

تجارب کارکنان خدمات سلامت از فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار و مدیریت خطا در مراکز آموزشی درمانی

روح‌انگیز محمدی خوشنوی، شایسته صالحی[■]، نرگس سعیدیان

چکیده

مقدمه: ایمنی بیمار زیر مجموعه‌ای از فرهنگ سازمانی بوده و به‌عنوان مجموعه‌ای از اولویت‌ها، ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای فردی و سازمانی تعریف شده که به دنبال حداقل‌سازی خطاها و آسیب‌های ناشی از فرآیند ارائه مراقبت به بیمار است که از طریق مدیریت مناسب خطاها می‌توان در جهت بهبود فرآیندها گام برداشت.

هدف: این مطالعه به‌منظور توصیف تجارب کارکنان مراکز آموزشی درمانی از فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار و مدیریت خطا انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی است. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف متشکل از ۱۷ نفر از کارکنان صف و ستادی ارائه‌دهنده خدمات سلامت در مراکز آموزشی درمانی انجام گرفته و از شرکت‌کنندگان مصاحبه عمیق به‌عمل آمده است. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش کلایزی استفاده شده است.

یافته‌ها: یافته‌ها مشتمل بر ۳۵۳ کد اولیه، ۱۴ دسته موضوعی و ۷ تم اصلی با عناوین فرهنگ‌سازی گزارش‌دهی اصولی خطاها در مقابل مخفی‌سازی خطاها؛ فرهنگ تنبیهی و بازرسی در مقابل فرهنگ تشویقی در برخورد با خطاها؛ بررسی و ریشه‌یابی علل خطاها با رویکرد فردی در مقابل رویکرد سیستمی؛ یادگیری سازمانی و به اشتراک‌گذاری تجارب خطاها؛ پایه‌گذاری رسالت سازمانی براساس رعایت استانداردهای ایمنی بیمار و اقدامات اصلاحی پیشگیرانه خطاها؛ فرهنگ کار تیمی و رعایت حقوق قانونی بیمار بود.

نتیجه‌گیری: مداخلات اصلاحی مدیران ارشد سازمان در جهت ایجاد، حفظ و ارتقاء فرهنگ گزارش‌دهی اصولی خطاها، درس‌آموزی و به اشتراک‌گذاری تجارب خطاها در میان کارکنان و در نهایت توسعه فرهنگ ایمنی و بهبود کیفیت امری ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: فرهنگ سازمانی، ایمنی بیمار، مدیریت خطا

روح‌انگیز محمدی خوشنوی

دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، دانشکده علوم تربیتی، اصفهان، ایران

■ مؤلف مسؤول: شایسته صالحی

دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، دانشکده پرستاری و مامایی، اصفهان، ایران

آدرس: salehi@nm.mui.ac.ir

نرگس سعیدیان

استادیار، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، دانشکده علوم تربیتی، اصفهان، ایران

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال هفتم، دوره هفتم، شماره دوم

تابستان ۱۳۹۷

■ مقدمه

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه‌های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه متأثر می‌سازد. (۱) فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار به‌عنوان زیر مجموعه‌ای از فرهنگ سازمانی، ماحصل ارزش‌های فردی و گروهی، نگرش‌ها، ادراک‌ها، صلاحیت‌ها و الگوهای رفتاری است که تعهد، روش و مهارت یک سازمان را از نظر مدیریت ایمنی بیان می‌نماید. (۲) فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار را می‌توان پذیرش ایمنی بیمار به‌عنوان اولویت و ارزش مشترک در سازمان و نیز الگوی یکپارچه‌ای از رفتارهای فردی و سازمانی مبتنی بر اعتقادات و ارزش‌های مشترک که به‌طور پیوسته به دنبال حداقل‌سازی خطاها و آسیب‌های ناشی از فرآیند ارائه مراقبت به بیمار هستند نیز تعریف نمود. (۱)

موضوع فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار موضوعی چندوجهی و پیچیده است که عوامل متعددی در افزایش آن تأثیرگذارند لذا نیازمند رویکردی چندجانبه است. یکی از رویکردها مدیریت خطاهای کادر پزشکی در حوزه سلامت است. (۳) بایستی از وقوع خطاها به‌عنوان فرصتی مغتنم برای کسب تجربه و یادگیری جهت جلوگیری از عدم بروز مجدد خطا، ارتقاء سیستم، مشکل‌یابی و در نهایت ارتقاء فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار استفاده نمود. (۴) مدیریت خطاهای پزشکی شامل کشف، شناسایی، گزارش‌دهی و تحلیل خطاهای مربوطه است چرا که تا خطایی گزارش‌دهی و ثبت نگردد، نمی‌توان آن را مدیریت نمود. (۳) از ویژگی‌های بارز فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار مواردی از قبیل باور و اعتقادی مشترک در رابطه با پرخطر بودن مسئولیت مراقبت سلامت (۵)، مدیریت مناسب خطاها، عدم پنهان‌سازی خطاها و آشکارسازی آن‌ها، استفاده از داده‌های سیستم گزارش‌دهی در جهت بهبود فرآیندها است؛ (۶) چرا که فرآیندهای بهداشت و درمان به‌طور فزاینده‌ای عامل صدمات زیادی به بیمار شده‌اند؛ حوادث و رویدادهای ناگوار از پیامدهای خطاهای حوزه پزشکی می‌باشند؛ از طرفی بروز خطا در حوزه علوم پزشکی و سلامت با اشتباهات در دیگر حوزه‌ها تفاوت اساسی دارد. به عبارتی دیگر در صنایع خطا سبب بروز مشکلاتی در سیستم یا محصول می‌گردد و در نهایت موجب خسارت به شرکت می‌شود، در حالی که بروز خطا در حوزه سلامت علاوه بر آسیب به سیستم، بیمار را به‌عنوان مشتری اصلی سازمان متضرر می‌گرداند. (۳) خطاهای کادر پزشکی از چالش‌های مهم و تهدیدکننده ایمنی بیمار در تمامی کشورهاست که سالانه سبب مرگ‌ومیر، عوارض جسمی و روحی برای بیماران، سایر افراد خانواده و حتی جامعه می‌گردد. (۱) خطاهای کادر

پزشکی در حوزه سلامت یکی از پنج دلیل معمول مرگ در جهان اعلام شده است؛ سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که ده‌ها میلیون بیمار در کل جهان قربانی صدمات و مرگ ناشی از مراقبت و فعالیت‌های درمانی غیر ایمن می‌شوند. (۷) به‌طور مثال خطاهای پزشکی در آمریکا سالانه منجر به ۴۴۰۰۰ الی ۹۸۰۰۰ مرگ در بیمارستان شده (۲) در انگلیس رویدادهای نامطلوب در ۱۰ درصد از بستری‌های بیمارستانی اتفاق می‌افتد؛ در استرالیا ۱۶/۶ درصد از پذیرش‌های بیمارستانی منجر به رویدادهای نامطلوب می‌گردد. (۸) بروز این‌گونه خطاها، علاوه بر ایجاد مرگ‌ومیر و ناتوانی به لحاظ مالی نیز هزینه‌های هنگفتی را برای بخش سلامت در پی خواهد داشت. (۴) در کشور ایران آمار مدونی از میزان خطاهای پزشکی در دست نیست، ولی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی اعلام کرده است که هر ساله میلیاردها تومان صرف نگهداری و مراقبت از بیماران در بیمارستان‌ها به دلیل اشتباهات پزشکی می‌شود و افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان و پرستاران نشان‌دهنده این ادعاست. (۹) با توجه به آمار بالای بروز خطاهای پزشکی که از ویژگی‌های غیرقابل اجتناب سیستم بهداشت و درمان در سراسر دنیا و ایران است، موضوعاتی مانند ایمنی بیمار و خطاهای پزشکی تنها از نگرانی‌های بخش بهداشت و درمان نیست بلکه نگرانی بیماران و همراهان آن‌ها نیز است. پی بردن به اهمیت وافر فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار در افزایش مدیریت مناسب خطاها و کاهش خطاهای پزشکی سبب گردیده است که مطالعات و پژوهش‌های متعددی در این زمینه صورت گیرد چه‌بسا چالش کنونی مراکز آموزشی درمانی نظارت بر ایمنی بیمار در فرآیندهای درمانی از طریق مدیریت مناسب خطاها است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود مطالعات در زمینه فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار و مدیریت خطا در ایران محدود و از نظر روش اجرای پژوهش اکثراً به شیوه کمی است. به‌طور قطع با استفاده از روش‌های کمی نمی‌توان به بررسی عمیق ابعاد پدیده از زاویه تجربیات دست اول کارکنان پرداخت؛ از آنجایی که مطالعه پدیدارشناسی مطالعه تجربه زیسته است و به جهان از دیدگاه یک فرد نگریسته می‌شود (۱۰) لذا پژوهش حاضر نیز به‌منظور کسب بینش و تجربیات کارکنان صف و ستادی ارائه‌دهنده خدمات سلامت در مراکز آموزشی درمانی در رابطه با مؤلفه‌های فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار و مدیریت خطا انجام شده است. امید است که با استفاده از نتایج این مطالعه بتوان زمینه‌های درک و برنامه‌ریزی مدیران ارشد سازمان‌ها درباره نهادینه‌سازی و ارتقای فرهنگ صحیح سازمانی ایمنی بیمار با رویکرد پیشگیرانه خطاها را فراهم نمود.

■ مواد و روش‌ها

نوع پژوهش در این مطالعه کیفی و از رویکرد پدیدارشناسی توصیفی استفاده شده است. پدیدارشناسی نوعی رویکرد تحقیقی است که در آن محقق به جستجوی ساختار یا جوهره آشکار تجارب زنده افراد از یک پدیده و یافتن معنای یکپارچه‌ای که جوهره پدیده را آشکار می‌کند می‌پردازد. (۱۰) برای یافتن ماهیت و مفهوم فرهنگ سازمانی و مدیریت خطا از روش پدیدارشناسی استفاده شده است، چون این رویکرد به تجسس ماهیت پدیده فرهنگ سازمانی و مدیریت خطا می‌پردازد و آن را کشف می‌نماید. هدف اساسی این روش درک پدیده موردنظر است. (۱۰) پدیدارشناسی توصیفی شامل سه مرحله درک مستقیم، تجزیه و تحلیل و توصیف است. در مرحله درک مستقیم، محقق کاملاً در پدیده موردنظر غوطه‌ور می‌شود. در این فرآیند محقق ضمن اجتناب از هرگونه نقد و ارزیابی و اظهارنظر شخصی، پدیده موردنظر را آن‌گونه که مشارکت‌کنندگان توصیف می‌کنند، می‌شناسد. در مرحله تجزیه و تحلیل محقق به دنبال تشخیص جوهره پدیده موردنظر بر مبنای اطلاعات به‌دست آمده است. با پیشرفت تحقیق، تحقق عناصر و اجزای پدیده را تشخیص می‌دهد. تم‌های اصلی و مشترک موجود در داده‌ها را آشکار می‌نماید. بنابراین ارتباطات آن پدیده با پدیده‌های مجاور مشخص می‌گردد. در مرحله توصیف که مرحله آخر و مکمل مراحل قبلی است اجزای اصلی و شاخص پدیده به هم مرتبط شده و تم‌ها و جوهره‌های موجود در پدیده گروه‌بندی می‌شوند. (۱۰) جامعه پژوهش شامل ۱۷ نفر از کارکنان صف و ستادی ارائه‌دهنده خدمات سلامت در مراکز آموزشی درمانی است. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول شماره یک ذکر گردیده است. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف از میان تمام رده‌های کارکنان درمانی اعم از پزشک، پرستار، کمک بهیار، خدمات، مسؤول فنی داروخانه، تجهیزات پزشکی، تأسیسات و تدارکات و پشتیبانی که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با مسائل ایمنی بیمار مرتبط بودند انجام گرفت. معیار پذیرش نمونه‌ها برحسب علاقه و تمایل آنان جهت شرکت در مصاحبه با پژوهشگر و معیار عدم پذیرش نمونه‌ها برحسب نمونه‌هایی که در جریان تحقیق از ادامه شرکت در تحقیق انصراف داده و همچنین نمونه‌هایی که از صحت و سلامت روان برخوردار نبوده قرار داده شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه عمیق و بدون ساختار استفاده شده است تا مشارکت‌کنندگان آزادی عمل بیشتری داشته و بتوانند آزادانه درباره موضوع مطالعه صحبت نمایند. پس از مراجعه به هریک از شرکت‌کنندگان سعی شد با ارائه توضیحات

در زمینه اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن رضایت کامل آن‌ها در زمینه همکاری و شرکت در پژوهش جلب گردد. قبل از شروع مصاحبه از شرکت‌کنندگان جهت ضبط مصاحبه اجازه گرفته شد و نیز در مورد محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها اطمینان داده شد. مدت زمان مصاحبه از ۲۰ تا حداکثر ۴۵ دقیقه به طول انجامید؛ سؤالات باز به‌عنوان راهنمای مصاحبه طراحی گردید؛ در هر مصاحبه در مورد تجارب کارکنان در رابطه با درک از ایمنی بیمار و تجربه خطا سؤال شد. سؤال کلی که در مصاحبه‌ها از کارکنان پرسیده می‌شد عبارت بود از این که "چه برداشتی از موضوع ایمنی بیمار و تجربه وقوع خطا در بیمارستان دارید؟" (این سؤالات به‌طور کلی شامل تجربه‌ها، افکار، احساسات، دغدغه‌ها، نگرانی‌های آنان در ارتباط با مسئله ایمنی و رخداد خطاها در بیمارستان بود) و بسته به پاسخ آنان سؤالات بعدی مطرح گردید. محتوای مصاحبه‌ها کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده گردید و بار دیگر با اطلاعات ضبط شده مطابقت داده شد. اصل راهنما در نمونه‌گیری پژوهش‌های کیفی، اشباع داده‌ها است تا جایی که دیگر اطلاعات جدیدی به دست نیاید. (۱۰) جمع‌آوری اطلاعات تا زمان رسیدن به اشباع اطلاعات ادامه داشت که با مصاحبه با ۱۷ نفر از کارکنان اشباع اطلاعات حاصل گردید. هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات، فرایند تحلیل داده‌ها به روش کلایزی انجام گرفت. این روش، یک فرآیند ۷ مرحله‌ای برای تجزیه و تحلیل ارائه نموده که به دلیل آشنایی پژوهشگر با این روش و همچنین مناسب و معتبر بودن آن در رابطه با تحلیل داده‌های پدیدارشناسی توصیفی استفاده شده است. در مرحله اول محقق کلیه توضیحات شرکت‌کنندگان را مکرراً مطالعه نموده و به‌منظور درک مفاهیمشان، با آن‌ها هم احساس گردیده است. در مرحله دوم واژه‌ها و جملات مرتبط با پدیده موردنظر استخراج گردیده و در مرحله سوم به هریک از جملات مهم استخراج شده معنا و مفهوم خاصی داده شد. در مرحله چهارم و پنجم مفاهیم تنظیم شده درون دسته‌های موضوعی سازمان‌دهی و سپس به پروتکل‌های اصلی برای اعتبارسنجی ارجاع داده شد. در مرحله ششم توصیف جامعی از پدیده به‌صورت یک توصیف واقعی و ضروری انجام گردید و در مرحله آخر محقق به‌منظور ابهام‌زدایی از یافته‌های پژوهش و موثق نمودن یافته‌ها به شرکت‌کنندگان مراجعه نموده تا تأیید همانی داده‌ها توسط آن‌ها حاصل گردید. (۱۰)

روایی و پایایی مطالعه حاضر ریشه در ۴ محور ارزش واقعی، کاربردی بودن، تداوم و مبتنی بر واقعیت بودن دارد. (۱۰) ارزش واقعی بدین معناست که بیانیه حاصل از تجربه برای فردی که آن

حتی همکاری شیفت دیگه بهشون اعتماد ندارند ترجیح می‌دهند خطا و اشتباهشون رو مخفی کنند." (کد ۳- پرستار)

در رابطه با شناسایی و گزارش‌دهی خطاها اکثر کارکنان به مسائلی از قبیل شرایط و ویژگی‌های گزارش‌دهی، محرمانه بودن آن و موانع فردی و سازمانی که در سر راه گزارش‌دهی وجود دارد و همچنین ضرورت وجود سیستم پایش و ثبت خطاها در سازمان اشاره نمودند.

"به نظر من گزارش خطا باید محرمانه و بدون اسم باشه... نیازی به نوشتن نام فرد خطاکار و اسم بخش نباشه..." (کد ۴- کارشناس بیهوشی)

"...برای این که پرسنل به راحتی بتوانند گزارش خطای خودشان یا دیگران رو بدند باید روش گزارش‌دهی طوری باشه که دست و پا گیر نباشه مثلاً از فرم‌های خلاصه و کوتاه برای گزارش‌دهی استفاده بشه یا حتی بشه تلفنی هم گزارش خطا رو بدند یا صندوق خطا توی بخش‌ها بذارند و پرسنل راحت به اون دسترسی داشته باشند." (کد ۵- پرستار)

"موانعی که در سر راه گزارش‌دهی خطاهاست باعث می‌شه کارکنان گزارش ندهند و اونها رو مخفی کنند از جمله اونها یکی کنکاش دفتر پرستاری یا حوزه مدیریت است که به جای این که به دنبال اصل خطا باشند که چرا اتفاق افتاده به دنبال فرد خطاکار و مقصر می‌گردند... و این باعث می‌شه کارکنان هم خطاها رو مخفی کنند و در نتیجه چون مداخله‌ای برای اون خطا نمیشه... متأسفانه اون خطا تکرار می‌شه..." (کد ۲- سرپرستار)

"یکی از کارهای خوبی که میشه کرد این که سیستمی باشه که خطاهایی رو که هر فرد انجام میده رو پایش کنه و به فرد بازخورد بده... در واقع افراد بدونند که یک سیستم بالاتری اونها رو در زمینه فرایندهای مختلف پایش میکنه و نتیجه این پایش رو به اونها اعلام می‌کنه." (کد ۲۱- کارشناس آزمایشگاه)

فرهنگ تنبیهی و بازرسی در مقابل فرهنگ تشویقی در برخورد با خطاها

این تم اصلی شامل ۲ مضمون فرعی فرهنگ تجسس و بازرسی در بررسی خطاها و تقویت عوامل انگیزشی کارکنان جهت تشویق به گزارش‌دهی خطا بود.

در رابطه با وجود فرهنگ تجسس و بازرسی در برخورد خطاها اکثر شرکت‌کنندگان به مواردی همچون برخورد تنبیهی و سرزنشی و سوءاستفاده از گزارش‌دهی خطاها اشاره نمودند.

را به صورت واقعی تجربه کرده قابل قبول باشد که در این پژوهش با مراجعه به شرکت‌کنندگان و به تأیید رساندن بیانیه‌های حاصله این امر محقق شد. کاربردی بودن یا قابلیت اجرا بدان اشاره دارد که آیا نتایج در مورد گروه‌های دیگر قابل بکار بستن است؛ در این مورد پژوهشگران سعی کردند از طریق تعاملات و فرآیندهای مشاهده شده و نیز انتخاب شرکت‌کنندگان از طیف نسبتاً گسترده سنی و سوابق فرهنگی اجتماعی گوناگون به این هدف دست یابند. ثبات و تداوم نیز هنگامی کسب شد که شرکت‌کنندگان پاسخ‌های متناقض و همسانی به سؤالی مشابه که در قالب‌های مختلف مطرح شده بود می‌دادند. مبتنی بر واقعیت بودن پژوهش نیز بدین طریق حاصل می‌شود که فرآیند پژوهش خالی از هرگونه تعصب باشد. در طول مطالعه روش‌های خاصی به منظور اطمینان از صحت استحکام داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. مقبولیت داده‌ها با مرور محتوای مصاحبه‌های ضبط شده مشارکت‌کنندگان و استفاده از نظرات تکمیلی آن‌ها و همچنین درگیری طولانی مدت محقق با داده‌ها حاصل شد. علاوه بر این، دو استاد صاحب‌نظر در زمینه پژوهش‌های کیفی، تمام فرایند تحقیق را نظارت و حسابرسی نمودند. نمونه‌گیری با حداکثر تنوع نیز انتقال‌پذیری داده‌ها را فراهم آورد. (۱۰)

■ یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر شامل ۱۷ نفر از کارکنان صف و ستادی ارائه‌دهنده خدمات سلامت در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که در بازه سنی ۳۲ الی ۶۰ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنان ۴۲/۳ سال و میانگین سابقه کاری آنان ۱۰/۲۹ سال بود. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول شماره یک ذکر گردیده است. طی انجام تحقیق حاضر ۷ مضمون اصلی (مطابق جدول شماره ۳) و ۱۴ مضمون فرعی (مطابق جدول شماره ۲) استخراج شد که در ادامه به تفصیل بیان شده است.

فرهنگ گزارش‌دهی اصولی خطاها در مقابل مخفی‌سازی خطاها
این اصلی شامل ۲ مضمون فرعی سرپوش‌گذاری و مخفی‌سازی خطاها به‌ویژه خطای پزشکان توسط سازمان و شناسایی و گزارش‌دهی اختیاری و اجباری خطاها بود.

اکثر شرکت‌کنندگان به مواردی همچون برخورد تند و نامناسب مسؤولین، زیر سؤال رفتن وجهه حرفه‌ای در رابطه با دلایل مخفی نمودن خطاهای خود اشاره نمودند.

"خیلی وقتا پرسنل به خاطر این که آگه کسی از همکارا یا مسؤولین خطاشون رو بفهمند، برخورد تند و چکشی باهاشون می‌کنند و یا

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مصاحبه

کد مصاحبه	جنسیت	سابقه کار	شغل	تحصیلات
کد ۱	زن	۱۳	سرپرستار	کارشناسی ارشد
کد ۲	مرد	۱۷	سرپرستار	کارشناسی
کد ۳	زن	۵	پرستار	کارشناسی
کد ۴	مرد	۱۰	کارشناس بیهوشی	کارشناسی
کد ۵	زن	۱۲	پرستار	کارشناسی ارشد
کد ۶	مرد	۱۹	مسئول آزمایشگاه	کارشناسی ارشد
کد ۷	زن	۱۵	سوپروایزر آموزش به بیمار	کارشناسی ارشد
کد ۸	زن	۷	کارشناس رادیولوژی	کارشناسی
کد ۹	زن	۳	ریس بخش مراقبت‌های ویژه	دکترای تخصصی داروسازی
کد ۱۰	زن	۲	مسئول فنی داروخانه	دکترای عمومی داروسازی
کد ۱۱	مرد	۸	پزشک جراح	جراح فوق تخصص کودکان
کد ۱۲	مرد	۷	پزشک متخصص بیهوشی	متخصص بیهوشی
کد ۱۳	زن	۳	کمک بهیار	دیپلم
کد ۱۴	مرد	۵	خدمات	دیپلم
کد ۱۵	مرد	۲۸	مسئول تدارکات و کارپردازی	دیپلم
کد ۱۶	مرد	۱۷	مسئول تأسیسات	مهندس برق
کد ۱۷	مرد	۴	مهندس تجهیزات پزشکی	کارشناسی

جدول (۲): کدهای سطح دوم استخراج شده (مضامین فرعی) از کدهای اولیه

کد	کد سطح دوم	کد	کد سطح دوم
۱	سرپوش‌گذاری و مخفی‌سازی خطاها به‌ویژه خطای پزشکان	۸	تجربه‌آموزی از خطاها
۲	شناسایی و گزارش‌دهی اختیاری و اجباری خطاها	۹	تقید و تعهد به اجرای اصول ایمنی
۳	فرهنگ تجسس و بازرسی در بررسی خطاها	۱۰	مداخلات و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه خطاها
۴	تقویت عوامل انگیزشی کارکنان جهت تشویق به گزارش‌دهی خطا	۱۱	اهمیت کارگروهی
۵	بررسی و ریشه‌یابی سیستمی عوامل مؤثر در بروز خطا توسط مسئولین سازمان	۱۲	برقراری ارتباط مؤثر با بیمار/ همراه بیمار/ همکاران
۶	بررسی فردی و تک بعدی خطاها	۱۳	انتظارات و آگاهی بیمار/ان در رابطه با حق و حقوق خود
۷	آموزش‌های مداوم سازمانی کارکنان در رابطه با دستورالعمل ایمنی بیمار	۱۴	نوع برخورد و پاسخ‌دهی به خطاها با توجه میزان آسیب وارده به بیمار

جدول (۳): کدهای سطح دوم استخراج شده (مضامین فرعی) از کدهای اولیه

کد	کد سطح سوم (تم‌ها)
۱	فرهنگ‌سازی گزارش‌دهی اصولی خطاها در مقابل مخفی‌سازی خطاها
۲	فرهنگ تنبیهی و بازرسی در مقابل فرهنگ تشویقی در برخورد با خطاها
۳	بررسی و ریشه‌یابی علل خطاها با رویکرد فردی در مقابل رویکرد سیستمی
۴	یادگیری سازمانی و به اشتراک‌گذاری تجارب خطاها
۵	پایه‌گذاری رسالت سازمانی براساس رعایت استانداردهای ایمنی بیمار و اقدامات اصلاحی پیشگیرانه خطاها
۶	فرهنگ کار تیمی
۷	رعایت حقوق قانونی بیمار

زمینه‌ساز بروز خطا و قصور اشاره نمودند.
 "در خطایی که منجر به آسیب به بیمار شده باید تمام عواملی که تأثیر داشته در ایجاد اون خطا توسط مسئولین ارشد سازمان بررسی بشه و پیرو اون برنامه‌ریزی و تصمیمات لازم گرفته بشه" (کد ۱- سرپرستار)

"ممکنه خطا به هر علتی از جمله خستگی، بی‌دقتی، بارکاری زیاد، تعداد بالای بیماران، کمبود پرستار و... اتفاق بیفته ...این‌که چه چیزهایی میتونه باعث بوجود اومدن خطاها و اشتباهات در فرایندها بشه خیلی حائز اهمیتته و باید بهشون توجه بشه..." (کد ۲- سرپرستار)

"نوع برخورد و بررسی خطا خیلی مهمه... نگاه خیلی از مسئولین و مدیران سازمان‌ها متأسفانه نگاه سنتی به خطاهاست که فقط دنبال فرد خطاکار هستند ... نباید نگاه به خطا فردی باشه و باید تمام عواملی که در ایجاد خطا مؤثر بوده رو بررسی کرد و پیرو اون برنامه‌ریزی و تصمیمات لازم گرفته بشه. این خیلی مهمه که بتونیم عواملی که باعث ایجاد خطا شدند رو شناسایی و اونها را اصلاح کنیم..." (کد ۱۰- مسؤول فنی داروخانه)

یادگیری سازمانی و به اشتراک‌گذاری تجارب خطاها

این تم اصلی شامل ۲ مضمون فرعی آموزش‌های مداوم سازمانی کارکنان در رابطه با دستورالعمل ایمنی بیمار و تجربه‌آموزی از خطاها بود.

در رابطه با آموزش‌های مداوم سازمانی اکثر شرکت‌کنندگان به اهمیت و ضرورت وجود چنین آموزش‌هایی اشاره نمودند.
 "به خاطر آموزش‌های شغلی که به‌طور مستمر در طول زمان خدمت داده میشه باعث میشه حساسیت و دقت پرسنل در کار با بیماران زیاد بشه ... آگه این آموزش‌ها سازمان یافته و برنامه‌ریزی شده باشه به‌طوری که خیلی از اونها قبل از شروع به کار ارائه بشه خیلی تأثیرگذار در ایمنی بیمار هست..." (کد ۱۳- کمک بهیار)
 اکثر شرکت‌کنندگان به مواردی همچون ضرورت بازخورد خطاها و اقدامات اصلاحی مصوب جهت درس‌آموزی از خطاها اشاره نمودند.
 "... گزارش‌دهی خطا خیلی مهمه... به خاطر درس‌گیری از خطاها، به خاطر اینکه خود من وقتی خطاهایی که اتفاق افتاده رو مطلع می‌شم خیلی دقتم بالا میره و حواسم رو جمع می‌کنم که دیگه این خطا رو من هم انجام ندم؛ بازخورد خطاها حتماً باید به کارکنان داده بشه..." (کد ۵- پرستار)

پایه‌گذاری رسالت سازمانی براساس رعایت استانداردهای ایمنی بیمار و اقدامات اصلاحی پیشگیرانه خطاها

این تم اصلی شامل ۲ مضمون فرعی تقید و تعهد به اجرای اصول

"...متأسفانه در مراکز آموزشی درمانی خیلی از مسئولین وقتی خطایی رخ میدی فقط در تجسس این هستند که چه کسی این خطا رو انجام داده و به فرد خطاکار به چشم یک مجرم نگاه می‌کنند که باید بازرسی بشه..." (کد ۸- کارشناس رادیولوژی)
 "دفتر پرستاری در برخی مواقع از گزارش‌دهی خطا بیشتر برای زیرآب زنی پرسنلی که با اونها خصومت داره استفاده می‌کنه که آتویی از اونها داشته باشه و در واقع از این طریق بتونه افرادی رو که باهاشون مشکل داره برکنار کنه..." (کد ۳- پرستار)
 در رابطه با تقویت عوامل انگیزشی کارکنان جهت تشویق به گزارش‌دهی برخی کارکنان به مسائلی از قبیل بکارگیری رویکردهای تشویقی، اعطای پاداش و ایجاد انگیزه جهت گزارش‌دهی خطاها اشاره نمودند.

"باید سیستم‌های پاداش وجود داشته باشه برای کسانی که گزارش‌دهی خطاها رو انجام می‌دهند... تشویق بشند چون باعث می‌شه خطاها شناسایی بشه و اقداماتی برنامه‌ریزی بشه که دیگه اون خطا تکرار نشه..." (کد ۱۲- پزشک بیهوشی)

بررسی و ریشه‌یابی علل خطاها با رویکرد فردی در مقابل رویکرد سیستمی

این تم اصلی شامل ۲ مضمون فرعی بررسی فردی و تک بعدی خطاها و بررسی و ریشه‌یابی سیستمی عوامل مؤثر در بروز خطا توسط مسئولین ارشد سازمان بود.

در رابطه با بررسی فردی و تک بعدی خطاها برخی کارکنان به مسائلی از قبیل قرارگیری فرد خطاکار در کانون توجه و به حاشیه رفتن اصل ماهیت خطا و تفکر شکست‌ناپذیری و خطاناپذیری اشاره نمودند.

"مدیریت همیشه به دنبال این هستند که عامل خطا چه کسی بوده ... فرد مقصر کیه و بیشتر فرد خطاکار براشون مهمه تا اصل خود خطا و این‌که چرا این خطا اتفاق افتاده..." (کد ۶- کارشناس آزمایشگاه)

"... ما باید بپذیریم که با هر سطحی از مهارت و دانش و تجربه هم که داشته باشیم باز هم احتمال رخ دادن خطا هست؛ اگر خطایی می‌کنیم بپذیریم اون رو، مسؤولیتش رو به‌عهده بگیریم ولی متأسفانه خیلی از ما ادعای تسلط کامل داشتن به کار خودمون رو داریم و تصورمون بر آینه که هیچ وقت احتمال خطایی برای ما پیش نمی‌یاد..." (کد ۱۱- پزشک جراح)

در رابطه با بررسی و ریشه‌یابی سیستمی عوامل مؤثر در بروز خطا توسط مسئولین ارشد سازمان اکثر کارکنان به مسائلی از قبیل بررسی خطاها با دید کل‌نگر و ریشه‌یابی عوامل فردی و سازمانی

۹- داروساز بالینی)

رعایت حقوق قانونی بیمار

این تم اصلی شامل ۲ مضمون فرعی انتظارات و آگاهی بیماران در رابطه با حق و حقوق خود و نوع برخورد و پاسخ‌دهی به خطاها با توجه میزان آسیب وارده به بیمار بود.

در رابطه با رعایت حقوق بیمار اکثر شرکت‌کنندگان به مواردی همچون لزوم دادن آموزش و توضیحات کافی به بیمار قبل از انجام پروسیجرهای تهاجمی، اخذ رضایت آگاهانه و پرداخت دیه و حق قانونی بیمار اشاره نمودند.

"...اکثر اوقات دکترها برای بیمار توضیح نمیدهند که این عملی رو که می‌خواند انجام بدند برای چی هست و ممکنه چه عوارضی داشته باشه، چه خطراتی ممکنه داشته باشه و این اجازه رو به مریض بدن که اونهم بتونه در مورد درمانش تصمیم‌گیری کنه و نظر بده ..."

(کد ۳- پرستار)

"... اگر خطا باعث آسیب به بیمار شده باشه باید به‌طور جد برخورد

بشه و حقوق بیمار پایمال نشه ..."

(کد ۷- سوپروایزر آموزش به بیمار)

■ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر دستیابی به تجارب زیسته کارکنان صف و ستادی ارائه‌دهنده خدمات سلامت در مراکز آموزشی درمانی در رابطه با فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار و مدیریت خطا بود. یافته‌های حاصل از مطالعه در ۷ مضمون اصلی به‌دست آمد که به‌تفصیل در ذیل در مورد آنان بحث می‌گردد. همان‌طور که از یافته‌ها بر می‌آید یکی از خرده فرهنگ‌هایی که در زیر مجموعه فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار در مراکز آموزشی درمانی دیده می‌شود فرهنگ مخفی‌سازی و سرپوش‌گذاری خطاها در مقابل گزارش‌دهی اصولی خطاهاست. گزارش‌دهی و افشاسازی یکی از مهم‌ترین عوامل در کاهش بروز خطا و مدیریت آن است. نتایج مطالعه نصیری پور و همکاران نشان داد که افشاسازی خطاها که از عوامل فرهنگ سازمانی، عوامل مرتبط با ارائه‌دهنده، عوامل مرتبط با خطا، موقعیت افشاسازی و عوامل ساختاری تشکیل شده است عامل مؤثری در کنترل خطا بوده و از طرفی بیشترین تأثیر را بر مدیریت خطا و جلوگیری از بروز آن دارد. (۳) نتایج مطالعات لپ (۱۱) و اتچگاری و همکاران (۴) نیز مؤید تأثیر گزارش‌دهی و افشاسازی خطاها در مدیریت پیشگیری خطاهای پزشکی است. نتایج مطالعه کیفی گرین (۲۰۰۹) که به‌منظور بررسی تجارب پرستاران از افشاسازی خطاها به بیماران انجام شده بود نشان‌دهنده مضمون فرآیند افشاسازی و گزارش‌دهی اصولی و مناسب خطاها

ایمنی و مداخلات و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه خطاها بود. در رابطه با تقید و تعهد به اجرای اصول ایمنی اکثر شرکت‌کنندگان به مواردی همچون لزوم تأمین تجهیزات استاندارد و با کیفیت و تخصیص بودجه کافی در این رابطه اشاره نمودند.

"...از نظر تهیه وسایل و تجهیزات مورد نیاز مریض هدف ما اینکه تا اونجایی که بشه جنس و وسیله با کیفیت تهیه کنیم اما یه ضرب‌المثل هست که میگه هر چقدر پول بدی آش می‌خوری؛ هر چقدر که مدیریت بیشتر هزینه کنه و تخصیص بده برای خرید وسایل و حمایت کنه مسلماً ما هم سعی می‌کنیم تجهیزات و وسایل مرغوب‌تری خریداری کنیم..." (کد ۱۵- مسؤول تدارکات)

در رابطه با مداخلات و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه خطاها اکثر شرکت‌کنندگان به مواردی همچون اولویت‌دهی به اقدامات پیشگیرانه در زمینه کنترل استانداردهای ایمنی اشاره نمودند.

"... بیشترین سرمایه‌گذاری باید روی اقداماتی باشه که جنبه پیشگیری داشته باشه ... مثلاً چه کارهایی بکنیم که از سقوط مریض جلوگیری بشه ... نرده‌های تخت سالم باشه روزانه کنترل بشند و ..." (کد ۱۷- مسؤول تجهیزات پزشکی)

فرهنگ کار تیمی

این تم اصلی شامل ۲ مضمون فرعی اهمیت کارگروهی و برقراری ارتباط مؤثر با بیمار/ همراه بیمار/ همکاران بود.

اهمیت کارگروهی و همکاری بین حرفه‌ای در انجام امور درمانی مراقبتی بیمار و داشتن تعامل مؤثر از جمله مواردی بود که اکثریت کارکنان بدان اشاره نمودند.

"... ایمنی بیمار باید به‌صورت یک کار تیمی انجام بشه، همه باید با هم کار بکنند؛ بخش‌ها و واحدهای قسمت‌های مختلف مثل بخش‌های بستری، واحدهای پاراکلینیک مثل آزمایشگاه، رادیولوژی و... ارتباط مناسبی با هم برقرار کنند؛ تعامل و همکاری خوبی داشته باشند چون مسلماً خطای هر بخش و واحدی در عملکرد سایر قسمت‌ها تأثیرگذاره ولی متأسفانه ما تا استقرار کامل فرهنگ ایمنی خیلی فاصله داریم..."

(کد ۱۱- پزشک جراح)

"... می‌بینی دستور دارو رو پزشک اشتباه نوشته، دوز دارو رو کم یا زیاد نوشته؛ وقتی بهشون می‌گی سن مریض چقدر هست؛ وزنش چقدره که جلوی خطا رو بگیري می‌گن شما کاری به این چیزها نداشته باشین و داروتون رو بفروشین... در صورتی که اگر همکاری بین دو حرفه رو درست می‌دونست؛ نقش داروساز چیه؛ و درک این رو می‌داشت که کار کار تیمی و مشارکتی هست نه فردی این خطا می‌تونست دیگه پیش نیاد و جلوگیری بشه..." (کد

بود. (۱۲) نتایج مطالعه کاگان و بارنوی در سال ۲۰۱۳ که به منظور بررسی ارتباط بین فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار و میزان بروز گزارش‌دهی خطای پزشکی انجام شده بود نشان داد که میان سطح فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار و میزان گزارش‌دهی خطاها ارتباط معناداری وجود دارد. (۱۳)

از دیگر تم‌های حاصل از مطالعه وجود فرهنگ تنبیهی و بازرسی در مقابل فرهنگ تشویقی در برخورد با خطاها و بررسی و ریشه‌یابی علل خطاها با رویکرد فردی در مقابل رویکرد سیستمی است. در مطالعه حاضر اکثریت شرکت‌کنندگان در پژوهش به نیاز به وجود فرهنگی عاری از تنبیه و سرزنش در برخورد با خطاها اشاره نموده و لزوم به‌کارگیری رویکردی جامع و کل‌نگر در مقابل رویکرد فردی را در بررسی خطاها بیان نمودند. در سازمانی که بسترسازی فرهنگی برای مقابله با خطاهای کادر درمانی انجام گردد و دید کل‌نگر و سیستمی در بررسی علل بروز خطا وجود داشته باشد و در هنگام بروز خطا حمایت دوجانبه هم از ارائه‌دهنده و هم بیمار به‌عمل آورد و تنها فرد عامل خطا را مخاطب قرار نداده و تنبیه و سرزنش ننماید، در واقع بیان و گزارش خطاها را به‌عنوان یک ارزش و اولویت سازمانی پذیرفته است که نتیجه آن مدیریت مؤثر خطاهاست. (۱) نتایج مطالعه نورمرادی و همکاران (۲۰۱۵) که به‌منظور بررسی فرهنگ ایمنی در کشورهای در حال توسعه انجام شده بود نشان داد که کمترین امتیاز در حیطه‌های فرهنگ به پاسخ غیر تنبیهی به خطاها تعلق گرفته است. از این‌رو به‌منظور افزایش فرهنگ سازمانی ایمنی در بیمارستان‌های آموزشی بیان نمودند که مدیریت بیمارستان‌ها می‌بایست کارکنان خود را برای گزارش خطاها بدون ترس از مجازات حمایت نمایند. (۱۴)

نتایج مطالعه توصیفی مقطعی تاپ و تیکینگدوز (۲۰۱۳) که با هدف بررسی ادراک پرستاران درباره فرهنگ ایمنی انجام شده نشان داد که پایین‌ترین نمرات در حیطه فرهنگ سازمانی ایمنی به حیطه‌های گزارش‌دهی حوادث، پاسخ غیر تنبیهی به خطاها، باز بودن ارتباطات و انتقال و جابجایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش‌ها و از شیفی به شیف دیگر تعلق گرفت. (۵)

نتایج مطالعه توصیفی مؤمنی و همکاران در سال ۹۲ که با هدف بررسی فراگیری محورهای فرهنگ ایمنی انجام شده بود نشان داد که کمترین امتیاز به حیطه پاسخ غیر تنبیهی در قبال رویداد خطاها تعلق گرفت؛ که نیازمند ارتقاء می‌باشند. (۱۵) نتایج مطالعه مذکور با مطالعه توصیفی عبادی فرد آذر و همکاران در سال ۹۱ (۱۶) و یعقوبی فر و همکاران در سال ۹۰ هم‌راستا است. (۱۷) موریارتی در مطالعه مروری خود که در سال ۲۰۱۵ با عنوان

مدیریت خطا و روش‌های اجرایی استاندارد برای سازمان انجام شده است تفاوت دو دیدگاه سنتی و جدید راجع به خطای انسانی را تشریح می‌نماید. وی سعی در ترویج دیدگاه جدید در رابطه با خطای انسانی نموده است. طبق دیدگاه سنتی در رابطه با خطای انسانی، سیستم‌ها ایمن هستند و هرگاه اشتباهی رخ می‌دهد عامل خطا و اشتباه شخص انسان است. در حالی که در دیدگاه جدید سیستم‌ها (سازمان‌ها) همیشه ایمن نبوده؛ به‌ویژه اگر آن‌ها پیچیده باشند. (۱۸)

از دیگر تم‌های حاصل از مطالعه حاضر تم یادگیری سازمانی و به اشتراک‌گذاری تجربیات خطاها است. در سازمان‌های دارای فرهنگ صحیح ایمنی افراد قادر به یادگیری از اشتباهات و اصلاح آن‌ها و انجام درست امور می‌باشند. (۱) نیاز به وجود فرهنگ درس‌آموزی از خطاها و پیشگیری از تکرار خطاهای مشابه از جمله دیدگاه‌های دیگر کارکنان بوده است. از روش‌های مهم در بهبود ایمنی بیمار یادگیری فردی و سازمانی و کسب تجربه از خطاهایی است که در بیمارستان روی داده است که این امر مستلزم رهبری مناسب در سیستم‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت و وجود فرهنگی است که فرآیند درس‌آموزی و به اشتراک‌گذارند تجربیات خطاها را تسهیل نماید. (۲) انجمن پزشکی آمریکا جهت ارتقاء فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار مراکز توصیه نموده است که سازمان‌ها برای بهبود این امر می‌بایست این فرهنگ را که خطا و اشتباهات ناشی از نارسایی‌های فردی است را کنار گذاشته و خطاها را به‌عنوان فرصت‌هایی برای یادگیری محسوب نمایند. (۵) مطالعه الجردالی و همکاران که با هدف بررسی ابعاد فرهنگی ایمنی در بیمارستان‌های لبنان انجام شده بود نشان داد که یکی از ابعادی که بالاترین نمره مثبت در فرهنگ ایمنی را کسب نموده مربوط به یادگیری سازمانی، درس‌آموزی و بهبود مداوم سازمانی بوده است. (۱۹) مطالعه ابوشاه نیز که به‌منظور تشخیص عوامل سیستمی در ادراک پرستاران از فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار انجام شده بود نیز مؤید این موضوع است. (۱) مسلماً با ایجاد بستری باز و منصفانه برای تعامل و گفتگو درباره علل خطاهای رخ داده و یادگیری و درس‌آموزی از آن‌ها و انجام مداخلات اصلاحی منجر به کاهش وقوع خطاهای مشابه می‌گردد. با درس گرفتن از خطاها و اشتباهات است که سازمان‌ها می‌توانند دانش را در خود مدیریت نموده و مکانیسم یادگیری سازمانی را خلق و در جهت ایجاد، حفظ و ارتقای فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار محور هدایت نمایند. (۶) نتایج مطالعه شبه تجربی پات سالیوان (۲۰۱۶) که به‌منظور بررسی و شناسایی درک دانشجویان دانشکده پرستاری از فرهنگ و رابطه

آن با مدیریت خطاهای فعال و موارد نزدیک به خطای دانشجویان در عرصه کارآموزی قبل و بعد از اجرای یک مداخله آموزشی انجام شده بود نشان داد که میزان افشاسازی و گزارش‌دهی خطاها از ۱۹/۲ درصد قبل از اجرای مداخله به ۴۰/۴ درصد بعد از اجرای مداخله رسید. همچنین نتایج مطالعه حاکی از افزایش فرهنگ درس‌آموزی از خطا برای دانشجویان بود. (۲۰) نتایج مطالعه تاپ و تیکینگدوز که در رابطه با بررسی ادراک پرستاران در رابطه با فرهنگ ایمنی در یکی از بیمارستان‌های دولتی شهر ترکیه انجام شده بود شش پیش‌بینی کننده مهم از درک کلی ایمنی را نشان داد که از جمله آن‌ها بهبود مداوم یادگیری سازمانی و درس‌آموزی از خطاها بود. (۵) در مطالعه ریشتر نیز بازخورد خطا و یادگیری سازمانی از خطاها از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم جهت گزارش‌دهی خطاها شناخته شد. (۷)

نتایج مطالعه کیفی با رویکرد پدیدارشناسی سوربو هاریس که به‌منظور تعیین عواملی از قبیل ارتباطات، استدلال‌های اخلاقی و شایستگی‌های فنی که منجر به کاهش خطاها می‌شوند انجام داده بود تم‌هایی نظیر مدیریت دانش افزایش یافته از طریق آموزش و آموزش فنی پزشکی مداوم حاصل گردید که این‌تم می‌تواند سیستمی را در جهت افشاسازی، گزارش‌دهی و نهایتاً تجربه‌آموزی از خطاها فراهم آورد و سبب بهبود فرایندهای سازمانی تأثیرگذار بر خطاهای پزشکی و در نهایت ارتقاء فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار گردد. (۶)

در مدل ۷ گام به سوی ایمنی بیمار نیز یادگیری و به اشتراک‌گذاری درس‌های ایمنی و خطاها و اجرای راهکارهایی برای جلوگیری از بروز آسیب و صدمه به بیمار به‌عنوان یکی از گام‌های اصلی فرهنگ‌سازی ایمنی بیمار در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی مراقبتی بیان گردیده است. (۲۱)

از دیگر تم‌های حاصل شده از مطالعه حاضر تم پایه‌گذاری رسالت سازمانی براساس رعایت استانداردهای ایمنی بیمار و اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه خطاها است. با توجه به اینکه ایمنی بیمار دارای ابعاد گوناگونی است، لذا نهادهای سازنده استانداردهای ایمنی بیمار در مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت نیازمند یک رویکرد چندگانه و حمایت و تعهد جهت استقرار این استانداردها است. داشتن یک رویکرد جامع راهنمایی را برای متخصصین و کارشناسان مراکز خدمات سلامت فراهم می‌کند تا آنان بتوانند اولویت‌ها و برنامه‌های ایمنی مشخص و براساس آن منابع مورد نیاز جهت تدوین و اجرای آن‌ها تخصیص داده شود. (۲۲) نتایج مطالعه همبستگی کاپلان در سال ۲۰۰۸ که به‌منظور مقایسه درک

رهبران بیمارستان از کیفیت مراقبت با عملکرد سازمان‌هایشان در بیمارستان‌های آموزشی ایالت ایندیانا انجام شده بود نشان داد که هیچ ارتباط معناداری میان ادراکات رهبران سازمان‌های بهداشتی درمانی از کیفیت مراقبت و میزان فراوانی خطاهای پزشکی وجود ندارد. یافته‌های این پژوهش نشان داد برخی رهبران سازمان‌های بهداشتی درمانی نسبت به مشکلات خطاهای پزشکی سازمان خود بی‌اعتنا می‌باشند؛ درحالی که علی‌رغم تلاش بیمارستان‌ها بیماران از عوارض این خطاهای پزشکی هر لحظه دچار آسیب می‌شوند. (۲۳) نتایج مطالعه توصیفی مقطعی ابوشاه (۲۰۱۰) که به‌منظور تشخیص عوامل سیستمی که در ادراک پرستاران در رابطه با فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار تأثیرگذار است انجام شده بود نشان داد که بالاترین امتیاز توسط حیطه حمایت مدیریت از اقدامات ایمنی کسب گردید. (۱) مطالعه کمی ریشتر در سال ۲۰۱۳ نیز نشان داد که یکی از سه پیش‌بینی‌کننده مهم که تأثیر مثبت بر فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار داشته حمایت مدیریت سازمان از اقدامات و برنامه‌های ایمنی است. (۷) نتایج مطالعه توصیفی مقطعی تاپ و تیکینگدوز (۲۰۱۳) با عنوان بررسی ادراک پرستاران درباره فرهنگ ایمنی نشان داد که بالاترین نمرات در حیطه فرهنگ سازمانی ایمنی به حمایت مدیریت بیمارستان برای ایمنی بیمار به میزان ۸۰ درصد و انتظارات و اقدامات سوپروایزر جهت ترویج ایمنی بیمار به میزان ۷۹٪ تعلق گرفته شد. (۵)

آسفزاده و همکاران در مطالعه‌ای که به‌منظور بررسی استانداردهای ایمنی بیمار در مراکز آموزشی درمانی انجام دادند رویکرد جامعی شامل ۶ بعد: ساختار، محیط، تجهیزات، فرآیندها، افراد، سیستم‌های رهبری و فرهنگ را معرفی نمودند. آن‌ها اظهار می‌دارند که با استفاده از این رویکرد و فهم عواملی که موجب افزایش خطا می‌شوند می‌توان از مفاهیم و اصول مورد نیاز جهت کاهش خطاها و پایه‌گذاری رسالت سازمانی براساس رعایت استانداردهای ایمنی بیمار استفاده نمود. (۲۲)

از دیگر تم‌های حاصل از مطالعه حاضر تم فرهنگ کار تیمی و همکاری بین حرفه‌ای است. آنچه مورد توجه مطالعه حاضر است همکاری بین حرفه‌ای اعضای تیم درمان اعم از پزشک و پرستار، پزشک و داروساز و ... ارائه‌دهنده خدمات درمانی و مراقبتی است و هدف اصلی این تیم وابسته به هم ارائه درمان و مراقبت ایمن و با کیفیت به بیمار است، اما ارتباطات ضعیف به دلایل مختلف از جمله ساختار سلسله‌مراتبی تیم سلامت موجب پیچیدگی ارتباط این دو و وقوع خطا و تهدید ایمنی بیمار شده است. (۲۴) نتایج مطالعه مارتین و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که نارسایی ارتباطی

بین اعضای تیم سلامت مسؤول ۶۰ درصد از حوادث زیان آور است که دارای اثرات بالقوه منفی بر پیامدهای بالینی است و با افزایش همکاری‌های بین حرفه‌ای می‌توان به بهبود روابط کمک نمود. (۲۵)

نتایج مطالعه توصیفی مؤمنی و همکاران در سال ۹۲ که با هدف بررسی فراگیری محورهای فرهنگ ایمنی انجام شده بود نشان داد که بیشترین امتیاز در حیطه‌های فرهنگ به حیطه کار تیمی درون واحدهای سازمانی تعلق گرفت (۱۵) که با مطالعه توصیفی مقطعی یعقوبی فر و همکاران در سال ۹۰ (۱۷)، مطالعه توصیفی عبادی فرد آذر و همکاران در سال ۹۱ (۱۶) و مطالعه توصیفی مقطعی ابوشاه در سال ۲۰۱۰ در این زمینه هم‌راستا بود. (۱)

نتایج مطالعه توصیفی مقطعی تاپ و تیکینگدوز (۲۰۱۳) نشان داد که پایین‌ترین نمرات در حیطه فرهنگ سازمانی ایمنی به باز بودن ارتباطات و انتقال و جابجایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش‌ها و از شیفتی به شیفت دیگر، پاسخ غیر تنبیهی به خطاها و گزارش‌دهی حوادث تعلق گرفته شد. این مطالعه همچنین ۶ پیش‌بینی‌کننده مهم از درک کلی ایمنی را مشخص نمود که از جمله آن‌ها شامل همکاری تیمی درون واحدی و مجاری ارتباطی باز بود. (۵) مطالعه توصیفی مقطعی مسرور و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف بررسی رخدادهای ایمنی بیمار و ارتباط آن با تعامل حرفه‌ای پرستاران و پزشکان از دیدگاه پرستاران انجام دادند نشان داد که بین تعاملات حرفه‌ای پزشکان و پرستاران و رخدادهای ایمنی ارتباط معکوس و معنادار بود. (۲۶)

از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر تم رعایت حقوق قانونی بیمار است. بیماران به‌عنوان مشتریان سازمان‌های بهداشتی درمانی دارای حقوقی هستند که پزشکان، پرستاران و سایر حرف بهداشتی مسؤول حفظ و صیانت از آن می‌باشند؛ از جمله این حقوق حق دریافت آگاهی، آموزش و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی را می‌توان نام برد. در کشور ما به‌رغم تصویب منشور حقوق بیمار توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱ هنوز این حقوق به‌درستی شناخته و پذیرفته نشده‌اند. در اغلب مواقع اعضای تیم درمان به‌تنهایی برای بیمار تصمیم‌گیری کرده و او نیز با اعتماد به آن‌ها این تصمیم را می‌پذیرد. (۲۷) در حالی که در تعاریف جدید از حقوق بیمار تغییرات اساسی در برداشت عمومی از نقش بیمار، حیطه اختیارات و تصمیم‌گیری بیماران به‌وجود آمده است. یکی از استانداردهای مراقبتی ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استانداردهای نظام حاکمیت بالینی در هفت محور است که در محور مشارکت عمومی و بیماران به مسائلی نظیر اهمیت ارائه آموزش و مشاوره به بیماران و مدیریت

خدمات ارتباطی، توجه به بیمار به‌عنوان شریک و درگیر کردن او در امر درمان، ایجاد فرهنگ انعطاف‌پذیر و مشارکتی پرداخته می‌شود. (۲۱) مطالعه پارساپور و لاریجانی که به‌منظور بررسی مقایسه‌ای نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران در خصوص ضرورت رعایت مفاد منشور حقوق بیمار انجام شده بود نشان داد که میزان رعایت حقوق مربوط به دریافت اطلاعات و حق انتخاب و تصمیم‌گیری به‌مراتب کمتر از میزان ضرورت آن خصوصاً از دیدگاه بیماران بود. (۲۸) در مطالعه غیاثوندیان و همکاران که به‌منظور بررسی بسته کمک به تصمیم‌گیری بر درمان انتخاب شده توسط بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شده بود نشان داد که با مشارکت دادن بیماران در تصمیم‌گیری درمانی مربوط به خود سبب بهبود آگاهی بیماران، احساس اطمینان برای شروع درمان و انتخاب گزینه درمانی منطبق با ارزش‌ها و اولویت‌های آنان گردید. (۲۹)

در مطالعه‌ای که توسط دگتر و همکاران جهت بررسی نیازهای اطلاعاتی و ترجیحات تصمیم‌گیری زنان مبتلا به سرطان انجام شده بود نشان داد که بیماران غالباً تمایل به نقش مشارکتی در تصمیم‌گیری‌های درمانی مربوط به خود داشتند. (۳۰) شرط اول برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها داشتن اطلاعات و آموزش کافی از روش‌ها، اقدامات پزشکی و مراقبت‌ها است. (۲۷)

■ نتیجه‌گیری

از آنجایی که احتمال بروز خطا قسمتی از زندگی طبیعی به شمار می‌رود؛ در سیستم بهداشت درمان و آموزش پزشکی نیز بروز این خطاها امری اجتناب‌ناپذیر بوده که به دلیل حساسیت بیشتر و دامنه وسیع‌تر پیامدهای حاصله از خطا در نظام سلامت لزوم کنترل و مدیریت آن‌ها ضروری است. با توجه به افزایش روزافزون خطاهای کادر درمان و پیامدهای جسمی، روحی، روانی، اقتصادی و اجتماعی متعاقب آن فرهنگ‌سازی اجرای استانداردهای ایمنی بیمار با رویکرد جامع در مراکز آموزشی درمانی می‌بایست به‌عنوان یک اولویت راهبردی سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران نظام سلامت قرار داده شود. در این میان می‌بایست با نهادینه کردن فرهنگ افشاسازی صحیح خطاها به بیماران از طریق ارتباط دو جانبه توأم با راستگویی، آموزش و مشارکت بیمار در فرایند درمان خود، رعایت حقوق بیمار صورت گیرد و از طرفی ارائه‌دهنده خدمات سلامت را هم با این دید که هر انسانی جایز الخطاست حمایت نموده تا با ایجاد بستری باز و منصفانه به دور از هرگونه سرزنش و تنبیه به‌منظور پیشگیری از مخفی‌سازی خطاها به گفتگو و تعامل درباره خطاهای رخ داده و یادگیری و تجربه‌آموزی از آن‌ها پرداخت. امید است نتایج مطالعه حاضر به سیاست‌گذاران و ذینفعان کشور کمک نماید اقدامات و مداخلات

اصلاحی لازم در جهت ایجاد، حفظ و ارتقاء فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار را برنامه‌ریزی و اجرا نمایند.

احتیاط در تعمیم‌پذیری از محدودیت‌های نتایج تمام تحقیقات کیفی است؛ بنابراین حداکثر تلاش در زمینه ارتقای استحکام داده‌های مطالعه انجام شد و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در سایر مناطق با ویژگی‌های متفاوت سازمانی، فرهنگی و فردی انجام گیرد.

■ **تشکر و قدرانی**

این مقاله حاصل قسمتی از رساله دکترای تخصصی مدیریت آموزشی با عنوان ارائه الگوی مفهومی فرهنگ سازمانی ایمنی بیمار با رویکرد مدیریت خطا در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان است و با کد اخلاق ۲۳۸۲۱۲۱۲۹۵۲۰۰۳ مورخ ۹۶/۱/۲۱ به ثبت رسیده است. بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت اساتید محترم دانشکده پرستاری و علوم تربیتی، کلیه مسئولین مراکز آموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و بیماران و همراهان مراکز مذکور که در انجام این مطالعه پژوهشگران را یاری نمودند سپاسگزاری می‌شود.

■ References

- 1- Aboshaiqah AE. Patients safety culture: A baseline assessment of nurses perceptions in a Saudi Arabia Hospital. [Phdthesis] Nursing. Wayne: Wayne State University, 2010.
- 2- Kristensen S, Bartels P. Use of patient safety culture instruments and recommendations. Denmark: European Society for Quality in Healthcare. 2010
- 3- Nasiri Pour A, Reisei P, Ghaffari F, Maleki M, Jafari M. Presenting medical errors control model in hospitals Tehran University of Medical Sciences. Journal of Paramedicine Faculty of Tehran. 2014; 8 (1): 44-56. [Persian]
- 4- Etchegaray JM, Gallagher Th, Bell SK, Dunlap B, Thomas EJ. Error disclosure: A new domain for safety culture assessment. BMJ Quality & safety. 2012; 21(7):594-9.
- 5- Top M, Teknengunduz S. Patient safety culture in a Turkish public hospital: A study of nurses perceptions about patient safety. systematic practice action research. 2015; 28: 87-110
- 6- Sorio Harris E. Percived best practices of health care leaders in the prevention of medical related errors. [Phdthesis] Nursing. Phoenix: University of Phoenix, 2011.
- 7- Richter JP. Organizational factors of safety culture associated with perceived success in patient handoffs error reporting and central line associated bloodstream infections. [Phdthesis] Nursing. Ohio: Ohio State University, 2013.
- 8- Feng X. Factors associated with nurses perceptions of patient safety culture in one university hospital in China. [Phdthesis] Nursing. Marquette: Marquette University, 2009.
- 9- Salavati S, Fanousi T, Tabesh H. Patient safety culture from nurses' point of view. Journal of Nursing, Iran Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences. 2013; 26 (84): 24-33. [Persian]
- 10- Burns N, Grove sk. The practice of nursing reaserch critique and utilization. 6 th edn, Missouri: Elsevier saunders. 2009
- 11- Leape ll. Apology for errors: Whose responsibility. Frontiers of Health Services Management. 2011; 28 (3): 3-12.
- 12- Greene D. Nurses experiences with disclosure of errors to patients. [Phdthesis] Nursing. Georgia: Georgia State University, 2009.
- 13- Kagan I, Barnoy S. Organizational safety culture and medical error reporting by Israeili nurses. Journal of Nursing Scholarship. 2013; 45(3): 273-280.
- 14- Noormoradi H, Kazemi M, Pirmoradi F, Mirzaei A, Mirzaei M, Mohammadi F, et al. Hospital patient culture in developing countries: A comparative study in Ilam City Iran. British Journal of Medicine & Medical Research. 2015; 10(5): 1-8.
- 15- Momeni B, Golpira R, MayelAfshar M. A survey on the learning of the aspects of patient safety culture at the Shahid Rajaei cardiovascular research and therapeutic research center in the year 2013. Journal of Cardiovascular Nursing. 2014; 3 (1): 34-41. [Persian]
- 16- Ebadi Fard Azar F, Rezapur A, Tanoumand Koushe Mehr A, Bayat R, Arbalo J, Rezapur Z. Study of patient safety culture in selected educational centers of Tehran University of Medical Sciences. Quarterly Journal of the Hospital of

- the Official organ of the Association for the Administration of Hospitals of Iran. 2012: 11 (2): 55-64. [Persian]
- 17- Yaghoobifar M, Takbiri A, Haghgoshaei A, Tabarraei Y. Investigating patient safety culture and identifying its strengths and weaknesses in Sabzevar hospitals in 2011. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2013: 20(2): 154-164 [Persian]
 - 18- Moriarty D. Error management and standard operating procedures for organizations. *Practical Human Factors for Pilots*. 2015: 119-132
 - 19- EL Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: A study at baseline. *International Journal of Quality Health Care*. 2010: 22 (5): 386-95
 - 20- Patt Sullivan M. Nursing faculty perception of just culture model and its application to the response and reporting of student errors and near misses. [Phdthesis] Nursing. Carlow: Carlow University, 2016.
 - 21- Ravaghi H. Principles of clinical governance. The Fourth Conference on Resource Planning and Management in Organizations. 2012: 5 (4): 58-63. [Persian]
 - 22- Asefzade S, Mehrabian F, Nikpey A, Kianmehr SH. Assessment of patient safety Based on standards of patient safety friendly hospitals in education and treatment centers of Rasht City. *Research in Medical Science Education*. 2013: 4 (1): 37-45.
 - 23- Kaplan JB. Exploring the quality perceptions of healthcare leaders a study of hospitals in Indiana. [Phdthesis] Nursing. Phoenix: University of Phoenix, 2008.
 - 24- Kwan J, Sampson M, Shjania K. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Medicine*. 2013: 158 (5): 397-403
 - 25- Martin J, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R. Interprofessional collaboration among nurses and physicians making a difference in patient outcome. 2010
 - 26- Masror D, Heydarikhayat N, Joolaees S. Assessing patient safety events and correlation with nurse physician interaction from nurses view. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2012: 1(2): 37-45.
 - 27- MousaviZadeh N, Ilkhani M. Contributing to the informed decision of patients and its implications in clinical settings: a review article. *Nursing and midwifery faculty of ShahidBeheshti University of Medical Sciences*. 2015: 25 (89): 11-20. [Persian]
 - 28- Parsapour A, Larijani B. Attitudes of patients, doctors and nurses of Imam Khomeini, Ayat and Ziaean hospitals about perform provisions the rights of patients. *Journal of School of Nursing and Midwifery Tehran University of Medical Sciences*. 2007: 33 (9): 44-49.
 - 29- Ghiasvandian Sh, MousaviZade N, DehghanNayeri N, Haghani H. Investigating the effect of the package to help decide on the treatment chosen by patients with breast cancer and its implications. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2013: 3 (3) 271-279. [Persian]
 - 30- Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D, Sloan JA, Carriere KC, Oneil J. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA*. 2003: 227(18): 1485-92.

The experiences of health care staff from the organizational culture of patient safety and error management in educational centers

Rouhangiz Mohammadi khoshooei, Shayesteh Salehi[■], Narges Saeidian

Introduction: Patient safety is a subset of organizational culture and is defined as a set of priorities, values, attitudes, and individual and organizational behaviors that seek to minimize the errors and damage caused by the patient's care delivery process. Through proper management errors can be taken to improve processes.

Aim: This study was conducted to describe the experiences of the staff of the educational centers from the organizational culture of patient safety and error management.

Material & Methods: This is a qualitative study with a phenomenological approach. A goal-based sampling method consisting of 17 queuing staff and a staff member of the health services provider was conducted in intensive care centers and interviewed by the participants. For analyzing information, a Colayzi method has been used.

Results: The findings include 353 primary codes, 14 subject categories and 7 main themes with headings: principle reporting of errors against misleading; penal culture and inspection versus encouraging culture in dealing with errors; evaluating the causes of errors with individual approach versus system approach; organizational learning and the sharing of mistakes; establishment of an organizational mission based on patient safety standards and preventive corrective actions; the team's working culture and respect for the patient's legal rights.

Conclusion: The corrective actions of the senior managers of the organization in order to create, maintain and enhance the culture of the proper reporting of errors, lessons learned Sharing experiences of errors among employees, and ultimately developing a safety culture and improving quality are essential.

Key words: error management, organizational culture, patient safety

Mohammadi khoshooei R
PhD student Emmam Hossein
Hospital Isfahan, Isfahan, iran

■ Corresponding author:

Salehi Sh.

Associate Professor, Faculty of
Nursing and Midwifery Faculty of
Nursing and Midwifery, Islamic
Azad University, Khorasgan Branch,
Isfahan, Iran

Address:salehi@nm.mui.ac.ir

Saeidian N.

Assistant Professor Faculty of
Educational sciences Faculty of
Educational sciences, Islamic Azad
University, Khorasgan Branch,
Isfahan, Iran

**Nursing
Management**

Quarterly Journal of Nursing Management

Vol 7, No 2, 2018