد که باید به صورت مداوم برنامه ریزی و اجرا گردند. با توجه به آموزشی بودن مرکز توصیه می شود ارائه مطالب آموزشی در رابطه با ایمنی بیماران به دستیاران و سرپرستاران جدیدالورود در اولویت بیشتری قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

از همه کارکنان و پزشکانی که در تکمیل پرسشنامه با محققین همکاری کردند، و همچنین، از رابطین محترم ایمنی مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، و سرکار خانم بهشید قدر دوست که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی می شود.

منابع فارسی

بقایی ر، نورانی د، خلخالی ح، پیرنژاد ح،(۱۳۹۱)،بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، در سال ۱۳۹۰، دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه(۱۰)۲: ۱۵۶-۱۶۴.

ریحانی ه، حقیری ا،(۱۳۸۸)، میزان شیوع زخم بستر در بیمارستان ها، مجله دانشکده پزشکی اراک،(۱۰):۳۹-۴۵.

صفوی بیات ز،زوریاساتین ف، (۱۳۸۸)، زمینه علل سقوط از تخت سالمندان در تهران، مجله دانشکده علوم پزشکی قزوین،۱۱: ۶۶-۷۰.

عبدی ژ، ملکی م، خسروی آ(۱۳۹۰)،برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران،فصلنامه پایش(۱۰) ۴: ۴۱۱ -۴۱۹.

قطبی ف، رقیب مطلق م،والایی ن ،(۱۳۸۶)،عفونت بیمارستانی در بخشهای ویژه نوزادان بیمارستان طالقانی، مجله دانشکده پزشکی شهید بهشتی،۲۹: ۳۱۳-

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

.۳۱۸
مقری ج،(۱۳۸۸)،ارزیابی فرهنگ بیمار در کارکنان بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران،کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
مقارئی م،ظریف سنایی ن، (۱۳۸۳)، تعیین عوامل تشدید کننده و خطر ساز در شیوع زخم بستر در بیمارستان ها دانشگاه علوم پزشکی شیراز ، مجله پرستاری، (۹): ۱-۷.

منابع انگلیسی

Adams R E, Boscarino. J A. .2004A community survey of medical errors in New York. International Journal for Quality in Health Care,;16)5(:353–362

Anderson JD. 2006, creating a culture of safety: leadership, teams and tools. Nurse Leader Journal; 5: 38-41.

Chen C, Li H. R. 2010. Meseearachs aurtirclieng patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). BMC Health Services Research,;10:152.

Edmondson AC. 1996. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influenceson the detection and correction of human error. J .Appl Behav Sci;32:5-28.

Frankel A, Grillo SP, Baker EG, Huber CN, Abookire S, Grenham M, Console P, O'Quinn M, Thibault G, Gandhi TK. 2005. Patient Safety Leadership Walk Rounds at Partners Healthcare: learning from implementation. Jt Comm J Qual Patient Saf.;31(8):423–37. [PubMed]

Frankel A, Grillo SP, Pittman M, Thomas EJ, Horowitz L, Page M, Sexton B. 2008. Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership Walk Rounds on frontline caregiver assessments of patient safety. Health Serv Res.;43(6):2050–66. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00878.x. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Editors. 2000. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press.

Milligan JF. 2007. Establishing a culture for patient safety-the role of education. Nurse Education Today; 2: 95-102.

Nash D, Goldfarb N., 2006, the Quality Solution: The Stakeholders Guide to Improving Health Care. 1st Edition, Jones & Bartlett Publishers: UK.

Said B, Emel F. 2009. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. International Journal for Quality in Health Care,;21)5(:348–355

Said B, Emel F. 2010.Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. BMC Health Services Research,;10:28

Said B, Emel F. 2009. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. International Journal for Quality in Health Care; 21(5):348–355

Schutz LA, Counte AM, Meurer S. 2007. Development of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: analysis of content validity. Health Care Management Science; 2:139-49

Smits, M., Wagner, C., Spreeuwenberg, P., Timmermans, D. R., van der Wal, G. and Groenewegen, P. P. 2012. The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals. Journal of Clinical Nursing, 21: 3392–3401. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04261.x

Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, Wal G vander, Groenewegan PP. 2009. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering ofresponses at unit level and hospital level. Qual Saf Health Care;18:292-6.

Zegers M, De Bruijne MC, Wagner C, et al. 2008. personal communication in hospitals.

Zegers M, De Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, Hout FAG, Zwaan L, Christiaans-Dingelhoff I, immermans DRM, Groenewegen PP, Wal G van der: 2009. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. Qual Saf Health Care;18:297-302.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره سوم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۳
Cardiovascular Nursing Journal, 3(1), Spring 2014

Original Article

The study of the domains of patient safety culture in Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center in 2012

Behzad Momeni[1], MSc
Reza Golpira[2], MD
***Mahnaz Mayelafshar[3], MSc**

Abstract

Aim. This study aimed to assess the domains of patient safety culture issues at Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center in 2012.

Background. Patient safety is a critical component of health care quality. As health care organizations continually strive to improve, there is a growing recognition of the importance of establishing a culture of safety.

Method. This descriptive analytical cross-sectional study was conducted in Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center. Multi-stage random sampling, proportionate to the number of the hospital staff., was used to recruit the participants. The sample consisted of the physicians, nurses, and laboratory personnel. The questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety Culture" was used to collect the data.

Findings. The total mean score was 65%. The highest score was achieved by the paraclinical and diagnostic departments in the issue of team-work within organizational units (83%), and the lowest score belonged to the paraclinical and diagnostic departments in the issue of error occurrence (42%) and the intensive care units in the issue of staff affairs (42%).

Conclusion. Overall, the assessment of patient safety culture in a hospital can serve various purposes, not only can it evaluate the status of patient safety culture in that hospital and identify its strong and weak points, but also it can raise the awareness of the staff vis-à-vis this significant issue and thus improve it. Those aspects of patient safety culture that scored less than 60% need augmentations.

Keywords: Patient safety, Patient safety culture, Medical errors

1 Master of Science in Public Health, Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center, Tehran, Iran
2 MD-MPH, Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center, Tehran , Iran.
3 Master of Science in Government Management, Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center, Tehran, Iran
(*Corresponding Author) email: Mahnazmayelafshar@yahoo.com

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]