

تقييم إجراءات سلامة المرضى من وجهة نظر الكادر التمريضي العامل في مستشفى اللاذقية الجامعي

آلاء ديب ***

سلاف حمود **

منال جردي *

(الإيداع: 12 تشرين الثاني 2025، القبول: 29 آذار 2026)

الملخص:

تعتبر سلامة بيئة المستشفى عموماً من المحاور المهمة لسلامة المرضى، وتمثل سلامة البيئة حجر الزاوية في الرعاية الصحية المقدمة في المستشفى، كونه المكان الذي يقصد للشفاء والمكان المفترض أن يكون على أعلى مستوى من الأمن والسلامة والصحة والذي يتوجب على مديري المستشفيات تحسين مستواها، من أجل الارتقاء بالأداء التمريضي والطبي ونوعية وسلامة الخدمات المقدمة إلى المرضى من خلال تأمين المحيط الذي يعمل فيه الكادر الصحي.

إلى تقييم إجراءات سلامة المرضى في مستشفى اللاذقية الجامعي من وجهة نظر الكادر التمريضي. طبقت الدراسة وفق المنهج الوصفي على عينة شملت 214 ممرضة تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة في أقسام الداخلية والجراحة والعيادات في مستشفى اللاذقية الجامعي، في العام 2024. تصنف النسبة الأعلى من أفراد العينة 72.20% بأن فريق العمل و التعليم التنظيمي ضمن المستوى المتوسط، وحوالي ثلاثة أرباع العينة بنسبة 72.83% يرون أن الاستجابة و التواصل حول الأخطاء و التواصل المنفتح متوسطاً، ومستوى الإشراف و الدعم المقدم لإجراءات سلامة المرضى متوسطاً بنسبة 71.14%، وبالنسبة لتقارير الأحداث المتعلقة بسلامة المرضى و التسليم و تبادل المعلومات كان متوسطاً.

مستوى إجراءات سلامة المرضى في مستشفى اللاذقية متوسطاً من وجهة نظر الكادر التمريضي، لذلك يوصى بالتخطيط لرفعها وتحسينها بتطبيق البرامج التدريبية المناسبة وتوفير الموارد اللازمة لذلك .

الكلمات المفتاحية: سلامة المرضى، إجراءات سلامة المرضى، التمريض.

* أستاذ مساعد في قسم الإدارة في التمريض، كلية التمريض، جامعة اللاذقية، اللاذقية، سوريا.

** أستاذ مساعد في قسم التمريض النفسي والصحة العقلية، كلية التمريض، جامعة اللاذقية، اللاذقية، سوريا.

*** طالبة دكتوراه، قسم الإدارة في التمريض، كلية التمريض، جامعة اللاذقية، اللاذقية، سوريا.

Evaluation of patient safety procedures from the point of view of the nursing staff working at Latakia University Hospital

Manal Jurdi*

Solaf Hamoud**

Aalaa Deep***

(Received: 12 November 2025 , Accepted: 29 March 2026)

Abstract:

The safety of the hospital environment is generally considered one of the important axes of patient safety, and environmental safety is the cornerstone of the health care provided at the hospital, as it is the place where recovery is intended and the place is supposed to be at the highest level of security, safety and Health, which hospital managers must improve, in order to improve nursing and medical performance and the quality and safety of services provided to patients by securing the environment in which the health staff works. The current study to evaluate the patient safety procedures at Latakia University Hospital from the point of view of the nursing staff. the study was applied according to the descriptive method on a sample of 214 nurses selected by the sample method available in the Departments of internal medicine, surgery and clinics at Latakia University Hospital, in the year 2024. **Results:** the highest percentage of respondents (72.20%) rate the work team and organizational education as average, about three quarters of the sample (72.83%) consider the response and communication about errors and open communication to be average, the level of supervision and support provided for patient safety procedures to be average (71.14%), and for reports of events related to patient safety, delivery and information exchange to be average. **Conclusion:** the level of patient safety procedures at Latakia hospital is average from the point of view of the nursing staff, **recommendations:** therefore, it is recommended to plan to raise and improve them by applying appropriate training programs and providing the necessary resources for this.

Keywords: patient safety, patient safety procedures, nursing.

*Assistant professor - Department of nursing administration , Faculty of Nursing, Latakia University, Latakia, Syria

**Assistant professor - Department of psychiatric and mental health nursing , Faculty of Nursing, Latakia University, Latakia, Syria .

***doctoral Student-Department of Nursing Administration, Faculty of Nursing, Latakia University, Latakia, Syria .

المقدمة: Introduction

تظل سلامة المرضى مصدر قلق عالمي بالغ الأهمية للرعاية الصحية ، حيث يتعرض ما يقرب من 1 من كل 10 مرضى من الأذى أثناء الرعاية في المستشفى ، وتحدث أكثر من 3 ملايين حالة وفاة سنوياً بسبب ممارسات الرعاية غير الآمنة .من بين تدابير سلامة المرضى المختلفة ، يقف تحديد المريض الدقيق كشرط أساسي لتقديم خدمات رعاية صحية آمنة وعالية الجودة [1]

يعرف معهد الطب (Institute of Medicine) سلامة المرضى بأنها الوقاية من الأذى الذي قد يلحق بالمرضى أثناء تقديم الرعاية الصحية، حيث يُقصد بالضرر أي إصابة أو أذى غير مقصود، سواء كان قابلاً للوقاية أو غير قابل لها، وينتج عن الرعاية الصحية وليس عن الحالة المرضية الأساسية للمريض. ويركز هذا المفهوم على ثلاثة محاور رئيسية تتمثل في منع الأخطاء قبل وقوعها، والتعلم من الأخطاء عند حدوثها، وتعزيز ثقافة السلامة التي تشمل العاملين في المجال الصحي والمؤسسات الصحية والمرضى على حد سواء. [2,3]

كما يمكن تعريف سلامة المرضى بأنها تقليل مخاطر الضرر غير الضروري المرتبط بالرعاية الصحية إلى أدنى مستوى مقبول، وذلك من خلال منظومة متكاملة من القيم والسلوكيات الفردية والتنظيمية. وتُعد ثقافة السلامة أحد المكونات الجوهرية في هذا السياق، إذ تعكس القيم والمواقف والتصورات والمهارات وأنماط السلوك التي تحدد مدى التزام المؤسسات الصحية بتوفير بيئة عمل آمنة ورعاية صحية مأمونة. [4]

تشير تقارير منظمة الصحة العالمية [5]، إلى أن عشرات الملايين من المرضى حول العالم يتعرضون سنوياً لإصابات أو مضاعفات خطيرة مرتبطة بالأخطاء أو أوجه القصور في تقديم الرعاية الصحية. وتُصنّف أحداث سلامة المرضى إلى أحداث قريبة من الخطأ، أو أحداث لم تُسبب ضرراً، أو أحداث ضارة تسببت بأذى فعلي للمريض، الأمر الذي يؤكد الحاجة الملحة إلى تعزيز أنظمة الإبلاغ والتعلم من الأخطاء. [6,7]

يجب أن يكون تحسين سلامة المرضى شاملاً. وتحقيقاً لهذه الغاية ، ينبغي أن تغطي بعدد للسلامة-التقنية والوظيفية. البعد التقني يفهم على أنه الاحتراف في تطبيق مكونات السلامة، يتعلق الأمر بمكونات السلامة مثل التعليم ، والمهارات العملية ، وخبرة العاملين في المجال الطبي ، وعدد الموظفين الطبيين الذين تم توزيعهم وفقاً للحالة الصحية وعدد المرضى ، والظروف الصحية التي يقيم فيها المرضى ، وظروف تخزين الأدوية ، والحالة الفنية للأجهزة والمعدات الطبية .ومع ذلك ، فإن ضمان السلامة في هذا البعد لا يضمن عدم تعرض المريض للأذى .من المهم بنفس القدر ضمان السلامة في البعد الوظيفي ، والذي يفهم على أنه احترافية العلاقة .يتعلق هذا البعد بالتواصل المفهوم على نطاق واسع مع المريض وقد يتضمن مكونات مثل: النقل المفهوم للمعلومات ، وإظهار التعاطف والتفاهم ، وتكريس الوقت والاهتمام للمريض أو السؤال عن احتياجاته .إن أخذ هذين البعدين في الاعتبار في إدارة مخاطر الأحداث السلبية، يوفر الأساس لتحقيق تحسن كبير في هذه الحالة بالذات لجودة سلامة المرضى [8,9].

الدراسات السابقة:

قامت دراسة Lucilena Françolin, 2015 بتقييم إجراءات إدارة سلامة المرضى من منظور الممرضات في سبعة مستشفيات. ووجدت أن 100% من المستشفيات لديها أنظمة إخطار بالحوادث السلبية، وأن 71.4% لديها لجان لإدارة المخاطر. أدت المناقشات حول الأحداث السلبية إلى تغييرات إيجابية في سلامة المرضى. ومع ذلك، كان الخوف من العقاب ونقص الإبلاغ عن الأحداث من القضايا الهامة. تسلط النتائج الضوء على الحاجة إلى سياسات تنظيمية تشجع على إعداد التقارير وتعزز ثقافة غير عقابية لتعزيز إدارة سلامة المرضى [10].

أجريت دراسة في البرازيل Tavares et al., 2018، هدفت إلى تقييم ثقافة سلامة المرضى من منظور فريق التمريض في أحد المستشفيات، وذلك باستخدام استبيان Hospital Survey on Patient Safety Culture على عينة مكونة من

221 من أفراد الكادر التمريضي. وأظهرت نتائج الدراسة أن ثقافة سلامة المرضى كانت في مرحلة تطور معتدل، حيث تراوحت نسب الاستجابات الإيجابية بين (33.0%) و(69.6%). وتمثلت نقاط القوة في بعدي التعلم المؤسسي والعمل الجماعي، في حين برزت نقاط الضعف في مجالات التحويلات الداخلية، وتسليم المناوبات، وضعف الإبلاغ المتكرر عن الأحداث المتعلقة بسلامة المرضى. وعلى الرغم من أن فريق التمريض قيم الرعاية المقدمة على أنها آمنة نسبياً، إلا أنهم أكدوا على ضرورة تحسين جميع أبعاد سلامة المرضى لتعزيز مستوى الأمان وتقليل الأحداث السلبية، لا سيما في رعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة [11].

تشير الدراسات الميدانية الحديثة كدراسة *Khmaiesh et al., 2017* إلى انتشار مظاهر ثقافة سلامة المرضى بدرجات متفاوتة في بيئات صحية متنوعة. في الأردن، وجدت دراسة مقطعية أن ممرضات وممرضين في مراكز الرعاية الصحية الأولية قد قدروا أبعاد ثقافة سلامة المرضى إيجابياً بنسب تراوحت بين 58.54% و75.63%، مع وجود ضعف في تصور الإدارة لسلامة المرضى. [12]

كما أظهرت دراسة *Tlili et al., 2020*، في تونس على 30 مركز رعاية أولية أن العمل الجماعي داخل الوحدات هو البعد الأقوى، بينما كانت نسب الإبلاغ عن الأحداث والاستجابة غير العقابية للأخطاء ضعيفة، مما يستدعي تحسينات مؤسسية في ثقافة السلامة. [13]

أجريت العديد من الدراسات حول العالم لتقييم إجراءات سلامة المرضى من وجهة نظر الكادر . و حتى الآن لا توجد دراسة في سوريا. لذلك أجري هذا البحث لأنه يساعد على تقليل الأخطاء وتعزيز ثقافة السلامة. بالإضافة إلى ذلك، تؤدي السلوكيات التخريبية والممارسات السيئة بين بعض الممرضين المهنيين إلى تعريض سلامة المرضى للخطر، مما يستلزم الاستثمار الإداري في طاقم التمريض لتعزيز جودة الرعاية ونتائج السلامة ، بالإضافة إلى ذلك يساهم البحث في إغناء المعرفة العلمية و فتح المجالات للبحث المستقبلي حول هذا الموضوع.

أهمية الدراسة: Significance of the study

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خلال سعيها إلى تقييم إجراءات السلامة في مستشفى اللاذقية الجامعي من وجهة نظر الكادر التمريضي، الذي يعد حجر الزاوية في تطبيق هذه الإجراءات على أرض الواقع، و تكمن الأهمية في الجوانب التالية: علمياً: تسد الدراسة الفجوة المحلية المتعلقة بسلامة المرضى و العاملين في القطاع الصحي السوري، مقدمة بيانات أساسية يمكن البناء عليها في دراسات لاحقة.

تطبيقياً: ستقدم النتائج تشخيصاً دقيقاً لنقاط القوة و الضعف في منظومة السلامة، مما يمكن إدارة المستشفى و الجهات المعنية من توجيه الموارد ووضع خطط تحسين مستهدفة و فعالة، تنعكس إيجاباً على جودة الرعاية المقدمة و حماية كل ن المرضى و الكادر الصحي.

هدف الدراسة: Purpose of the study

تقييم إجراءات سلامة المرضى في مستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر الكادر التمريضي.

سؤال البحث: Research question

ما هو مستوى إجراءات سلامة المرضى في مستشفى تشرين الجامعي من وجهة نظر الكادر التمريضي ؟

المواد و طرائق البحث: Materials and Methods

تصميم البحث:

تم استخدام المنهج الوصفي

مكان وزمان البحث:

جمعت البيانات في الفترة الزمنية الممتدة من شهر أيار عام 2024 حتى شهر تموز عام 2024 في مستشفى اللاذقية الجامعي.

عينة البحث:

شملت الدراسة 214 ممرضة تم اختيارهم بطريقة العينة المتاحة ضمن أقسام الداخلية والجراحة والعيادات في مستشفى اللاذقية الجامعي.

أدوات البحث:

تم جمع بيانات هذه الدراسة باستخدام أداة مكونة من جزئين:

الجزء الأول: استمارة جمع البيانات الديموغرافية و تتألف من: العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخبرة، اتباع دورات سابقة.

الجزء الثاني: أداة جمع البيانات لهذه الدراسة باستخدام مقياس (Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS [14]، حيث تمت ترجمته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية بشكل دقيق للحفاظ على المعنى الأصلي للمفاهيم والمصطلحات، والذي يتضمن 33 سؤال ويتوزع ضمن الأبعاد التالية:

- فريق العمل ووتيرة العمل والتعليم التنظيمي: 10 أسئلة
- الاستجابة للأخطاء، التواصل حول الأخطاء والتواصل المنفتح: 10 أسئلة
- الإشراف، والدعم المقدم لإجراءات سلامة المرضى ودعم إدارة المستشفى لسلامة المرضى: 6 أسئلة
- تقارير الأحداث المتعلقة بسلامة المرضى وعمليات التسليم وتبادل المعلومات: 5 أسئلة

بالإضافة لسؤالين حول عدد الأحداث المسجلة والتقييم الفردي لسلامة المرضى اجابتهم خيار من متعدد. يتراوح مجموع درجات المقياس بين 31 و155 وفق مقياس ليكرت الخماسي وتقع الإجابات على المقياس في خمس خيارات (1 غير موافق بشدة، 2 موافق، 3 محايد، 4 موافق، 5 موافق بشدة) بالنسبة للعبارات الإيجابية ويعكس الترميز بالنسبة للعبارات السلبية.

وبالاعتماد على المتوسط تم حساب المدى: $(1-5) = 4$ ، ثم حساب طول الفئة $(3/4) = 1.33$

بالتالي تم تقسيم مستوى إجراءات سلامة المرضى إلى ثلاثة مستويات:

- المتوسط بين (1-2.33) مستوى إجراءات سلامة المرضى منخفض.
- المتوسط بين (2.34-3.67) مستوى إجراءات سلامة المرضى متوسط.
- المتوسط بين (3.68-5) مستوى إجراءات سلامة المرضى مرتفع.

طرائق البحث: Methods

1. تم الحصول على الموافقات الرسمية لجمع البيانات من إدارات كل من كلية التمريض، إدارة مستشفى اللاذقية الجامعي.
2. تمت ترجمة الأداة إلى اللغة العربية وعرضها على سبعة خبراء من ذوي الاختصاص للتأكد من مدى مصداقيتها وملائمتها وتم إجراء التعديلات اللازمة وفق مقترحاتهم
3. تم إجراء دراسة دلالية على 10 مرضى من مجتمع الدراسة، للتأكد من وضوح وإمكانية تطبيق الأداة وتم استبعادهم من عينة البحث.
4. بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ لثبات الأداة 0.92 وهي قيمة تجعل الأداة مناسبة لتحقيق هدف الدراسة.

5. تم اختيار الممرضات بشكل متاح من أقسام الداخلية، الجراحة، العيادات المشفى، تمت مقابلة الكادر التمريضي وأخذ موافقتهم الشفوية للمشاركة في الدراسة بعد شرح هدف الدراسة من قبل الباحثة والتأكيد على سرية المعلومات واستخدامها لغرض البحث العلمي فقط.
6. وزعت الاستبيانات على الكادر التمريضي، وطلب منهم الإجابة بشكل ذاتي، استغرق زمن ملء الاستبيان بين 10 و 15 دقيقة، وقد حرصت الباحثة على البقاء في المكان لاسترداد الاستبيانات وللرد على أي استفسار من قبل الكادر التمريضي.
7. بعد جمع البيانات تم تحليلها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS نسخة (25)، و تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS الإصدار 25 وتم استخدام الاختبارات الإحصائية التالية. التكرار (N)، والمتوسط الحسابي (M) والانحراف المعياري (SD) والوزن النسبي و اختبار T test للعينات المستقلة لتحديد الفروق في مهارات التواصل تبعاً للمتغيرات الديموغرافية ثنائية الفئة واختبار ANOVA لتحديد الفروق في مهارات التواصل وفق المتغيرات ثلاثية الفئات أو أكثر. و اعتبرت الفروق عند عتبة الدلالة ($p \text{ value} \leq 0.05$) اعتبرت مهمة إحصائياً ورمزها (*) و الفروق عند عتبة الدلالة ($p \text{ value} \leq 0.01$) اعتبرت مهمة جداً إحصائياً ورمزها (**).

Results: النتائج

الجدول رقم (1): توزيع أفراد العينة وفق البيانات الديموغرافية والمهنية

المتغير	فئات المتغير	العدد = 214	
		العدد	%
العمر بالسنوات	21-30	85	39.7
	31-40	59	27.6
	41-50	47	22.0
	أكبر من 50	23	10.7
الجنس	انثى	213	99.5
	ذكر	1	0.5
الحال الاجتماعية	عازب	75	35.0
	متزوج	125	58.4
	أرمل	3	1.4
	مطلق	11	5.1
المؤهل العلمي	دبلوم تمريض بعد الثانوية	179	83.6
	إجازة في التمريض	3	1.4
	معهد تمريض	28	13.1
	دراسات عليا	4	1.9
عدد سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	81	37.9
	5-10 سنوات	21	9.8
	أكثر من 10 سنوات	112	52.3
	أقل من 5 سنوات	81	37.9
اتباع دورات تدريبية	نعم	9	4.2
	لا	205	95.8
عدد الدورات العدد=9	واحدة	5	55.6
	اثنتان	3	33.3
	ثلاثة	1	11.1

يظهر جدول 1، توزع أفراد العينة وفق البيانات الديموغرافية والمهنية، حيث يلاحظ أن النسبة الأعلى منهم 39.7% من الفئة العمرية (21-30 سنة)، وغالبيتهم العظمى 99.5% من الاناث، وأكثر من نصفهم 58.4% من المتزوجين، وتحمل النسبة الأعلى منهم 83.6% شهادة دبلوم بعد الثانوية، ولدى أكثر من نصفهم 52.3% خبرة أكثر من 10 سنوات في العمل. لم يتبع غالبيتهم 95.8% دورات تدريبية حول سلامة المرضى وكانت دورة واحدة لدى أكثر من نصف من اتبعها 55.6%.

الجدول رقم (2): المتوسط الحسابي والوزن النسبي والمستوى لبعد فريق العمل ووتيرة العمل والتعليم التنظيمي

تسلسل	الفقرة	المتوسط	الانحراف	الوزن النسبي	المستوى
1.	نعمل جميعاً في القسم كفريق واحد.	4.25	0.713	85	مرتفع
2.	في حالات ضغط العمل، يساعد أفراد الكادر التمريضي بعضه بعضاً.	4.35	0.733	87	مرتفع
3.	نواجه مشكلة عدم الاحترام من قبل أفراد الكادر الصحي في هذا القسم.*	3.81	1.022	76.2	مرتفع
4.	يوجد في هذا القسم عدداً كافياً من التمريض للتعامل مع عبء العمل (ضغط العمل).	3.23	1.158	64.6	متوسط
5.	يعمل الكادر في هذا القسم لساعات طويلة مما يؤثر على رعاية المرضى.*	2.76	1.090	55.2	متوسط
6.	يعتمد هذا القسم كثيراً على ممرضين/ات مؤقتين، أو ممرضين/ات عند الطلب.*	1.89	0.767	37.8	منخفض
7.	يتم تسريع وتيرة العمل من قبل رئيسة الشعبة التمريضية، بحيث تؤثر سلباً على سلامة المرضى.*	4.05	0.865	81	مرتفع
8.	تقوم رئيسة الشعبة التمريضية بمراجعة إجراءات العمل بانتظام لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة إلى تغييرات للحفاظ على سلامة المرضى.	4.18	0.509	83.6	مرتفع
9.	يتم تقييم التغييرات لتحسين سلامة المرضى و معرفة مدى نجاح التغييرات.	3.82	0.787	76.4	مرتفع
10	تتكرر في هذه الوحدة نفس المشاكل المتعلقة بسلامة المرضى مراراً.*	3.77	0.884	75.4	مرتفع
اجمالي البعد		3.61	0.392	72.20	متوسط

يظهر الجدول (2): المتوسط الحسابي والوزن النسبي والمستوى لبعد فريق العمل ووتيرة العمل والتعليم التنظيمي. حيث يلاحظ أن العبارة الأولى هي " في حالات ضغط العمل، يساعد أفراد الكادر التمريضي بعضه بعضاً بمتوسط (4.35±0.733) ووزن نسبي 87% ومستوى مرتفع، تلاها بند " نعمل جميعاً في القسم كفريق واحد" بمتوسط (4.25±0.713) ومستوى مرتفع أيضاً، أما أقل بنود فريق العمل كانت " يعتمد هذا القسم كثيراً على ممرضين/ات مؤقتين، أو ممرضين/ات عند الطلب" بمتوسط (1.89±0.767) وموزن نسبي 37.8% ومستوى منخفض.

بالنسبة لمتوسط إجمالي البعد، بلغ (3.61±0.392) ووزن نسبي 72.20% ومستوى متوسط.

الجدول رقم (3): المتوسط الحسابي والوزن النسبي والمستوى لبُعد الاستجابة والتواصل حول الأخطاء والتواصل المنفتح.

تسلسل	الفقرة	المتوسط	الانحراف	الوزن النسبي	المستوى
1	يشعر الكادر التمريضي بأن أخطاءهم ستستخدم ضدهم.*	3.15	1.181	62.99	متوسط
2	عندما يتم الإبلاغ عن حدث ما. يبدو الأمر وكأنه إبلاغ عن الشخص الذي قام بالخطأ و ليس توثيق الخطأ.*	3.27	1.034	65.33	متوسط
3	تركز رئيسة الشعبة التمريضية على تصحيح الخطأ بدلاً من إلقاء اللوم على الأفراد الذين ارتكبوا أخطاء متعلقة بسلامة المرضى .	3.59	0.939	71.87	متوسط
4	هناك نقص في الدعم من قبل رئيسة الشعبة التمريضية للكادر الذي قام في ارتكاب أخطاء خاصة بسلامة المرضى.*	3.52	1.095	70.47	متوسط
5	يتم إخبار الكادر التمريضي بالأخطاء التي تحدث في القسم.	3.86	0.756	77.20	مرتفع
6	يتم مناقشة الأخطاء و المشاكل مع أفراد الكادر التمريضي لمنع حدوثها مرة أخرى.	3.86	0.875	77.29	مرتفع
7	يتم إعلام الكادر التمريضي بالتغييرات التي تم إجراؤها بناءً على التقارير المقدمة.	4.03	0.498	80.65	مرتفع
8	يتم إخبار رئيسة الشعبة في حال حدوث أي خطأ قد يؤثر على سلامة المرضى.	4.08	0.542	81.68	مرتفع
9	عندما يقوم أي من الكادر الطبي أو التمريضي بإجراء يؤثر على سلامة المرضى، يقوم الكادر بالإبلاغ عنه.	3.93	0.668	78.6	مرتفع
10	يخشى الكادر التمريضي من طرح الأسئلة عندما يقوم شخص أعلى منهم بالقيام بشيء لا يبدو صحيحاً.*	3.11	1.036	62.2	متوسط
اجمالي البُعد		3.64	0.487	72.83	متوسط

يظهر الجدول 3، المتوسط الحسابي والوزن النسبي والمستوى لبُعد الاستجابة والتواصل حول الأخطاء والتواصل المنفتح. حيث يلاحظ أن البند الأعلى هو " يتم إخبار رئيسة الشعبة في حال حدوث أي خطأ قد يؤثر على سلامة المرضى " بمتوسط (0.542 ± 4.08) ووزن نسبي 81.68% ومستوى مرتفع، تلاها بند " يتم إعلام الكادر التمريضي بالتغييرات التي تم إجراؤها بناءً على التقارير المقدمة " بمتوسط (0.498 ± 4.03) ومستوى مرتفع أيضاً، أما أقل بنود الاستجابة والتواصل حول الأخطاء كانت " يخشى الكادر التمريضي من طرح الأسئلة عندما يقوم شخص أعلى منهم بالقيام بشيء لا يبدو صحيحاً " بمتوسط (0.036 ± 3.11) ووزن نسبي 62.2% ومستوى متوسط.

بالنسبة لمتوسط إجمالي البعد، بلغ (0.487 ± 3.64) ووزن نسبي 72.83% ومستوى متوسط.

الجدول رقم (4): المتوسط الحسابي والوزن النسبي والمستوى لبُعد الإشراف، والدعم المقدم لإجراءات سلامة المرضى.

تسلسل	الفقرة	المتوسط	الانحراف	الوزن النسبي	المستوى
1.	تقوم رئيسة الشعبة بالنظر بجدية في اقتراحات الكادر التمريضي لتحسين سلامة المرضى.	3.86	0.891	77.29	مرتفع
2.	تقوم رئيسة الشعبة بإعطاء الأوامر للكادر للعمل بسرعة خلال وجود ضغط في العمل حتى لو استدعى الأمر اختصار بعض الإجراءات.*	3.46	1.086	69.16	متوسط
3.	تقوم رئيسة الشعبة بالإجراءات المناسبة لمعالجة المخاوف المتعلقة بسلامة المرضى.	3.78	0.696	75.51	مرتفع
4.	تظهر إجراءات المستشفى أن سلامة المرضى أولوية قصوى.	3.79	0.743	75.79	مرتفع
5.	توفر إدارة المستشفى الموارد الكافية لتحسين سلامة المرضى.	3.43	1.022	68.60	متوسط
6.	تهتم إدارة المستشفى بسلامة المرضى فقط بعد حدوث خطأ ما.*	3.02	1.148	60.47	متوسط
اجمالي البُعد		3.56	0.581	71.14	متوسط

يظهر الجدول 4، المتوسط الحسابي والوزن النسبي والمستوى لبُعد الإشراف، والدعم المقدم لإجراءات سلامة المرضى. حيث يلاحظ أن البند الأعلى هو "ي تقوم رئيسة الشعبة بالنظر بجدية في اقتراحات الكادر التمريضي لتحسين سلامة المرضى" بمتوسط (0.891 ± 3.86) ووزن نسبي 77.29% ومستوى مرتفع، تلاها بند "تظهر إجراءات المستشفى أن سلامة المرضى أولوية قصوى" بمتوسط (0.743 ± 3.79) ومستوى مرتفع أيضاً، أما أقل بنود الإشراف، والدعم المقدم لإجراءات سلامة المرضى كانت "تهتم إدارة المستشفى بسلامة المرضى فقط بعد حدوث خطأ ما" بمتوسط (0.581 ± 3.02) ووزن نسبي 71.14% ومستوى متوسط.

بالنسبة لمتوسط إجمالي البعد، بلغ (0.581 ± 3.56) ووزن نسبي 71.14% ومستوى متوسط.

الجدول رقم (5): المتوسط الحسابي والوزن النسبي والمستوى لبُعد تقارير الأحداث المتعلقة بسلامة المرضى والتسليم وتبادل المعلومات.

تسلسل	الفقرة	المتوسط	الانحراف	الوزن النسبي	المستوى
1.	يتم الإبلاغ عند اكتشاف خطأ وتم تصحيحه قبل تطبيق الإجراء على المريض.	3.54	1.046	70.75	متوسط
2.	يتم الإبلاغ عن الأخطاء والحوادث مع المرضى حتى لو تسبب الأذى لهم.	3.28	1.161	65.61	متوسط
3.	عند نقل المرضى من قسم لآخر، غالباً لا يتم نقل المعلومات المهمة معه.*	3.63	1.210	72.52	متوسط
4.	أثناء تبديل المناوبة، غالباً لا يتم التبليغ عن المعلومات المهمة، الخاصة برعاية المرضى.*	3.56	1.235	71.12	متوسط
5.	أثناء تبديل المناوبة، هناك وقت كافٍ لتبادل جميع معلومات رعاية المرضى الرئيسية.	3.17	1.072	63.46	متوسط
إجمالي البُعد		3.43	0.649	68.69	متوسط

يظهر الجدول 5، المتوسط الحسابي والوزن النسبي والمستوى لبُعد تقارير الأحداث المتعلقة بسلامة المرضى والتسليم وتبادل المعلومات. حيث يلاحظ أن البند الأعلى هو " عند نقل المرضى من قسم لآخر، غالباً لا يتم نقل المعلومات المهمة معه " بمتوسط (1.210 ± 3.63) ووزن نسبي 72.52% ومستوى متوسط، تلاها بند " أثناء تبديل المناوبة، غالباً لا يتم التبليغ عن المعلومات المهمة، الخاصة برعاية المرضى " بمتوسط (1.235 ± 3.56) ومستوى متوسط أيضاً، أما أقل بنود الأحداث المتعلقة بسلامة المرضى كانت " أثناء تبديل المناوبة، هناك وقت كافٍ لتبادل جميع معلومات رعاية المرضى الرئيسية " بمتوسط (1.072 ± 3.17) ووزن نسبي 63.46% ومستوى متوسط.

بالنسبة لمتوسط إجمالي البعد، بلغ (0.649 ± 3.43) ووزن نسبي 68.69% ومستوى متوسط.

الجدول رقم (6): تقدير أفراد العينة لعدد حوادث السلامة ومستوى الالتزام بها

في السنة الماضية، ما عدد الحالات الخاصة المتعلقة بسلامة المرضى التي تم الإبلاغ عنها؟		
لا أعرف	46	21.5%
أكثر من 10	2	0.9%
6-10	2	0.9%
3-5	14	6.5%
من 1-2	32	15.0%
لا شيء	118	55.1%
كيف يتم تقييم وحدتك/ قسمك في تطبيق إجراءات السلامة للمرضى من وجهة نظرك؟		
متوسط	8	3.7%
جيد	59	27.6%
جيد جداً	55	25.7%
ممتاز	92	43.0%

يظهر الجدول 6، تقدير أفراد العينة لعدد حوادث السلامة ومستوى الالتزام بها ويبين أن أكثر من نصفهم يعتقد بعدم وجد حوادث خاصة بسلامة المرضى، كما ترى النسبة الأعلى منهم 43% أن تطبيق إجراءات السلامة للمرضى ممتاز في الأقسام التي يعملون بها.

الجدول رقم (7): مستوى الإجراءات المتعلقة بسلامة المرضى من وجهة نظر الكادر التمريضي

مرتفع 155-113.68		متوسط 113.67 –72.34		منخفض 31- 72.33		البُعد
العدد	%	العدد	%	العدد	%	
0	0	213	99.5	1	0.5	فريق العمل ووتيرة العمل والتعليم التنظيمي
0	0	212	99.1	2	0.9	الاستجابة للأخطاء، التواصل حول الأخطاء والتواصل المنفتح
0	0	196	91.6	18	8.4	الإشراف، والدعم المقدم لإجراءات سلامة المرضى ودعم إدارة المستشفى لسلامة المرضى
0	0	192	89.7	22	10.3	تقارير الأحداث المتعلقة بسلامة المرضى وعمليات التسليم وتبادل المعلومات
0	0	174	81.3	40	18.7	إجمالي الإجراءات المتعلقة بسلامة المرضى

يظهر الجدول 7، مستوى الإجراءات المتعلقة بسلامة المرضى من وجهة نظر الكادر التمريضي ويبين أن الإجراءات الخاصة بفريق العمل والاستجابة للأخطاء والإشراف والدعم المقدم لسلامة المرضى ضمن المستوى المتوسط (99.5%، 99.1%، 91.6%) على التوالي. ويرى معظمهم 89.7% أن مستوى تقديم تقارير الأحداث الخاصة بالسلامة وتبادل المعلومات متوسطاً من وجهة نظرهم.

بالنسبة لإجمالي مستوى إجراءات سلامة المرضى، يبين الجدول أنه ضمن المستوى المتوسط وفق وجهة نظر معظم أفراد العينة 81.3%.

المناقشة: Discussion

بينت نتائج الدراسة بأن النسبة الأعلى 39.7% من الفئة العمرية (21-30 سنة)، وغالبيتهم العظمى 99.5% من الاناث، وأكثر من نصفهم 58.4% من المتزوجين، وتحمل النسبة الأعلى منهم 83.6% شهادة دبلوم بعد الثانوية، ولدى أكثر من نصفهم 52.3% خبرة أكثر من 10 سنوات في العمل. لم يتبع غالبيتهم 95.8% دورات تدريبية حول سلامة المرضى.

بالنسبة لبُعد فريق العمل ووتيرة العمل والتعليم التنظيمي. حيث يلاحظ أن العبارة الأولى هي " في حالات ضغط العمل، يساعد أفراد الكادر التمريضي بعضه بعضاً بمتوسط (0.733±4.35) ووزن نسبي 87% ومستوى مرتفع، تلاها بند " نعمل جميعاً في القسم كفريق واحد" بمتوسط (0.713±4.25) ومستوى مرتفع أيضاً، أما أقل بنود فريق العمل كانت " يعتمد هذا القسم كثيراً على ممرضين/ات مؤقتين، أو ممرضين/ات عند الطلب" بمتوسط (0.767±1.89) وموزن نسبي 37.8% ومستوى منخفض، حيث توافقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة Akologo.A و آخرون.(2019)، مسح مقطعي بين مقدمي الرعاية الصحية في منطقة أبر إيسيت بغانا، حيث حصل العمل الجماعي على أعلى الدرجات مقارنة بالجوانب الأخرى لثقافة سلامة المرضى [15]، و أيضاً توافقت مع دراسة Abdelalim & Alsenany, (2022) حيث أظهرت الدراسة بأنه لدى الممرضات تصوراً إيجابياً لثقافة سلامة المرضى على مستوى الوحدة ، بمتوسط درجة (4.852 ± 100.80) حصل البعد الفرعي "العمل الجماعي داخل

وحدات المستشفى على أعلى متوسط درجات (17.88 ± 1.783) ضمن هذه الفئة [15]، بينما تعارضت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Ahmadi.H (2019)، تقييم ثقافة سلامة المرضى في مستشفيات المملكة العربية السعودية، حيث بينت نتائج دراسته بأن التعاون بين الوحدات التنظيمية وأداء المشرف وتوقعاته فيما يتعلق بتعزيز سلامة المرضى على أدنى درجة في أبعاد ثقافة السلامة. [16,17]

بينت نتائج الدراسة بالنسبة لبُعد الاستجابة والتواصل حول الأخطاء والتواصل المنفتح. حيث يلاحظ أن البند الأعلى هو " يتم إخبار رئيسة الشعبة في حال حدوث أي خطأ قد يؤثر على سلامة المرضى " بمتوسط (4.08 ± 0.542) ووزن نسبي 81.68% ومستوى مرتفع، تلاها بند " يتم إعلام الكادر التمريضي بالتغييرات التي تم إجراؤها بناءً على التقارير المقدمة " بمتوسط (4.03 ± 0.498) ومستوى مرتفع أيضاً، أما أقل بنود الاستجابة والتواصل حول الأخطاء كانت " يخشى الكادر التمريضي من طرح الأسئلة عندما يقوم شخص أعلى منهم بالقيام بشيء لا يبدو صحيحاً " بمتوسط (3.11 ± 0.036) ووزن نسبي 62.2% ومستوى متوسط، وقد تعارضت هذه الدراسة مع دراسة El-Jardali.F وآخرون (2010)، الوضع الحالي لثقافة سلامة المرضى في المستشفيات اللبنانية، حيث وجد أنه في المستشفيات اللبنانية 60 % من الموظفين أنهم لم يبلغوا عن أي حوادث في العام الماضي. [18]

أما بالنسبة لبُعد الإشراف، والدعم المقدم لإجراءات سلامة المرضى. حيث يلاحظ أن البند الأعلى هو " ي تقوم رئيسة الشعبة بالنظر بجدية في اقتراحات الكادر التمريضي لتحسين سلامة المرضى " بمتوسط (3.86 ± 0.891) ووزن نسبي 77.29% ومستوى مرتفع، تلاها بند " تظهر إجراءات المستشفى أن سلامة المرضى أولوية قصوى " بمتوسط (3.79 ± 0.743) ومستوى مرتفع أيضاً، أما أقل بنود الإشراف، والدعم المقدم لإجراءات سلامة المرضى كانت " تهتم إدارة المستشفى بسلامة المرضى فقط بعد حدوث خطأ ما " بمتوسط (3.02 ± 0.581) ووزن نسبي 71.14% ومستوى متوسط، هذه النتائج تعارض مع نتائج دراسة اصبيرة (2016) التي بينت أن أكثر من ثلاثة أرباع العينة من رئيسات الشعب التمريضية و الممرضات في مشفى الأسد الجامعي والمشفى الوطني أكدن أن رئيسات الشعب التمريضية يتعاملن بحزم وفوراً مع مشاكل أداء العاملين وذلك بتقييم سموك العامل واتخاذ الإجراء التأديبي عندما يتطلب الأمر ذلك [19]، و تتفق مع نتائج دراسة al et Armstrong (2015) التي أكدت على وجود ضعف وعدم كفاية في تطبيق رؤساء الشعب التمريضية أدوارهم في تقييم سلوكيات الكادر التمريضي بغية تحسين النتائج وخاصة من ناحية ضمان جودة الرعاية الصحية متضمنة الحفاظ على أسمى سلامة وأمان للعملاء ورضى مرتبط به، وذلك نتيجة ضعف وعدم كفاية التركيز على مقدم الخدمة أي بمعنى ضعف الرقابة المباشرة والمستمرة على أفراد الكادر التمريضي والتي تجعل رؤساء الشعب التمريضية غير قادرين على اكتشاف إشارات الإنذار المبكر لسوء وعدم كفاية الأداء العملي الآمن والمنتج لمؤوسهم على الصعيدين الفردي والجماعي، وبالتالي تجعلهم غير قادرين على اتخاذ قرار بفعل تصحيحي ملائم في الزمان والمكان المناسبين أو ضمان دقة التصرف في حال وقوع حوادث طارئة متمثلة بكوارث أو أزمات. مما يئن عن ضعف في معرفة رؤساء الشعب التمريضية بطرق وأدوات تقويم الأداء لذلك من الضروري إجراء دورات تدريبية لرؤساء الشعب التمريضية عن طرق وأدوات تقويم أداء الكادر التمريضي لتنمية معارفهم وميزاتهم الإشرافية. [20]

وبينت نتائج الدراسة بالنسبة لبُعد تقارير الأحداث المتعلقة بسلامة المرضى والتسليم وتبادل المعلومات. حيث يلاحظ أن البند الأعلى هو " عند نقل المرضى من قسم لآخر، غالباً لا يتم نقل المعلومات المهمة معه " بمتوسط (3.63 ± 1.210) ووزن نسبي 72.52% ومستوى متوسط، تلاها بند " أثناء تبديل المناوبة، غالباً لا يتم التبليغ عن المعلومات المهمة، الخاصة برعاية المرضى " بمتوسط (3.56 ± 1.235) ومستوى متوسط أيضاً، أما أقل بنود الأحداث المتعلقة بسلامة المرضى كانت " أثناء تبديل المناوبة، هناك وقت كافٍ لتبادل جميع معلومات رعاية المرضى الرئيسية " بمتوسط (3.17 ± 1.072) ووزن نسبي 63.46% ومستوى متوسط و قد تعزى هذه النتائج إلى الإدارة الداعمة والتواصل الجيد والتعلم المستمر، حيث تعارضت هذه

الدراسة مع دراسة (Abdelaliem & Alsenany, 2022)، العوامل التي تؤثر على ثقافة سلامة المرضى من الممرضات وجهات نظر لممارسة التمريض المستدامة، حيث كان تصور الممرضات أعلى في عمليات تسليم المستشفى والتحويلات الفرعية. [16]

وأيضاً بينت الدراسة بأن تقدير أفراد العينة لعدد حوادث السلامة ومستوى الالتزام بها بأن أكثر من نصفهم يعتقد بعدم وجد حوادث خاصة بسلامة المرضى، كما ترى النسبة الأعلى منهم 43% أن تطبيق إجراءات السلامة للمرضى ممتاز في الأقسام التي يعملون بها.

أظهرت النتائج أيضاً بأن مستوى الإجراءات المتعلقة بسلامة المرضى من وجهة نظر الكادر التمريضي ويبين أن الإجراءات الخاصة بفريق العمل والاستجابة للأخطاء والإشراف والدعم المقدم لسلامة المرضى ضمن المستوى المتوسط (99.5%، 99.1%، 91.6%) على التوالي. ويرى معظمهم 89.7% أن مستوى تقديم تقارير الأحداث الخاصة بالسلامة وتبادل المعلومات متوسطاً من وجهة نظرهم.

الاستنتاجات: Conclusions

1. النسبة الأعلى من الفئة العمرية (21-30 سنة)، وغالبية العظمى 99 من الإناث، وأكثر من نصفهم 5 من المتزوجين، وتحمل النسبة الأعلى منهم شهادة دبلوم بعد الثانوية، ولدى أكثر من نصفهم خبرة أكثر من 10 سنوات في العمل. لم يتبع غالبية دورات تدريبية حول سلامة المرضى
2. مستوى بعد فريق العمل ووتيرة العمل والتعليم التنظيمي متوسط.
3. مستوى بعد الاستجابة والتواصل حول الأخطاء والتواصل المنفتح متوسط.
4. مستوى بُد الإشراف، والدعم المقدم لإجراءات سلامة المرضى متوسط.
5. مستوى بُد تقارير الأحداث المتعلقة بسلامة المرضى والتسليم وتبادل المعلومات متوسط.
6. تقدير أفراد العينة لعدد حوادث السلامة ومستوى الالتزام بها ويبين أن أكثر من نصفهم يعتقد بعدم وجد حوادث خاصة بسلامة المرضى، كما ترى النسبة الأعلى منهم أن تطبيق إجراءات السلامة للمرضى ممتاز في الأقسام التي يعملون بها.
7. بالنسبة لإجمالي مستوى إجراءات سلامة المرضى، تبين النتائج بأنه ضمن المستوى المتوسط وفق وجهة نظر معظم أفراد العينة.

التوصيات: Recommendation

- 1- عقد ندوات علمية لرؤساء الشعب التمريضية و الكادر التمريضي تتضمن التأكيد على أهمية رفع تقارير للرئيس عن السلوكيات السلبية في مكان العمل) مثل: تقارير الحوادث وتقارير أخطاء و مشاكل العمل وغيرها... (و توثيق أداء الكادر التمريضي.
- 2- إجراء دورات تدريبية لرؤساء الشعب التمريضية تتضمن طرق وأدوات توثيق وتقييم أداء الكادر التمريضي.
- 3- إجراء دورات تدريبية لرؤساء الشعب والكادر التمريضي حول سلامة المرضى.
- 4- ضمان استمرار إجراء تقييم دوري لأدوار رؤساء الشعب التمريضية في توثيق وتقييم أداء الكادر التمريضي بشكل عام مع التركيز على الأدوار الأساسية الفعالة وظيفياً منها: الإشرافية والتقويمية بشكل خاص.
- 5- إجراء أبحاث أخرى عن تقييم سلامة المرضى متضمنة استبيانات ملاحظة شخصية للحصول على نتائج أكثر موثوقية.

المراجع: References

- [1] Nitro, M., Romano, R., Marletta, G., Sollami, A., La Sala, R., Artioli, G., & Sarli, L. (2021, Jul 29). The safety of care focused on patient identity: an observational study. *Acta Biomed*, 92(S2)
- [2] Aspden P, Corrigan J, Wolcott J et al. (2004): Patient Safety – Achieving a New Standard for Care, The National Academies Press, Washington, DC.
- [3] Clancy C, Farquhar M, Sharp B (2005): Patient safety in nursing practice. *J Nurs Care Qual.*, 20(3):193–7
- [4] Wegner W, Silva SC, Kantorski.KJC, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(3)
- [5] World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: WHO; 2008.
- [6] World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety (ICPS). Geneva: WHO; 2009.
- [7] Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(1):18-26
- [8] Czerw A, Religioni U, Olejniczak D. Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych. *Probl. Hig. Epidemiol*. 2021. 93(2), 269-273.
- [9] Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J. Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów szpitali. *Przegl. Epidemiol*. 2018. 62, 643-650.
- [10] Françolin L, Gabriel C, Bernardes A .Patient safety management from the perspective of nurses . 2015
- [11] Tavares A, Moura E, Avelino F ,Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem. 2018
- [12] Khmaiesh, A., Al-Tawalbeh, D., & Al-Ajlouni, K. (2017). Patient safety culture in Jordanian primary health-care centres as perceived by nurses: A cross-sectional study. *National library for medicine*, 26(10):1242-1250
- [13] Tlili, M. A., Aouicha, W., Ben Dhiab, M., & Mellouli, M. (2020). Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia. *National library for medicine*, 11;26(11):1347-1354
- [14] SOPSTM Hospital Survey Items and Composite Measures. Available at: <https://www.ahrq.gov/sops/events/news/hsops2release.html>
- [15] Akologo A, Abuosi AA, Anaba EA. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. *PloS one*. 2019;14(8):e0221208.
- [16] Abdelaliem S. Alsenany S. Factors Affecting Patient Safety Culture from Nurses' persepectives for Sastainable Nursing Practice. *Health Care*. 2022,10,1889.
- [17] Alahmadi H. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Quality and Safety in Health Care*. 2010;19(5):e17.
- [18] 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 for Quality in Health Care*. 2010;22(5):386-95.

[19] اصبيرة، ولاء. (2015). تقييم كفاءة رئيسات الشعب التمريضية بتطبيق معايير الكفاءة العالمية في مشفى الأسد الجامعي والمشفى الوطني في اللاذقية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية. سلسلة الآداب والعموم الانسانية. المجلد (37)، العدد(1)، 2015، 147- 160.

[20] ARMSTRONG .S., RISPEL .L., PENN-KEKANA .L. The activities of hospital nursing unit managers and quality of patient care in South African hospitals: a paradox?. TRANSFORMING NURSING IN SOUTH AFRICA. Global Health Action. 2015, 8, 1-10.