

## بررسی تاثیر آموزش برفرهننگ ایمنی بیمار در بیمارستان های آموزشی

شهرساری در سال ۱۳۹۱

\*محمد اسدی ابوخیلی<sup>۱</sup>(M.A) - سمیه حسام<sup>۲</sup>(Ph.D) - شقایق وحدت<sup>۳</sup>(Ph.D)

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۲/۵/۶

### چکیده:

**زمینه:** ایمنی بیمار بعنوان تنها رسالت اصلی مراکز ارائه کننده خدمات تشخیصی و درمانی میباشد که با تکیه بر نیروی توانمند و آموزش دیده تمامی تلاش خود را بکار میگیرند تا صدمه و خطای بروی بیمار رخ ندهد.

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی تاثیر آموزش برفرهننگ ایمنی بیمار در مراکز آموزشی شهرستان ساری انجام شده است.

**روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به روش توصیفی - مداخله ای انجام یافته است. جامعه و نمونه پژوهش تعداد N=280 نفر از کارکنان و پرسنل پرستاری دو مرکز آموزشی درمانی (امام خمینی (ره) و بوعلی سینا) ساری بودند. ابزار گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه پیمایش فرهنگ ایمنی بیمار که شامل اطلاعات دموگرافیک، حوزه کاری، سرپرست کاری شما، ارتباطات و تبادل اطلاعات، دفعات گزارش حوادث، سطح ایمنی بیمار، بیمارستان شما، اطلاعات زمینه ای بوده است یافته ها: در این پژوهش تاثیر آموزش بروی ابعاد مدیریتی از جمله انتظارات و اقدامات مدیریتی و گزارش خطاهای پزشکی موثر واقع نبود ولیکن تاثیر آموزش بروی ابعاد فرهنگ نقل و انتقال بیمار و درس آموختن از خطا و فرهنگ کار تیمی وضعیت موجود ایمنی بیمار و اختلاف تبادل اطلاعات در بین کارکنان موثر واقع شد از آنجا که آموزش بروی هفت ابعاد مدیریتی انتظارات و اقدامات مدیریتی و گزارش خطاهای پزشکی، فرهنگ نقل و انتقال بیمار و درس آموختن از خطا و فرهنگ کار تیمی وضعیت موجود ایمنی بیمار و اختلاف تبادل اطلاعات در بین کارکنان موثر بوده است.

### بحث و نتیجه گیری:

با توجه به نتایج آماری انتظارات و اقدامات مدیریتی و گزارش خطاهای پزشکی در مرکز امام خمینی (ره) ولیکن هفت بعد مدیریتی فرضیه در خصوص مرکز بوعلی سینا ساری با توجه به تاثیر آموزش موثر واقع گردید و فرضیه های پژوهش همگی مورد تایید قرار گرفت. و توصیه می گردد با توجه به بحث ایمنی بیمار در مراکز آموزشی درمانی نسبت به تعیین مسئول آموزش ایمنی بیمار اقدام شود و هم چنین مطالب ایمنی بیمار به عنوان گایدلاین های آموزشی برای دانشجویان پزشکی و پرستاری لحاظ گردد.

**کلید واژه ها:** فرهنگ سازمانی - ایمنی بیمار - آموزش

۱. \*دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (نویسنده مسئول مقاله) - دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه مدیریت خدمات و بهداشتی درمانی، فارس، ایران. ۰۷۲۸۴۶۹۲۱۵۴ - [www.sfriau.ac.ir](http://www.sfriau.ac.ir)
۲. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - استادیار - دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، فارس، ایران. ۰۷۲۸۴۶۹۲۱۵۴ - [www.sfriau.ac.ir](http://www.sfriau.ac.ir)
۳. دکترای مدیریت خدمات و بهداشتی درمانی - استادیار - دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه مدیریت خدمات و بهداشتی درمانی، فارس، ایران. ۰۷۲۸۴۶۹۲۱۵۴ - [www.sfriau.ac.ir](http://www.sfriau.ac.ir)

## مقدمه:

موضوع ایمنی بیمار از اوائل ۱۹۸۰ مورد توجه و اهمیت قرار گرفته است. اولین مطالعه در رابطه با خطای انسانی در سال ۱۹۷۸ و در زمینه بیهوشی منتشر شده است. بعد از آن مطالعاتی با ابعاد بزرگتر و موضوعات اختصاصی تر شامل چگونگی رخداد خطاها، استراتژیهای مقابله و پیشگیری از آنها انجام شده است [۲۱]. مؤسسه پزشکی امریکا مطالعاتی را منتشر کرده است که تخمین می زند ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ مرگ در سال در ایالات متحده امریکا به علت خطاها رخ می دهد [۲۹]. برآورده ها نشان می دهد مرگ و میر ناشی از خطاهای پزشکی از مرگ و میرهای ناشی از حوادث، سرطان، پستان یا ایدز بیشتر است [۱۷]. کل هزینه های مربوط به حوادث قابل پیشگیری بین ۱۷ تا ۲۹ میلیارد دلار برآورد می شود [۴۲]. گسترش فرهنگ ایمنی بیمار یکی از توصیه هایی است که توسط مؤسسه طب امریکا برای کمک به بیمارستانها در ارتقاء فرهنگ ایمنی کرده است ارزیابی فرهنگ ایمنی موجود در سازمان اولین مرحله در گسترش یک فرهنگ ایمنی است [۲۹].

ایمنی بیمار به ضرورت‌های طراحی شده برای پیشگیری از پیامد های ناشی از خطاهای پزشکی برمی گردد. ارتقای ایمنی بیمار به سه فعالیت دیگر برمی گردد که عبارتند از: پیشگیری از خطاها، قابل رویت کردن خطاها و کاهش اثرات ناشی از خطاها [۲۲].

فرهنگ ایمنی بیمار یک جنبه اختصاصی از فرهنگ عمومی سازمان است که از زمان توجه و تمرکز برای ایمنی بیمار در سازمانهای مراقبت سلامت توجه، فزآینده ای را به خود معطوف کرده است [۲۰].

بنای یک فرهنگ ایمنی، جز کلیدی در سازمانهای با قابلیت اعتماد بالا می باشد [۲۶]. چنین سازمانهایی به علت توجه به نقایص، حساسیت به این موضوع که چگونه هر عضوی از تیم می تواند بر این فرایند تاثیر بگذارد، اجازه دادن به افراد با دانش بالا برای تصمیم گیری و عدم سرزنش افراد در صورت رخداد خطا در فرآیندهای پیچیده، مورد اعتماد هستند [۳۰].

محور درک ایمنی بیمار در سازمانهای مراقبت سلامت، فرهنگ ایمنی است. فرهنگ ایمنی بیمار ارزشها، باورها و هنجارهای مدیریت و کارکنان سازمان-های مراقبت سلامت است نسبت به آنچه که در یک سازمان مراقبت سلامت اهمیت دارد از جمله اینکه: انتظار می رود اعضای سازمان چگونه باشند، چه نگرشها و اعمالی مناسب و کدامیک نامناسب می باشد، در رابطه با ایمنی بیمار چه فرایندها و سازوکارهایی بایستی تشویق و کدامیک باید سرزنش شود [۳۶].

بر طبق بررسی های متون، از پیشگویی کننده های یک فرهنگ ایمنی بیمار مثبت در سازمانهای مراقبت سلامت (به ویژه بیمارستانها) شامل ارتباطات و تبادل اطلاعات بر پایه یک اعتماد دو طرفه جریان اطلاعات خوب تاکید بر اهمیت ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی، تعهد مدیریت و رهبری، و وجود یک رویکرد غیر تنبیه ای نسبت به گزارش بروز خطا می باشد [۳۹].

اگر چه تعهد و درک مدیران برای ایمنی بیمار دارای اهمیت است اما ابزاری برای اندازه گیری فرهنگ ایمنی از نقطه نظر مدیریت بیمارستان وجود ندارد بنا بر این پیمایش بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار برای ارزیابی فرهنگ ایمنی از نقطه نظر مدیران بیمارستانی جا افتاده است [۴۱].

با توجه به وقوع خطاهای پزشکی در مراکز درمانی که ناشی از بروز خطا که ماهیت کاردرمانی از جمله دادن داروی اشتباه، عمل جراحی نادرست، سقوط از تخت بیماران که منجر به لطمات جبران ناپذیری به بیماران می گردد [۴۳]. لذا با توجه به تاثیر فرهنگ ایمنی بیماران بر کاهش خطاهای پزشکی و بهبود سطح آگاهی و اطلاعات در تمامی رده های مدیریتی مراکز آموزشی و افزایش سلامت ایمنی بیماران، پژوهشگر بر آن شد تا با انجام پژوهشی به بررسی میزان تاثیر آموزش بر ارتقاء سطح فرهنگ ایمنی مدیریتی پردازد.

## اهمیت موضوع:

مساله ایمنی بیمار جزء یکی از مهم‌ترین موارد مورد توجه نظام های سلامت به خصوص در کشورهای توسعه یافته می باشد و این امر سبب گردید. که سایر کشورها در این خصوص اقداماتی را انجام دهند. آمارها درصد غیر قابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم های بهداشتی به خصوص بیمارستانها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند و مشکلی بر مشکلات اولیه آنها افزوده می شود. بنابر این پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی و سازمانهای پیشرو در این خصوص ایجادیک نظام جامع سیستمیک مبنی بر فرآیندهای ارتقاء ایمنی بیمار جهت کاهش این عوارض و پاسخگویی مناسب به افراد صدمه دیده می باشد که از طریق استقرار فرهنگ ایمنی بیمار و ایجاد سازکارهای مناسب سازمانی امکان پذیر می باشد. این امر موجب کاهش هزینه ها، افزایش رضایتمندی در بین مشتریان و ایجاد یک جامعه سالم خواهد گردید. فرهنگ ایمنی بیمار ماحصل ارزشهای فردی و گروهی، نگرشها، ادراکها، صلاحیت ها و الگوهای رفتاری است که تعهد، روش و مهارت یک سازمان را از نظر مدیریت ایمنی بیان می نماید با توجه به اینکه جهت استقرار فرهنگ ایمنی بیمار بایستی نگرشها و باورهای درونی کارکنان بخش درمانی تغییر یابد این مهم نیز نیاز به یک بازده زمانی مناسب و فعالیتهای مشخص دارد [7].

ایمنی بیمار بعنوان یکی از مولفه های اصلی کیفیت خدمات سلامت به معنای پرهیز از وارد شدن هر گونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت های سلامت است یکی از عواملی که نقش موثری در ارتقای سطح ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی - درمانی دارد وجود فرهنگ ایمنی در این مراکز است [10].

با توجه به حجم استفاده کنندگان از این خدمات، به طور سببیک تلفات روزانه ناشی از وقایع ناخواسته در حیطه درمان معادل سقوط یک جت بوئینگ ۷۴۷ پراز مسافر در هر ۳۶ ساعت تخمین زده می شود. دانشگاه هاروارد آمریکا در سال ۱۹۸۴ مرگ در اثر وقایع ناشی از ارائه خدمات درمانی را به نسبت یک مرگ به ازای هر ۲۰۰ مورد بستری برآورد نمود. بعدا توسط مطالعات انجام شده در استرالیا (۱۹۹۲) (با برآورد مرگ یک نفر از هر ۱۲۳ بستری) و انگلیس (۲۰۰۱) (با تخمین یک مورد فوت به ازای هر ۱۱۳ بستری) نه تنها براین بررسی صحه گذاشته شد بلکه مجریان آن نیز به نوعی طی روند محافظه کارانه ای متهم شدند. دو نکته مهم در خصوص نحوه برخورد با این حوادث یکی ناخواسته بودن و دیگری قابل پیشگیری بودن آنها است. مطالعات نشان می دهد

که بین ۵۰ تا ۷۰در صد این وقایع در صورت برنامه ریزی واقداً لازم وبه موقع می توانند اصلا فرصت بروز پیدا نکنند ویا اینکه با حداقل تبعات سوء همراه باشند[۳۷].

با توجه به مطالعات انجام شده و اهمیت نقش آموزش در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، کاهش خطای پزشکی کاهش عفونت بیمارستانی، یادگیری ودرس آموختن از خطا، فرهنگ کار تیمی، پژوهشگر در این پژوهش ضمن بررسی تاثیر آموزش برفرهنگ ایمنی بیماران به تعیین عوامل موثر برفرهنگ ایمنی ومیزان تاثیر پذیری این عوامل از آموزشهای داده شده نیز می پردازد.

### مواد وروش ها:

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی وبه روش توصیفی وبصورت مداخله ای انجام خواهد شد.

### روش تحلیل داده ها:

داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS۲۰ ویا کمک آزمون های آماری t- دونمونه مستقل و آنالیز کوواریانس و t زوجی - قسمت اول: بررسی ویژگی های دموگرافیک پاسخ دهندگان

۴-۱-۱- سن پاسخ دهندگان:

توزیع فراوانی سن در دو بیمارستان به صورت زیر می باشد:

بیمارستان امام		بیمارستان بوعلی		سن پاسخ گویان	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۴۸/۶	۳۴	۲۲/۹	۱۶	۲۰ الی ۳۰ سال	سن پاسخ گویان
۳۵/۷	۲۵	۴۷/۱	۳۳	۳۰ الی ۴۰ سال	
۱۵/۷	۱۱	۳۰	۲۱	۴۰ الی ۵۰ سال	
۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۷۰	جمع کل	جمع کل

در بیمارستان بوعلی ۲۲/۹ درصد (۱۶ نفر) از پاسخ‌گویان در گروه سنی ۲۰ الی ۳۰ سال، ۴۷/۱ درصد (۳۳ نفر) آن‌ها در گروه سنی ۳۰ الی ۴۰ سال و ۳۰ درصد (۲۱ نفر) از آنها در گروه سنی ۴۰ الی ۵۰ سال قرار گرفته‌اند. در مجموع، اکثریت افراد از لحاظ سنی در گروه سنی ۳۰ الی ۴۰ سال قرار دارند.

همچنین در بیمارستان امام خمینی ۴۸/۶ درصد (۳۴ نفر) از پاسخ‌گویان در گروه سنی ۲۰ الی ۳۰ سال، ۳۵/۷ درصد (۲۵ نفر) آن‌ها در گروه سنی ۳۰ الی ۴۰ سال و ۱۵/۷ درصد (۱۱ نفر) از آنها در گروه سنی ۴۰ الی ۵۰ سال قرار گرفته‌اند. در مجموع، اکثریت افراد از لحاظ سنی در گروه سنی ۲۰ الی ۳۰ سال قرار دارند.

۴-۱-۲- جنسیت:

اطلاعات مربوط به این متغیر در دو بیمارستان در جدول زیر آمده است.

الف) بیمارستان بوعلی

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مربوط به متغیر جنسیت در دو بیمارستان

	بیمارستان بوعلی		بیمارستان امام	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
زن	۴۹	۷۰	۴۹	۷۰
مرد	۲۱	۳۰	۲۱	۳۰
جمع کل	۷۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰

همانطور که از جدول فوق پیداست، در هر دو بیمارستان ۳۰ درصد پاسخ‌گویان مرد و ۷۰ درصد آنان زن می‌باشند.

۴-۱-۳- بخش (واحد) کاری افراد

اطلاعات مربوط به این متغیر، در دو بیمارستان در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی مربوط به واحد کاری افراد در دو بیمارستان

بیمارستان امام		بیمارستان بوعلی		
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۳۱/۴	۲۲	۳۸/۶	۲۷	طبی
۲۷/۱	۱۹	۱۴/۳	۱۰	جراحی
۷/۱	۵	۰	۰	زنان
۲/۹	۲	۱۴/۳	۱۲	اطفال
۱/۴	۱	۰	۰	اورژانس
۲۷/۱	۱۹	۳۲/۹	۲۳	مراقبت های ویژه
۱/۴	۱	۰	۰	رادیولوژی
۱/۴	۱	۰	۰	بیهوشی
۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۷۰	جمع کل

با توجه به جدول فوق در بیمارستان بوعلی ۳۸/۶ درصد از کل افراد مربوط به بخش طبی، ۳۲/۹ درصد مربوط به بخش مراقبت های ویژه و ۱۴/۳ درصد و در بیمارستان امام ۳۱/۴ درصد از کل افراد مربوط به بخش طبی، ۲۷/۱ درصد مربوط به بخش مراقبت های ویژه و ۲۷/۱ درصد نیز مربوط به بخش جراحی می باشند.

#### ۴-۱-۱-۴- سابقه کاری

اطلاعات مربوط به این متغیر، در دو بیمارستان در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی مربوط به سابقه کاری افراد در دو بیمارستان

بیمارستان امام		بیمارستان بوعلی		
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۲۱/۴	۱۵	۸/۶	۶	کمتر از یک سال
۳۰	۲۱	۲۰	۱۴	یک تا پنج سال
۲۴/۳	۱۷	۵۰	۳۵	شش تا ده سال
۱۴/۳	۱۰	۰	۰	ده تا پانزده سال
۸/۶	۶	۱۰	۷	یازده تا بیست سال
۱/۴	۱	۱۱	۸	بیشتر از بیست سال
۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۷۰	جمع کل

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که ۵۰ درصد از کل افراد تحت بررسی به مدت ۶ تا ۱۰ سال در بیمارستان بوعلی و همچنین ۳۰ درصد از کل افراد تحت بررسی به مدت ۱ تا ۵ سال در بیمارستان امام خمینی مشغول به کار بوده‌اند.

۴-۱-۱-۵- سابقه کاری در واحد کاری مربوطه

اطلاعات مربوط به این متغیر، در دو بیمارستان در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی مربوط به سابقه کاری افراد در واحد کاری مربوطه در دو بیمارستان

بیمارستان امام		بیمارستان بوعلی		
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۲۵/۷	۱۸	۱۲/۹	۹	کمتر از یک سال
۴۲/۹	۳۰	۴۵/۷	۳۲	یک تا پنج سال
۲۱/۴	۱۵	۲۴/۳	۱۷	شش تا ده سال
۵/۷	۴	۱۰	۷	ده تا پانزده سال
۲/۹	۲	۰	۰	یازده تا بیست سال
۱/۴	۱	۷/۱	۵	بیشتر از بیست سال
۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۷۰	جمع کل

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که ۴۵/۷ درصد از کل افراد تحت بررسی به مدت ۱ تا ۵ سال در بیمارستان بوعلی و ۴۲/۹ درصد از کل افراد تحت بررسی به مدت ۱ تا ۵ سال در

بیمارستان امام خمینی مشغول به کار بوده‌اند. این مطالعه در بیمارستان آموزشی شهرداری در سال ۱۳۹۱

۴-۱-۱-۶- مدت ساعت کاری در بیمارستان مربوطه

اطلاعات مربوط به این متغیر، در دو بیمارستان در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی مربوط به مدت ساعت کاری در دو بیمارستان

بیمارستان امام		بیمارستان بوعلی		
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۱۴/۳	۱۰	۷/۱	۵	کمتر از ۲۰ ساعت
۱۲/۹	۹	۴/۳	۳	۲۰ تا ۳۹ ساعت
۴۸/۶	۳۴	۶۷/۱	۴۷	۴۰ تا ۵۹ ساعت
۸/۶	۶	۱۱/۴	۸	۶۰ تا ۷۹ ساعت
۲/۹	۲	۲/۹	۲	۸۰ تا ۹۹ ساعت
۱۲/۹	۹	۷/۱	۵	بیشتر از ۱۰۰ ساعت
۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۷۰	جمع کل



با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که ۶۷/۱ درصد از کل افراد تحت بررسی به مدت ۴۰ تا ۵۹ ساعت در هفته در بیمارستان بوعلی و همچنین ۴۸/۶ درصد از کل افراد تحت بررسی به مدت ۴۰ تا ۵۹ ساعت در هفته در بیمارستان امام خمینی مشغول به کار می‌باشند.

#### ۴-۱-۱-۷- موقعیت شغلی در بیمارستان مربوطه

اطلاعات مربوط به این متغیر، در دو بیمارستان در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۷- توزیع فراوانی مربوط به موقعیت شغلی در دو بیمارستان

بیمارستان امام		بیمارستان بوعلی		
فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
۶	۸/۶	۰	۰	آتند
۴	۵/۷	۵/۷	۴	فلو
۶	۸/۶	۲۰	۱۴	دستیار
۴	۵/۷	۲/۹	۲	پزشک متخصص
۲	۲/۹	۵/۷	۴	مسؤل واحد
۳	۴/۳	۶۱/۴	۴۳	کارشناس
۴۳	۶۱/۴	۴/۳	۳	بیمار
۲	۲/۹	۱۰۰	۷۰	جمع کل

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که ۶۱/۴ درصد از کل افراد تحت بررسی به عنوان کارشناس و ۲۰ درصد نیز به عنوان دستیار در بیمارستان بوعلی و همچنین ۱۰۰ درصد فراوانی و ۷۰ درصد از کل افراد تحت بررسی به عنوان کارشناس و ۲۰ درصد نیز به عنوان دستیار در بیمارستان امام مشغول به کار می‌باشند.

#### ۴-۱-۱-۸- نوع تماس با بیمار در بیمارستان مربوطه

اطلاعات مربوط به این متغیر، در دو بیمارستان در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۸- توزیع فراوانی مربوط به موق نوع تماس با بیمار در دو بیمارستان

بیمارستان امام		بیمارستان بوعلی		
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۸۲/۹	۵۸	۹۰	۶۳	تماس مستقیم
۱۷/۱	۱۲	۱۰	۷	تماس غیرمستقیم
۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۷۰	جمع کل

با توجه به جدول فوق مشاهده می شود که ۹۰ درصد از کل افراد تحت بررسی بطور مستقیم و ۱۰ درصد بطور غیرمستقیم با بیمار در بیمارستان بوعلی و همچنین ۸۲/۹ درصد از کل افراد بطور مستقیم و ۱۷/۱ درصد بطور غیرمستقیم در بیمارستان امام با بیمار در ارتباط اند.

۴-۱-۱-۹- سابقه کاری در تخصص فعلی

اطلاعات مربوط به این متغیر، در دو بیمارستان در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۹- توزیع فراوانی مربوط به سابقه کاری در تخصص فعلی در دو بیمارستان

بیمارستان امام		بیمارستان بوعلی		
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۳۱/۴	۲۲	۱۲/۹	۹	کمتر از یک سال
۲۸/۶	۲۰	۲۵/۷	۱۸	یک تا پنج سال
۱۸/۶	۱۳	۴۱/۴	۲۹	شش تا ده سال
۷/۱	۵	۵/۷	۴	ده تا پانزده سال
۱۰	۷	۱۳/۹	۹	بیشتر از پانزده سال
۴/۳	۳	۱۲/۹	۹	بیشتر از بیست سال
۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۷۰	جمع کل

با توجه به جدول فوق مشاهده می شود که در بیمارستان بوعلی ۴۱/۴ درصد از کل افراد تحت بررسی به مدت ۶ تا ۱۰ سال و همچنین در بیمارستان امام خمینی ۲۸/۶ درصد از کل افراد تحت بررسی به مدت ۱ تا ۵ سال در حرفه خود سابقه کاری دارند.

### بحث و نتیجه گیری:

آموزش بر روی ابعاد مدیریتی فرهنگ ایمنی بیمار از جمله انتظارات و اقدامات مدیریتی و گزارش خطای پزشکی تاثیر نداشته ولیکن آموزش بر روی ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار از جمله فرهنگ نقل

وانتقال بیمار ودرس آموختن از خطا در مراکز آموزشی و فرهنگ کار تیمی در بین هر واحد وسایر بخشها مراکز آموزشی واختلاف تبادل اطلاعات در خصوص فرهنگ ایمنی بیمار ووضعیته موجود ایمنی بیمار در مراکز آموزشی موثر بوده است لذا فرضیه های پژوهش در یک مرکز بطور کامل ودر یک مرکز در دو مورد تأیید نگردید.

با توجه به جدول شماره ۶۹و۵۵ وبا استفاده از آزمون تی زوجی برای فرضیه اول فرض صفر برای مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) رد نشد ولیکن فرض صفر برای مرکز بوعلی سینا ساری فرض صفر رد شد وفرض تحقیق تأیید گردید ونتیجه می گیریم بین انتظارات واقدامات مدیریتی در جهت ارتقاء ایمنی بیمار اختلافا معنی داری وجود دارد یعنی هر چقدر با بکار گیری ابعاد وانتظارات واقدامات مدیریتی توسط مدیران وسرپرستان واحد ها سبب افزایش ارتقای ایمنی بیمار می شود.

جدول نهائی میانگین وانحراف معیار تاثیر آموزش قبل وبعد از آموزش در بیمارستان آموزشی در هفت بعد مدیریتی تحلیل شده است.

جدول نهائی میانگین وانحراف معیار تاثیر آموزش قبل وبعد از آموزش در بیمارستان آموزشی در هفت بعد مدیریتی

ردیف	ابعاد مدیریتی	امام خمینی (ره) ساری قبل از آموزش	بوعلی سینا ساری قبل از آموزش	امام(ره) ساری بعد از آموزش	بوعلی سینا ساری بعد از آموزش
1	انتظارات واقدامات مدیریتی	۱۴/۸۹	۱۳/۸۱	۱۳/۹۳	۱۷/۸۱
2	فرهنگ نقل وانتقال	۱۴/۱۳	۱۲/۶۳	۱۴/۲۹	۱۵/۳
3	گزارش خدناهای پزشکی	۹/۸۴	۸/۵۶	۸/۵۳	۱۱/۶۷
4	درس آموختن از خدنا	۱۱/۰۴	۹/۷۱	۱۱/۱	۱۱/۵
5	فرهنگ کار تیمی	۱۳/۹۳	۱۲/۷۴	۱۵	۱۵/۶
6	تبادل اطلاعات	۱۴/۳۱	۱۳/۴۳	۱۴/۶۹	۱۵/۹۴
7	وضعیته موجود ایمنی بیمار	۱۱/۲۹	۱۱	۱۲/۲۹	۱۲/۹۳

ردیف	ابعاد مدیریتی	امام (ره) ساری pvalu	بوعلی سینا ساری pvalu
1	انتظارات و اقدامات مدیریتی	0/74	0/00
2	فرهنگ نقل و انتقال	0/00	0/00
3	گزارش خطاهای پزشکی	0/94	0/00
4	درس آموختن از خطا	0/00	0/00
5	فرهنگ کار تیمی	0/00	0/00
6	تبادل اطلاعات	0/00	0/00
7	وضعیت موجود ایمنی بیمار	0/00	0/00

ژاله عبدی (۱۳۸۷) در مقاله ای با عنوان برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار به این نتیجه رسیدند که انتظارات و اقدامات مدیریتی در جهت ارتقاء ایمنی بیمار بیشترین امتیاز را بدست آورد است پس می توان نتیجه گرفت که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش ایشان همخوانی دارد. افسانه تکبیری (۱۳۹۰) در مقاله ای با عنوان بررسی رابطه بین ادراک ارائه دهندگان مراقبت از فرهنگ ایمنی بیمار و ادراک بیماران از خطای پزشکی در مراکز آموزشی درمانی در شهر تهران به این نتیجه رسیدند که بین ادراک بیماران از خطای پزشکی با حمایت مدیریت از ایمنی بیمار خطای کمتری را تجربه کرده اند پس می توان نتیجه گرفت که نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش ایشان همخوانی دارد.

داود نورانی (۱۳۹۰) در مقاله ای با عنوان بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به این نتیجه رسیدند که فرهنگ نقل و انتقال بیمار امتیاز بالایی برخوردار بود پس می توان نتیجه گرفت که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج ایشان همخوانی دارد.

چای چون هونگ هی لی (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در تایوان در بیمارستانهای تایوان که گزارش خطاهای پزشکی از امتیاز بالایی برخوردار بوده پس می توان نتیجه گرفت که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج ایشان همخوانی دارد.

ابراهیمی ریگی تنها (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان بررسی فراوانی وقوع خطاهای پزشکی دارویی صورت گرفته توسط دانشجویان پرستاری به این نتیجه رسیدند که گزارش خطاهای دارویی توسط

دانشجویان مستلزم درج نمودن آموزش در واحد های درسی آنان می باشد لذا نتیجه پژوهش حاضر با نتایج ایشان همخوانی دارد.

مادیگوسکی (۲۰۰۶) در مقاله پژوهشی خود به بررسی برنامه درسی ایمنی بیمار و خطا پذیری در دانشجویان پزشکی به این نتیجه رسیدند که در برنامه درسی دانشجویان آموزش ایمنی بیمار و درس گرفتن از خطاهای پزشکی سبب تغییر نگرش و افزایش مهارتهای مربوطه ایمنی بیمار توسط دانشجویان می شود پس می توان نتیجه گرفت که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج ایشان همخوانی دارد.

فلین و همکاران (۲۰۰۹) در بررسی دانش و نگرش دانشجویان سال اول پزشکی به خطاهای پزشکی در انگلستان اطلاعات کافی در مورد خطاهای پزشکی نداشتند پس می توان نتیجه گرفت که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج ایشان همخوانی دارد لذا تاثیر آموزش در درس گرفتن از خطای پزشکی موثر می باشد.

رضا پور (۱۳۹۰) در مقاله پژوهشی خود به بررسی فرهنگ ایمنی در مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران به این نتیجه رسیدند که فرهنگ کار تیمی از امتیاز بالایی برخوردار می باشد پس میتوان نتیجه گرفت که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج ایشان همخوانی دارد. لیونگ و پانیل (۲۰۱۰) در مقاله پژوهشی با عنوان مطالعه ادراک و دانش دانشجویان پزشکی از ایمنی بیمار به این نتیجه رسیدند که تبادل اطلاعات در خصوص علل خطاهای پزشکی توجه نمی کنند پس می توان نتیجه گرفت که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج ایشان تاحدودی همخوانی دارد. عبدی (۱۳۸۷) در مقاله با عنوان برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار به این نتیجه رسیدند که فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستانها افزایش یافته پس می توان نتیجه گرفت که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج ایشان تاحدودی همخوانی دارد.

### **الف) خلاصه نتایج حاصله:**

به ترتیب اهداف و سوالات مهمترین نتایج پژوهش ارائه می شود.

با توجه به هدف بررسی انتظارات و اقدامات مدیریتی با  $p\text{-value} < 0/00$  اختلاف معنی دار دارد یعنی آموزش بر انتظارات و اقدامات مدیریتی موثر واقع شد.

با توجه به هدف بررسی فرهنگ نقل و انتقال بیمار با  $p\text{-value} < 0/00$  اختلاف معنی دار دارد یعنی آموزش بر فرهنگ نقل و انتقال بیمار موثر واقع شد.

با توجه به هدف گزارش خطاهای پزشکی با  $p\text{-value} 0/00$  اختلاف معنی دار دارد یعنی آموزش بر گزارش خطاهای پزشکی موثر واقع شده است.

با توجه به هدف در س آموختن از خطا با  $p\text{-value} 0/00$  اختلاف معنی‌دار دارد یعنی آموزش بر درس آموختن از خطاهای پزشکی موثر واقع شده است.

با توجه به هدف فرهنگ کار تیمی با  $p\text{-value} 0/00$  اختلاف معنی دار دارد یعنی آموزش بر فرهنگ کار تیمی موثر واقع شده است.

با توجه به هدف تبادل اطلاعات با  $p\text{-value} 0/00$  اختلاف معنی دار دارد یعنی آموزش بر فرهنگ تبادل اطلاعات موثر واقع شده است.

با توجه به هدف وضعیت موجود ایمنی بیمار با  $p\text{-value} 0/00$  اختلاف معنی دار دارد یعنی آموزش بر وضعیت موجود ایمنی بیمار موثر واقع شده است.

### **ب) پیشنهادات پژوهشگر:**

توصیه می‌گردد بیمارستانها یک نفر بعنوان مسئول آموزش ایمنی بیمار به منظور ارائه خدمات آموزشی بیمارستان تعیین نماید.

توصیه می‌گردد مطالب ایمنی بیمار به عنوان کایدلاینهای آموزشی برای دانشجویان پزشکی و سایر رشته‌های بالینی لحاظ گردد

توصیه می‌گردد جهت مدیران مراکز آموزشی رئوس مدیریتی فرهنگ ایمنی بیمار لحاظ گردد  
توصیه می‌گردد جهت آموزش فرهنگ ایمنی بیمار جهت پزشکان شاغل در مراکز براساس برنامه اعتبار بخشی مباحث ایمنی بیمار آموزش داده شود.

ج) پیشنهادات برای پژوهشهای آتی:

بررسی نقش ایمنی بیمار بر بهبود ارائه خدمات بالینی در بیمارستانهای آموزشی

تعیین میزان ارتقاء کیفیت خدمات ایمنی در بیمارستانهای آموزشی

بررسی وقوع خطاهای پزشکی صورت گرفته توسط دانشجویان پزشکی در مراکز آموزشی

References:

1. Ebrahimi RigiTanha,Z. Baghai, R. Faizi, A . "Prevalence and types of medication errors conducted by students in Orumieh University of Medical Sciences in 2012". Orumieh Journal of Nursing and Midwifery, 10 (2), 144-139. (2012).
2. Emami,S,H."Introduction to clinical governance".Tehran, Iran: Tandis of publication.(2012).
3. Pourreza,abolghasem. "investigate the causes and factors affecting the lack of reporting of medication errors in hospital nursing staff Baharloo from their perspective".Hospital Quarterly(2010); 9 (1-2), 19-24.
4. Parvand, MH. " Preparations of instructional planning and Curriculum " . Tehran, Iran: Publication Nasher. (2000).
5. Abdi,Zh. "staff perceptions of patient safety culture in select hospitals of Tehran University of Medical Sciences", Quarterly monitoring, Fall 2011,Tenth Year. pp:419-411.
6. Noorani, D. "Evaluation of patient safety culture in employee Therapeutic Educational Centers affiliated to the university of Orumieh",Journal of Nursing and Midwifery of Orumieh, june.(2012).Tenth Period.The second number, Successive .may and. Pp: 164 -175.  
[http://www.abolghsemp\(a\) yahoo.com](http://www.abolghsemp(a) yahoo.com). 15/3/2011
7. Rawaghi, H."Seven steps to patient safety. Deputy treatment of Qazvin University of Medical Sciences".. (2011).  
[vct.qums.unv.behdasht.gov.ir](http://vct.qums.unv.behdasht.gov.ir). 5/3/2012.
8. Rawaghi, H. "Role in promoting safety culture in promoting patient safety", April ,2012 ,Sepid weeklies. Year 5 - N; 300-14 – P: 3.
9. Shine, Adgard. " organizational culture ".(2010). Translator: Mahjoub, ME. First.Tehran, Iran. Fara publication.  
<http://www.vct.qums.unv.behdasht.gov.ir>5/3/2012.
10. Abdi,zh"Employee perceptions of patient safety culture". Monitoring Quarterly(2011), 10 (1), 411-419.  
<http://www.Nursingworld.org/ojin>.( 2/3/2013)
11. Ebadi Fard Azar, F. Rezapour,A. Tanomand Khoshehmeher, A. and of colleagues. "Culture of patient safety in health centers - selected therapeutic Tehran University of Medical Sciences", Hospital Quarterly (2012), 11 (2), pp: 62-56.
12. Vatankhah, S. Gohari, MR and Abdi, zh. "The relationship between organizational culture and quality improvement model in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences." Quarterly Monitoring (2010), 9 (2) P:189-195.  
[http:// www.ahrq.gov/qual/errors.htm](http://www.ahrq.gov/qual/errors.htm). (8/2/2013).
13. Mazloumi, A. NaselSeraji, j.. "New methods for ergonomic evaluations industry". Iran Occupational Health Journal(2010), 7 (4), 1-6.  
[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/index](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/index) (29/1/2013).
14. Takbiri,A. "The relationship between perceptions of safety culture and patient care providers' perceptions of medical errors in the public health centers in Tehran".Journal of Health Management, 15 (48), PP:57-68.  
[http:// www.ahrq.gov/qual/errback.htm](http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm). (1/2/2013).

15. Nasiri por, A A. " Investigating the Attitude of education and treatment from a medical center employee safety, health and Iran do".Iran Occupational Health Journal (2012), 7 (4),p: 25-31  
<http://www.ihj.org/Ims/home.aspx>. (11/3/2013)
16. Anderson, JD. (2006) Creating a culture of safety leadership, teams and tools. Nurse Leader Journal, 5, 38-41
17. Betty, L., Smith, B.S. Ed., Joyce, A., Martin, M.P.H., Stephanie, J., and Ventura, M.A. (1999) Births and Deaths: Preliminary Data. National Vital Statistics Reports, 47(25), 1-32.
18. Castle, NG., Wagner, L M., Sonon, K., Ferguson Rme, GC. (2012) Measuring administrators and direct care workers perceptions of the safety culture in assisted living facilities. Jt Comm J Qual Patient Saf, 38(8),375-82.
19. Chen, Chi and Hung –Hui. Li (2010) Measuring Patient Safety Culture In Taiwan Using the Haspital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Electronic Journal of BMC Health Service Research, 1-10. < <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/152>>
20. Colla, J., Bracken, A.C., Kinney, L.M., and Weeks, W.B. ( 2005) Measuring Patient Safety Climate: A Review of Surveys. Quality Safety Health Care, 14(5), 364-366.
21. Cooper, J.B., New bower, R.S.T., Long, C.D., etal. (1978) Preventable Anesthesia mishaps: A study of human factors. Anesthesiology, 49(6), 399-404
22. Davies Jan, M., Hébert, Philip., and Hoffman, Carolyn. ( 2003) The Canadian Patient safety dictionary. Rep., Calgary, Canada.
23. Essen, EK., Brodsky, L., and saha, SH. (2002) Establishing patient safety culture. Nursing & Allied Health Source. 3(5), 13-19.
24. Fleming, M., and Wentzell, N. (2008) Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. Healthc Q, 11(3 Spec No.): 10-19. <doi:10.12927.hcq.2008.19604 >
25. Flin, R., Patey, R., Jackson, J., Mearns, K., and Dissanayaka, U. (2009) First year medical undergraduates' knowledge of and attitudes to medical error. Medical Education, 43(12), 1147-1155
26. Frankel, S., Leonard, M.W., and Denham, C.R. (2006) Fair and Just Culture, Team Behavior and Leadership Engagement' The Tools to Achieve High Reliability. Health Services Research, 41(4), 1617-1690.
27. Johnstone, and M., Kanitsaki, O. (2006) Culture, language and patient safety: making the links. Int J Qual Health Care, 18(5), 383-8.
28. Keep news, D., and Mitchell, PH. (2003) Health systems account ability for patient safety. Online J Issues Nurs, 8(3), 2.
29. Kohn, L.T., Corrigan, J.M., and Donaldson, M. (1999) To Err is Human: Building a Safer Health System, Rep. Washington, DC.
30. Lee, T., and Harrison, K. (2000) Assessing safety culture in nuclear power stations. Safety Science, 34(1-3), 61-97.
31. Leung, GK., and Patil, NG., (2010) Patient safety in the undergraduate curriculum: medical students' perception. Hong Kong Med J 16(2), 101-5.



32. Madigosky, WS., Headrick, LA., Nelson, K., and Cox KR, (2006) Changing and sustaining medical students' knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. *Acad Med*, 81(1), 94-101
33. Milligan, JF. (2007) Establishing a culture for patientsafety- the role of education. *Nurse Educ Today*, 27(2), 95-102
34. Nash, D., and Gold Farb, N. (2006) *The Quality Solution : The Stakeholders Guide To Improving Heath Care*. UK: Jons&Bartlett Publisher.
35. Pronovest, PJ., Weast, B., Holsmueller, C., Rosenstein, B., Kidwel, R., Haller, K. (2003) Evaluation of culture of safety: surveys of clinicians and managers in an academic medical center. *Quality and Safety in HealthCare*, 12(6), 405-10.
36. Reason, J. (1997) *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Alder shot, UK: Ashgate
37. Reynard, John., Renolds, John., and Stevenson, Peter. (2009) *practical patient safety*. New Yourk, USA: oxford university press Inc.
38. Rosser, W. , Dovey, S., Bordman, R. ,White, D.,Crighton, E., and Drummond, N. (2005) Medical errors in primarycare: results of an international study of familypractice . *Can Fam Physician*, 51, 386-7
39. Sanders, J., and Cook, G. (2007) *ABC of Patient Safety* Oxford. UK: John Wiley & Sons.
40. Schutz, LA., Counte, AM., and Meurer, S. (2007) Developmentof a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: analysis of content validity. *Health Care Manag Sci*, 10(2), 139-49
41. Sorra, J., and Nieva,V. (2004) *Hospital survey on patient safety culture* Rockville , MD System. Washington, DC: Institute of Medicine.
42. Thomas, E J., Studdert, D M., and Newhouse, J P., et al (1999) Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, 36(3), 255–264.
43. Zohar, D. (1980) Safety climate in industrial organizations, Theoretical and applied implications. *J Appl Psychol*, 65(1), 96-102.