

طراحی و اعتباریابی مدل ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها (مورد مطالعه: بیمارستان آیت‌اله کاشانی اصفهان)

رضا کریمی حسین‌آبادی^۱، علی رشیدپور^۲، مهرداد صادقی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف ارائه‌ی مدل ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها انجام گردیده است.

روش‌ها: این مطالعه بصورت آمیخته کیفی و کمی انجام گردید. در بخش کیفی، نمونه‌گیری هدفمند انجام و با استفاده از مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختارمند با اصل اشباع نظری، نمونه‌گیری با ۱۷ نفر و ۱۱۰ متن و مقاله خاتمه یافت و باروش تحلیل مضمون مقوله‌های اصلی و فرعی شناسایی گردید. در بخش کمی و به‌منظور اعتبارسنجی مدل مفهومی بخش کیفی، از روش تحقیق توصیفی پیمایشی با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق ساخته برگرفته از ۹۹ گویه قسمت کیفی انجام شد. ارزیابی مدل پیشنهادی و تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار PLS و بسته‌ی نرم‌افزاری علوم اجتماعی انجام گرفت.

یافته‌ها: کدگذاری اولیه به روش تحلیل مضمون منتج به شناسایی ۷ مقوله شامل، باور، ارزش، نگرش، هنجار، آداب و رسوم، زبان / ارتباط، عقاید بود که ذیل ۱۶۷ کد مفهوم قرار گرفت. از این تعداد، نهایتاً ۹۹ کد مفهوم مورد تأیید قرار گرفت و مدل مفهومی اولیه پدیدار گشت. نتایج تجزیه و تحلیل‌های بخش کمی هم نشان داد که با توجه به شاخص‌های برازش، الگوی فرهنگ ایمنی بیمار از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد، توجه به فرهنگ بومی هر منطقه و ارزش‌ها، باورها و حتی آداب و رسوم آن منطقه می‌تواند یک ابزار اثربخش در مراعات ایمنی بیمار باشد و نادیده گرفتن آن احتمالاً پیامدهای منفی را بر جای می‌گذارد.

واژگان کلیدی: مدل؛ فرهنگ؛ ایمنی بیمار؛ فرهنگ ایمنی بیمار؛ بیمارستان

ارجاع: کریمی حسین‌آبادی رضا، رشیدپور علی، صادقی مهرداد. طراحی و اعتباریابی مدل ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها (مورد مطالعه: بیمارستان آیت‌اله کاشانی اصفهان). مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۳۷): ۱۴۳۳ – ۱۴۳۹.

مقدمه

ایمنی بیمار به معنای فقدان آسیب قابل پیشگیری برای بیمار در طول فرایند مراقبت بهداشتی و کاهش خطر آسیب‌های غیرضروری مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی به حداقل قابل قبول است (۱). تقریباً ۱۳۴ میلیون عارضه نامطلوب هر ساله در بیمارستان‌های کشورهای کم درآمد و متوسط رخ می‌دهد که سالانه ۲/۶ میلیون مرگ ناشی از مراقبت‌های ناپایمن راجه همراه دارد (۲). از عوامل اصلی مخدوش‌کننده فرهنگ ایمنی بیمار و مسبب آسیب رساندن به بیمار، مشکلات ارتباطی، الگوهای کارکنان، ضعف یا فقدان سیستم‌های گزارش خطا، انتقال دانش

سازمانی، جریان اطلاعات ناکافی، مشکلات فردی، خط مشی‌ها و رویه‌های ناکافی بوده است (۳).

در سال‌های اخیر فرهنگ ایمنی بیمار به یک موضوع بسیار مهم در ارتقاء و بهبود خدمات درمانی کشورها تبدیل شده است. مسائل مربوط به فرهنگ ایمنی بیمار، یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام سلامت تمام کشورها محسوب می‌شود که رعایت آن‌ها می‌تواند تضمین‌کننده‌ی ایمنی بیمار باشد. لذا شناخت این خطرات و اولویت‌بندی آنها به منظور تدوین سیاست‌های مداخله‌ای بنیادین مورد توجه قرار گیرد و به دلیل اهمیت این متغیر، مطالعات بسیاری به مفهوم فرهنگ ایمنی بیمار

۱- دانشجوی دکتری رشته‌ی مدیریت و برنامه‌ریزی امور فرهنگی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه فرهنگ و ارتباطات، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: علی رشیدپور؛ دانشیار، گروه فرهنگ و ارتباطات، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

Email: alirashidpoor@iau.ac.ir

پرداخته و موقعیت آن را که تحت تأثیر عملکرد سیستم درمانی و سازمان‌های سلامت مورد بررسی قرار داده‌اند (۴).

فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، به معنای ایجاد فضایی جهت اجتناب از آسیب‌های بی‌مورد یا بالقوه، مرتبط با خدمات مراقبت سلامت است. بررسی‌ها نشان داده است که خدمات درمانی یکی از پرخطرترین فعالیت‌ها در عرصه خدمات هستند (۵). برآورد کلی نیز حاکی از آن است که به طور متوسط حدود ۱۱ درصد موارد بستری در مراکز درمانی به نوعی از ناحیه این خدمات دچار آسیب می‌شوند که حتی در یک درصد موارد به مرگ بیمار منجر می‌شود. نکته‌ی مهم در خصوص نحوه برخورد با این حوادث، ناخواسته بودن، و قابل پیش‌گیری بودن آن‌ها است.

با توجه به مطالب ذکر شده، در مطالعه‌ی حاضر شناسایی و مدیریت شاخص‌های ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار و تعیین نقطه قوت و ضعف یک بیمارستان با آن، تأثیر مثبتی در بیماران و اعتماد آن‌ها به حوزه سلامت به خصوص در بخش دولتی خواهد داشت. از جمله تأثیرگذاری‌های این مسأله در روحیه‌ی بیمار در بدو ورود و آرامش قلبی خود بیمار و همراهانش می‌باشد. این اعتماد می‌تواند پل ارتباطی بین مردم و مراکز حوزه‌ی سلامت باشد. در اصل، فرهنگ ایمنی بیمار می‌تواند با فراهم کردن محیطی برای طراحی و رفتارهای آگاهانه ایمنی، به کیفیت مراقبت کمک کند، بنابراین بر ساختارها، فرایندها و در نهایت نتایج مراقبت تأثیر می‌گذارد (۶). صرف نظر از تعداد متعدد مطالعات در زمینه عوامل مؤثر بر ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در زمینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی-درمانی، اطمینان از فرهنگ ایمنی بیمار در این محیط‌ها برای افزایش کیفیت مراقبت بسیار مهم است. اکثر مطالعات انجام شده با استفاده از پرسشنامه به بررسی وضعیت موجود و بیان میزان رعایت فرهنگ ایمنی بیمار پرداخته‌اند. ولیکن مطالعه مدون و مبسوطی از طراحی و اعتباریابی مدل ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها یافت نشد با توجه به آنچه بیان شد و از آنجا که ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار پیش‌زمینه کلیه اقدامات در این زمینه خواهد بود، لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف طراحی و اعتباریابی مدل ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها (مطالعه موردی: بیمارستان کاشانی شهر اصفهان) انجام شده است.

روش‌ها

پژوهش حاضر از لحاظ فلسفه پژوهش، در بخش کیفی تفسیری و در بخش کمی اثبات‌گرا است. رویکرد پژوهش استقرایی و راهبرد آن در بخش کیفی تحلیل مضمون می‌باشد. بخش کمی با روش توصیفی-پیمایشی انجام شد. لذا به‌منظور اطمینان یافتن از مرتبط بودن شاخص‌ها و مؤلفه‌های شناسایی‌شده فرهنگ ایمنی بیمار، پرسشنامه تناسب‌سنجی بر اساس یافته‌های حاصل از بخش کیفی طراحی گردید.

اجرای این پژوهش در دو بخش کیفی و کمی و طی هفت مرحله‌ی مطالعه منابع مکتوب، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، مدل‌سازی، پالایش و اعتباریابی مدل اولیه، پیمایش، تحلیل داده‌ها، تبیین مدل نهایی انجام گرفت. در بخش کیفی پژوهش ابتدا مروی سیستماتیک ادبیات انجام گرفت روش گردآوری داده‌ها در این قسمت، کتابخانه‌ای بود که در کتاب‌ها، پایگاه‌های معتبر داخلی و خارجی و نیزمنابع عمومی وسایط‌های معتبر خارجی و داخلی با هدف تعیین اسناد معتبر، موثق و مرتبط در بازه‌ی زمانی مناسب پرداخت. برای بررسی فرهنگ ایمنی بیمار، تحقیقات خارجی از بازه‌ی ۲۰۱۴ تا ۲۰۲۵ و تحقیقات داخلی از بازه‌ی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۴ مورد بررسی قرار گرفت. کلمه‌ی کلیدی برای جستجو در این مرحله عبارت فرهنگ ایمنی بیمار و معادل انگلیسی آن بود. پس از انجام این مرحله اقدام به مصاحبه با خبرگان دانشگاهی بود که به روش هدفمند با معیار دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه‌ی کار در زمینه‌ی مدیریت بیمارستان، کارشناس ایمنی بیمار و مدیر پرستاری داشتن کتاب یا مقاله در زمینه‌ی پژوهش حاضر انتخاب شدند. انتخاب نمونه تا رسیدن به اشباع نظری داده‌ها ادامه یافت.

ابزار گردآوری داده‌ها در قسمت اول فیش و یادداشت و در قسمت دوم مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته بود. پروتکل مصاحبه شامل سؤال‌های متمرکز بر فرهنگ ایمنی بیمار بوده که برای دستیابی به پاسخ مناسب‌تر و دریافت بهتر نظر مصاحبه‌شوندگان در قالب ۵ سؤال نوشته شد طول مدت مصاحبه، ۳۰ الی ۹۰ دقیقه بود و در صورت لزوم، اجازه مصاحبه‌شونده برای افزایش زمان مصاحبه ملاک عمل بود و به مصاحبه‌شونده اختیار داده شد، هر زمان که صلاح بداند؛ از ادامه‌ی مصاحبه اجتناب ورزیده و یا از پاسخ به سؤال‌هایی که متناسب و مناسب نمی‌داند، خودداری نماید. یادداشت‌برداری و ضبط صدا با اجازه‌ی مصاحبه‌شونده انجام و به مصاحبه‌شونده اطمینان داده شد که داده‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه به‌صورت محرمانه و بدون ذکر نام و مشخصات مصاحبه‌شونده باقی خواهد ماند مصاحبه‌ها و متون به روش تحلیل مضمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و یافته‌های بخش کیفی در اختیار خبرگان گذاشته شد و از آنها درخواست گردید تا نظر خود را درباره‌ی مضامین شناسایی شده، مرتبط بودن آنها با هدف‌ها و سؤال‌های پژوهش و صحت نام‌گذاری آنها بر اساس دانش و تجربیات خود اعلام نمایند. پس از گردآوری نظرها و بازخورد خبرگان تغییراتی انجام گرفت. بدین‌صورت که برخی از کدها به‌دلیل وجه اشتراک زیادی که داشتند باهم ادغام شدند، نام چند مضمون پایه اصلاح شد و چند مضمون پایه نیز به‌دلیل اینکه پس از انجام تغییرات، تعدادی مضمون به‌دلیل نامرتب بودن با موضوع حذف شدند.

پس از انجام بخش کیفی، به‌منظور اطمینان یافتن از مرتبط بودن مؤلفه‌های شناسایی‌شده با طراحی مدل فرهنگ ایمنی بیمار و برای

آزمون مدل پیشنهادی و اعتباریابی آن از روش کمی استفاده گردید. در این مرحله، بر اساس یافته‌های گام قبل و مضامین پایه به‌دست‌آمده؛ پرسشنامه‌ای با ۹۹ گویه برای فرهنگ ایمنی بیمار در قلب طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم، بسیار کم) تنظیم و تدوین گردید. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر نمونه‌گیری در دسترس بود. پرسشنامه الکترونیک از طریق فضای مجازی برای جامعه‌ی آماری پژوهش ارسال گردید. جامعه‌ی آماری پژوهش در بخش کمی، شامل پرستاران فعال بیمارستان آیت‌اله کاشانی اصفهان هستند که دارای تخصص در رشته‌های مرتبط با موضوع پژوهش بودند و تعداد آنها حدود ۶۰۰ نفر بود. از این‌رو، حجم نمونه از طریق جدول Morgan & Krejcie، ۲۳۴ نفر برآورد شد و برای حصول اطمینان ۱۰ درصد پرسشنامه بیشتر توزیع شده که در نهایت پس از اینکه پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد، تعداد ۲۳۵ پرسشنامه صحیح برای تجزیه و تحلیل در دست پژوهشگر قرار گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های کمی از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌های آماری در پژوهش حاضر با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ (IBM Corporation, version 26, Armonk, NY) انجام شد. همچنین با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی با نرم‌افزار Smart PLS نسخه‌ی ۳ به تجزیه و تحلیل مدل مفهومی و تأیید آن اقدام گردید.

یافته‌ها

پژوهش حاضر با هدف طراحی الگوی ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها در دو سطح کیفی و کمی انجام شد. در قسمت کیفی پژوهش از سنت نظریه‌ی تحلیل مضمون استفاده شد. محیط پژوهش در این قسمت در بیمارستان، شامل خبرگان و صاحب‌نظران که دارای حداقل ۵ سال سابقه‌ی کار در زمینه‌ی مدیریت بیمارستان، کارشناس ایمنی بیمار و مدیرپرستاری بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند غیرتصادفی و روش گلوله برفی انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در قسمت کیفی مصاحبه نیمه‌ساختارگرا بود.

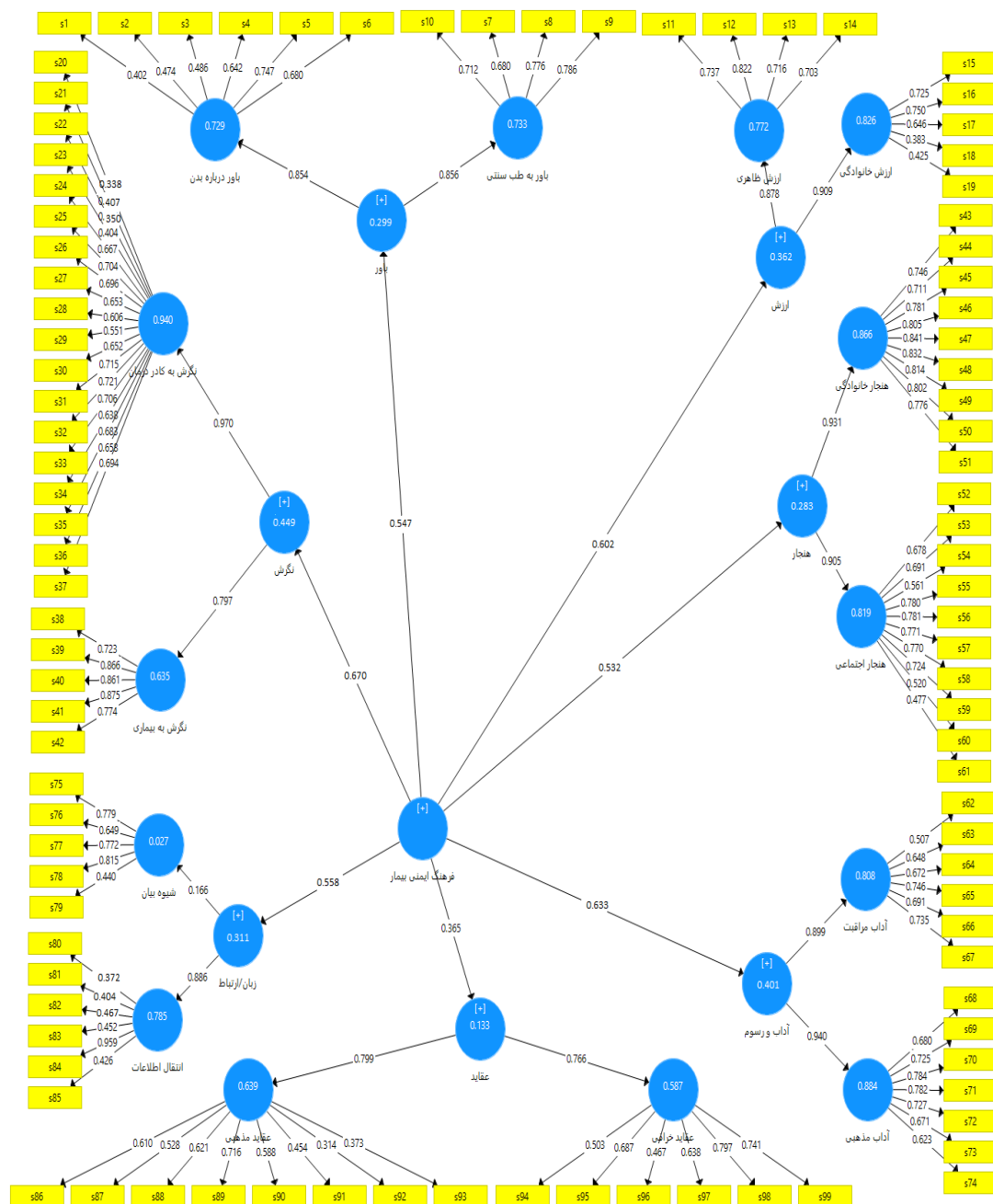
بر اساس اصل اشباع نظری، نمونه‌گیری با ۲۰ نفر و سطح اشباع ۸۰ درصد خاتمه یافت و داده‌ها در دو مرحله تحلیل شد. در مرحله اول ۱۶۷ کد باز یا مفهوم به دست آمد. نهایتاً تعداد ۹۹ کد مفهوم مورد تأیید قرار گرفت. در این قسمت به منظور دست‌یابی به اعتماد مورد نیاز از تکنیک اعتبار یابی توسط اعضا استفاده شد. در قسمت کمی پژوهش، از روش تحقیق توصیفی از نوع پیمایشی استفاده شد. به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۳۵ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در این پژوهش ۱۱۰ کتاب، مقاله و پایان‌نامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

مضامین در پنج بخش و مضمون کلان؛ فرهنگ ایمنی بیمار مورد شناسایی قرار گرفته و استخراج گردید. به دلیل این که بخش قابل‌توجهی از منابع مکتوب بین‌المللی و حتی داخلی، بیشتر بر جنبه‌های عمومی ایمنی بیمار متمرکز بودند و به‌ویژه بر ابعاد مدیریتی، فرایندی و استانداردهای کلی تأکید داشتند و در نتیجه، آنچه در این متون کمتر مورد توجه قرار گرفته بود، بعد فرهنگی خاص هر جامعه و به‌ویژه زمینه فرهنگی ایران در ارتباط با ایمنی بیمار بود از رویکرد مصاحبه هم استفاده شد. به همین منظور، ۲۰ مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با متخصصان و صاحب‌نظران حوزه سلامت و ایمنی بیمار انجام شد. این خبرگان با تجربه‌ی عملی و علمی خود، قادر بودند ابعاد مغفول فرهنگ ایمنی بیمار را روشن سازند و نکات ظریفی را که در ادبیات پژوهشی موجود کمتر به آن‌ها پرداخته شده بود، آشکار کنند. بدین ترتیب، داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها نه تنها موجب غنی‌تر شدن یافته‌ها شدند، بلکه امکان بومی‌سازی چارچوب نظری و عملی تحقیق را نیز فراهم ساختند. در نتیجه، ترکیب داده‌های به‌دست‌آمده از ۱۱۰ مقلله و پایان‌نامه با یافته‌های ۲۰ مصاحبه، به پژوهش این قابلیت را بخشید که هم از پشتوانه‌ی علمی گسترده برخوردار باشد و هم از عمق فرهنگی و محلی لازم برای درک بهتر واقعیت‌های ایمنی بیمار در ایران. این رویکرد ترکیبی، جامعیت، اعتبار و کاربردی‌پذیری نتایج تحقیق را به‌طور معناداری افزایش داد.

در مرحله‌ی نخست، مضامین به طور مستقیم از جملات برگرفته شد و پژوهشگر در محتوای آنها دخل و تصرفی نداشته است. در مرحله‌ی دوم، پژوهشگر مفاهیم معنادار از این جملات را استخراج نمود در مجموع ۳۲۹ عبارت در ۱۰۸ کد استخراج شد در مرحله‌ی سوم، محقق مضامین مستخرج از مراحل ۱ و ۲ را که شبیه به هم هستند و موضوع مشابهی دارند را متناسب با موضوع مفاهیم، در ذیل کد مفاهیم اولیه طبقه‌بندی نموده و به صورت خوشه‌های معنایی تنظیم نمود. ۱۶۷ خوشه‌های معنایی استخراج شد. در مرحله‌ی چهارم، اقدام به تلخیص داده‌ها شده و مضامین مشابه و تکراری را با یکدیگر تلفیق و خلاصه شد و بر اساس مشابهت‌های کاربردی مفاهیم اولیه، هر چند مفهوم در یک دسته به نام مفاهیم فرعی قرار گرفت. در مرحله‌ی پنجم، مضامین یکپارچه‌کننده حاصل از تلخیص و تلفیق مضامین کلیدی مشترک به دست آمده است و در پایان بر مبنای ادبیات پژوهش و اهداف تحقیق، مضامین کلان نام‌گذاری و مشخص گردیده است یافته‌های پژوهش در بخش کیفی نشان داد مقولات اصلی که به‌نوعی الگوی ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها را شکل می‌دهند عبارتند از: باور، ارزش، نگرش، هنجار، آداب و رسوم، زبان/ارتباط، عقاید بود. سپس بر اساس آن یک پرسشنامه ۹۹ سؤالی استخراج و جهت گردآوری

داده‌ها منتشر شد. در این قسمت ۲۳۵ نفر از افراد شاغل در حوزه‌ی ایمنی بیمار و مدیریت در بیمارستان مشارکت داشتند. ۷۷/۴ درصد از آن‌ها مؤنث و ۲۲/۶ درصد مذکر بودند. ۷۱/۵ درصد در رنج سنی ۴۱ تا ۵۰ سال بودند و ۷۹/۱ درصد نیز از نظر تحصیلات دارای مدرک کارشناسی بودند. برای بررسی روایی ساختاری سازه نظری فرهنگ ایمنی بیمار از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. در مدل معادلات ساختاری میزان رابطه متغیر مشاهده شده و متغیر پنهان توسط بارهای عاملی استاندارد شده اندازه‌گیری می‌شود. هر چه بار

عاملی بیشتر باشد سهم آن متغیر مشاهده شده در سازه متغیر پنهان بیشتر است. با توجه به شکل (۱)، بر اساس بارهای عاملی، نگرش (با ضریب بار عاملی ۰/۶۷۰) دارای بیشترین تأثیر روی الگوی فرهنگ ایمنی بیمار و مقوله‌های آداب و رسوم (با ضریب بار عاملی ۰/۶۳۳)، ارزش (با ضریب بار عاملی ۰/۶۰۲)، زبان و ارتباط (با ضریب بار عاملی ۰/۵۵۸)، باور (با ضریب بار عاملی ۰/۵۴۷)، هنجار (با ضریب بار عاملی ۰/۵۳۲)، عقاید (با ضریب بار عاملی ۰/۳۶۵) به ترتیب در اولویت‌های بعدی قرار دارند.



شکل ۱: ضرایب بارهای عاملی

(۹)، افشاری و همکاران (۱۰) و Churruca و همکاران (۱۱) بود. نتایج تحقیق Bagherzadeh و همکاران نشان دادند که علاقه به رشته‌ی پرستاری ارتباط آماری مثبت و معنی‌دار با فرهنگ ایمنی بیمار داشت. دیگر متغیرهای دموگرافیک و شغلی با فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط آماری معنی‌دار نداشتند. با توجه به متوسط بودن سطح فرهنگ ایمنی، بررسی راهکارهای ارتقاء شاخص‌های دوازده‌گانه فرهنگ ایمنی باید در دستور کار مدیران قرار گیرد (۹).

نتایج مطالعه‌ی افشاری و همکاران نشان داد که نیاز به توجه بیشتر به فرهنگ ایمنی بیمار در زمینه‌های مختلف احساس شد. این مطالعه به اهمیت تقویت انتظارات و اقدامات سوپروایزرها یا مدیران واحدها در راستای بهبود ایمنی، تقویت ارتباطات و ارائه بازخورد مناسب در مورد خطاها، افزایش تناوب گزارش‌دهی حوادث، بهبود کار تیمی بین بخشی و همچنین واکنش غیرتنبیهی به خطاها اشاره داشت (۱۰).

نتایج مطالعه‌ی Churruca و همکاران نشان داد که حوزه‌های حیاتی ایمنی بیمار شامل کار تیمی بین واحدها، انتظارات و اقدامات سرپرست یا مدیر برای ارتقای ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی- بهبود مستمر، تصورات کلی از ایمنی بیمار، بازخورد و ارتباط در مورد خطا، باز بودن ارتباطات، فراوانی رویدادهای گزارش شده در ۱۲ ماه گذشته، کار تیمی در میان واحدها، پاسخ غیرتنبیهی به خطاها می‌باشد که همگی نیازمند بهبود بودند (۱۱).

در پاسخ به این پرسش که «مدل مناسب فرهنگ ایمنی بیمار کدام است؟»، تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها و ۱۱۰ متن و مقاله نشان داد که ابعاد و مؤلفه‌های فرهنگ ایمنی بیمار، در قالب ۷ مقوله‌ی اصلی و ۱۴ مقوله‌ی فرعی قابل تحلیل است. مقوله‌ی اصلی باور، دو مؤلفه‌ی معنایی یا مقوله‌ی فرعی باور درباره‌ی بدن و باور به طب سنتی را در بر می‌گیرد. نتایج این بخش پژوهش همسو با مطالعه‌ی Abdelallem و همکاران بود که نشان دادند باورها، نگرش‌ها، ادراکات، شایستگی‌ها و الگوهای رفتاری فردی و گروهی همگی به فرهنگ ایمنی بیمار کمک می‌کند (۱۲).

هنگام اجرای مداخلات برای ارتقای ایمنی بیمار و فرهنگ گزارش‌دهی در بیمارستان‌ها، سیاست‌گذاران، مدیران بیمارستان‌ها و مدیران پرستاری باید یافته‌های فعلی را در نظر بگیرند. یک مداخله‌ی چندبعدی با توجه به بسیاری از عناصر فرهنگ ایمنی بیمار و ادغام سطوح مختلف سازمانی باید برای افزایش ایمنی بیمار و فرهنگ بدون سرزنش اجرا شود. بر این اساس، می‌توان گفت که مقوله‌ی باور در فرهنگ ایمنی بیمار یکی از جنبه‌های اساسی است که می‌تواند تأثیرات عمیقی بر رفتار بیمار و تعاملات او با تیم درمانی داشته باشد. این مقوله به‌ویژه از طریق دو مؤلفه‌ی فرعی خود، یعنی باور درباره‌ی بدن و باور به طب سنتی، به شکل‌گیری رفتارهای ایمن و یا غیرایمن در محیط درمانی کمک می‌کند.

در مدل ساختاری ترسیم شده برای انجام تحلیل عاملی این مطالعه، مقادیر شاخص‌های الفای کرونباخ در مقوله‌های آداب مذهبی، آداب مراقبت، ارزش خانوادگی، ارزش ظاهری، انتقال اطلاعات، باور به طب سنتی، باور درباره‌ی بدن، شیوه‌ی بیان، عقاید خرافی، عقاید مذهبی، نگرش به بیماری، نگرش به کادر درمان، هنجار اجتماعی، هنجار خانوادگی به ترتیب برابر ۰/۸۳۹، ۰/۷۵۱، ۰/۷۵۳، ۰/۷۳۲، ۰/۷۲۷، ۰/۷۲۳، ۰/۸۲۰، ۰/۷۵۵، ۰/۷۱۸، ۰/۸۳۱، ۰/۸۷۸، ۰/۸۸۴، ۰/۸۶۷، ۰/۹۲۵ محاسبه گردید که همگی در سطح مناسبی می‌باشند. برای شاخص پیلایی ترکیبی (Rho c) به ترتیب مقادیر ۰/۸۷۹، ۰/۸۲۹، ۰/۷۳۰، ۰/۸۳۳، ۰/۵۲۹، ۰/۸۲۸، ۰/۷۴۹، ۰/۸۲۶، ۰/۸۰۹، ۰/۷۵۷، ۰/۹۱۲، ۰/۹۰۳، ۰/۸۹۶، ۰/۹۳۷ محاسبه گردید که در سطح مناسب و قابل قبولی قرار دارند و مقادیر مربوط به روایی همگرا (AVE) به ترتیب ۰/۵۱۱، ۰/۴۵۰، ۰/۵۶۷، ۰/۵۵۶، ۰/۵۳۴، ۰/۵۴۷، ۰/۵۴۳، ۰/۴۹۷، ۰/۵۲۲، ۰/۵۹۲، ۰/۶۷۶، ۰/۵۶۴، ۰/۵۶۸، ۰/۶۲۵ محاسبه گردید که در سطح مناسب و قابل قبولی قرار دارند. بنابراین درمجموع برازش مدل مناسب ارزیابی می‌گردد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد مقدار آزمون کمتر از ۰/۰۰۱ می‌باشد و در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. همچنین شاخص‌های صحت مدل مناسب بودن الگوی پژوهش را تأیید می‌کند.

بحث

ایمنی بیمار، بیانگر یکی از مهم‌ترین چالش‌های بین‌المللی بخش سلامت است که تمامی کشورها را در سطوح توسعه‌یافتگی مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد. سازمان جهانی بهداشت از سال ۲۰۰۴ با مطرح نمودن ضرورت «اتحاد بین‌المللی برای ایمنی بیمار» و تشکیل انجمنی به همین نام، بر اهمیت این مقوله تأکید نمود. هدف از این کار، تجمع تلاش‌های گسترده‌ی بین‌المللی در زمینه‌ی ایمنی بیمار و حرکت به سوی ایمن‌سازی بیشتر مراقبت‌های درمانی در کشورهای عضو بود (۷).

صاحب‌نظران بر این عقیده هستند که سازمان‌های درمانی به منظور بهبود کیفیت و ارتقای ایمنی بیمار بایستی در کنار مداخلات ساختاری مختلف، جو و فرهنگ ایمنی بیمار را نیز در میان کارکنان خود بوجود آورند (۸). در پاسخ به این پرسش که «ابعاد و مؤلفه‌های فرهنگ ایمنی بیمار چگونه است؟»، تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها و ۱۱۰ متن و مقاله نشان داد که ابعاد و مؤلفه‌های فرهنگ ایمنی بیمار، در قالب ۱۶۷ کد باز یا مفهوم به دست آمد که نهایتاً تعداد ۹۹ کد مفهوم مورد تأیید قرار گرفت که شامل ۷ مقوله‌ی اصلی و ۱۴ مقوله‌ی فرعی و ۹۹ گویه قابل دسته‌بندی است. این مقولات اصلی و مقولات فرعی در تعامل با یکدیگر، ابعاد و مؤلفه‌های فرهنگ ایمنی بیمار در حوزه بیمارستان را شکل می‌دهند. نتایج این بخش پژوهش همسو با تحقیقات Bagherzadeh و همکاران

نتیجه‌گیری

فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان مجموعه‌ای از ارزش‌ها، نگرش‌ها، رفتارها و باورهای مشترک در محیط‌های درمانی تعریف می‌شود که هدف آن کاهش خطاهای پزشکی و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامت است. این فرهنگ نقش کلیدی در تضمین سلامت بیماران و ایجاد محیطی امن و حمایت‌گر برای ارائه‌ی خدمات درمانی ایفا می‌کند و بعنوان زیرساختی حیاتی برای بهبود مستمر فرایندهای درمانی شناخته می‌شود. در این پژوهش، کدگذاری اولیه داده‌ها منجر به شناسایی ۷ مقوله اصلی شد که هریک با زیرمقوله‌های مرتبط خود، ابعاد گوناگون فرهنگ ایمنی بیمار را بطور جامع تبیین می‌کنند. مقوله‌ی باور با زیرمقوله‌های باور درباره‌ی بدن و باور به طب سنتی نشان داد که باورهای بیماران نقش مهمی در پذیرش و تعامل با فرایندهای درمانی دارند و درک این باورها برای ارتقاء ایمنی بیمار ضروری است. مقوله ارزش نیز با تمرکز بر ارزش ظاهری و ارزش خانواده، اهمیت توجه به هویت فردی و حمایت خانوادگی را در ایجاد محیطی امن و تقویت تعاملات درمانی برجسته می‌سازد.

با توجه به اینکه مدل طراحی شده منطبق بر فرهنگ بومی طراحی شده و از نظر تناسب و سازگاری نسبت به مدل‌هایی که از قبل موجود هستند و اغلب از سایر جوامع اقتباس شده‌اند به وزارت بهداشت توصیه می‌شود که از این مدل برای ارزیابی‌های دوره‌ای فرهنگ ایمنی بیمار استفاده نماید. بدین ترتیب که خروجی مدل در

قالب یک فرم استانداردسازی شده طراحی و به بخش‌های مربوطه ابلاغ گردد تا در ارزیابی‌های آتی بیمارستان‌ها از آن بهره گرفته شود. یکی از محدودیت‌های اساسی این پژوهش، محدود بودن جامعه‌ی آماری به بیمارستان کاشانی شهر اصفهان است. اگرچه اصفهان به عنوان یکی از کلان شهرهای ایران از زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی نسبتاً توسعه‌یافته‌ای برخوردار است، اما شرایط خاص فرهنگی، مدیریتی، ساختاری و منابع انسانی در این شهر ممکن است با سایر شهرهای کشور تفاوت‌هایی اساسی داشته باشد. این تفاوت‌ها می‌تواند بر نحوه درک، اجرا و ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار تأثیرگذار باشند. بنابراین، تعمیم نتایج و الگوی طراحی‌شده به بیمارستان‌های سایر شهرها و مناطق کشور باید با احتیاط انجام گیرد. وجود ملاحظات فرهنگی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است که احتمالاً بر روی پاسخ‌های پرسشنامه ممکن است اثرات هر چند اندکی داشته باشد که در نهایت احتمال ایجاد انحراف اندکی در نتایج را در پی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه به شماره ۱۳۶۲ می‌باشد که در دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) تصویب و بدون حمایت مالی به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات کلیه همکاران و مسئولین بیمارستان‌های منتخب و افرادی که در انجام تحقیق یاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1. Akbari R, Zarei E, Gholami A, Mousavi H. A survey of patient safety culture: a tool for improving patient safety in healthcare providers service organizations [in Persian]. Iran Occupational Health 2015; 12(4): 76-88.
2. Behzad I, Mousavi E. Patient safety culture and spiritual health in the operating room: An Iranian exploratory qualitative study. J Relig Health 2023; 62(4): 2359-74.
3. Alabdaly A, Debono D. Relationship between patient safety culture and patient experience in hospital settings: a scoping review protocol. BMJ Open. 2021; 11(5): e049873.
4. Farokhzadian J, Dehghan Nayer N. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. BMC Health Serv Res 2018; 18(1): 654.
5. Hiromi Hori Okuyama J, Freire Galvão T. Health professionals' perception of patient safety culture in a university hospital in São Paulo: A cross-sectional study applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture. Sao Paulo Med J 2019; 137(3): 216-22.
6. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
7. Lu L, Ko Y, Chen H. Patient safety and staff well-being: organizational culture as a resource. Int J Environ Res Public Health 2022; 19(6): 3722.
8. Sarhadi M, Soltani nejad S, Arbozia M, Moein H. The challenges in patient safety culture and its solutions [in Persian]. Journal of Medical Council of Iran 2023; 41(2): 134-42.
9. Bagherzadeh J, Dehghan Nayer N. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. BMC Health Serv Res 2018; 18(1): 654.
10. Afshari A, Piruzi M, Afshari S, Hejab K. Patient safety culture assessment in Seidolshohada hospital of Semirom [in Persian]. IJNR 2016; 11(1): 1-8.
11. Churrua K, Ellis Louise A, Pomare C. Dimensions of safety culture: a systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. BMJ Open 2021; 11(7): e043982.
12. Abdelaliem S, Ahmed Alsenany S. Factors Affecting Patient Safety Culture from Nurses' Perspectives for Sustainable Nursing Practice. Healthcare (Basel). 2022; 10(10): 1889.

Design and Validation of Patient Safety Culture Evaluation Model in Hospitals (Case Study: Ayatollah Kashani Hospital, Isfahan)

Reza Karimihosseiniabadi¹, Ali Rashidpoor², Mehrdad Sadeghi²

Original Article

Abstract

Background: The present study was conducted with the aim of presenting a model for evaluating patient safety culture in hospitals.

Methods: This research was conducted as a mixed-methods study, employing both qualitative and quantitative approaches. In the qualitative part, purposive sampling was performed and, using semi-structured in-depth interviews until reaching theoretical saturation, data collection concluded with 17 participants and a review of 110 texts and articles. The main and sub-categories were identified using thematic analysis. In the quantitative part, for the purpose of validating the conceptual model from the qualitative phase, a descriptive survey research method was used with a researcher-made questionnaire derived from the 99 items identified in the qualitative part. The proposed model was evaluated, and data were analyzed using structural equation modeling, PLS software, and the social sciences software package.

Findings: Initial coding using the content analysis method resulted in the identification of 7 categories, including belief, value, attitude, norm, customs, language/communication, and ideas, which were classified under 167 concept codes. From these, 99 concept codes were ultimately confirmed, and the initial conceptual model emerged. The results of the quantitative analysis also showed that, according to the fit indices, the patient safety culture model has a good fit.

Conclusion: The results of the present study showed that paying attention to the local culture of each region and its values, beliefs, and even customs can be an effective tool in observing patient safety, and ignoring them will likely have negative consequences.

Keywords: Model; Culture; Patient safety; Patient safety culture; Hospital

Citation: Karimihosseiniabadi R, Rashidpoor A, Sadeghi M. **Design and Validation of Patient Safety Culture Evaluation Model in Hospitals (Case Study: Ayatollah Kashani Hospital, Isfahan).** J Isfahan Med Sch 2026; 43(837): 1433-9.

1- PhD Student, Department of Culture and Communication, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Culture and Communication, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Ali rashidpoor, Associate Professor, Department of Culture and Communication, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran; Email: alirashidpoor@iau.ac.ir