**Survey patient safety culture and providing solutions to improve patient safety culture: A cross-sectional study**

**Abstract**

**Background:** Safety culture is a subset of organizational culture, and beliefs and values ​​specifically reflect health and safety. The present study aimed to measure patient safety culture in a selected hospital with a national accreditation approach and safety-friendly hospital standards.

**Methods:** The present study is a cross-sectional study conducted in 2018-2019 at Baqiyatallah University of Medical Sciences. This applied research is a descriptive study conducted using a qualitative method. The sample size of this study was determined using the Richard J. Shavelson formula. Then, 262 hospital staff were selected, of whom 257 participated in the first stage and 201 in the second stage. The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) questionnaire was used to assess safety culture.

**Results:** Comparing the first stage of monitoring safety culture with the second stage of interventions showed that the lowest level of safety culture was associated with the number of reported incidents, and the patient safety grade had the highest rank. Also, the difference between the first and second stage monitoring was shown in determining the level of safety culture, workplace (+0.3), direct manager (-0.1), communication and feedback (+0.1), frequency of reported incidents (-0.1), patient safety level (+0.2), your hospital (-0.1), number of reported incidents (+0.3), and their relationship was not significant.

**Conclusions:** According to the results of this study, it is possible to promote an effective safety culture by strengthening interdepartmental cooperation and strengthening communication between hospital units through interaction and intimate communication between supervisors and subordinates.

**Keywords:** patient safety culture, hospital, Healthcare personnel

**پیمایش فرهنگ ایمنی بیمار و ارائه راهکار جهت ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار:**

**مطالعه مقطعی**

**چکیده**

**زمینه:** فرهنگ ایمنی زیرمجموعه‌اي از فرهنگ سازمانی است و عقاید و ارزش‌ها به طور خاص منعکس کننده سلامت و ایمنی است. پژوهش حاضر با هدف سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان منتخب با رویکرد اعتباربخشی ملی و استانداردهای بیمارستان‌های دوستدار ایمنی انجام شد.

**روش:** : مطالعه‌ حاضر یک مطالعه مقطعی است که در سال 1398-1397 در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) انجام شد. این پژوهش کاربردی یک مطالعه توصیفی است که به روش کیفی انجام شد.حجم نمونه این مطالعه با استفاده از فرمول ریچارد جی شیولسون و از كليه كاركنان بیمارستان منتخب 262 نفر انتخاب شدند که مشارکت تعداد 257 نفر در مرحله اول و تعداد 201 نفر در مرحله دوم مشارکت داشتند. به منظور ارزیابی فرهنگ ایمنی از پرسشنامه استاندارد پیمايش بیمارستانی فرهنگ ايمنی بیمار (HSOPSC) استفاده شد.

**یافته‌ها:** مقایسه پایش مرحله اولیه فرهنگ ایمنی با مرحله دوم از مداخلات نشان داد که پایین‌ترین سطح فرهنگ ایمنی با تعداد حوادث گزارش شده می باشد و درجه ایمنی بیمار بالاترین رتبه را دارد. همچنین تفاوت پایش مرحله اول با مرحله دوم تعیین سطح فرهنگ ایمنی، محل کار(0.3+)، مسئول مستقیم(0.1-)، ارتباطات و بازخورد(0.1+)، فراوانی وقایع گزارش شده(0.1-)، درجه ایمنی بیمار(0.2+)، بیمارستان شما(0.1-)، تعداد حوادث گزارش شده(0.3+) نشان داده شد و ارتباط آنها نیز معنادار نبود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این مطالعه، می‌توان با تقویت همکاری بین بخشی و نیز تقویت ارتباطات واحدهای بیمارستان از طریق تعامل و ارتباط صمیمی سوپروایزر با زیردستان در ارتقاء فرهنگ ایمنی موثر اقدام نمود.

**کلمات کلیدی:** فرهنگ ایمنی بیمار، پرسنل مراقبت بهداشتی، بیمارستان

**1.مقدمه**

سازمان، پدیده‌ای اجتماعی است که به منظور تحقق اهدافش از چهار چوبی برای هدایت و کنترل رفتار اعضای خود استفاده می‌کند (1) و بر اساس آن با ایجاد قوانین و دستورالعمل‌ها، اعطای اختیار و سرپرستی به برخی از اعضا و تدوین شرح شغل یک ساختار سیستماتیک بنا می‌نهد (2-4). فرهنگ سازمانی، مجموعه‌ در هم تنيده‌اي از مفروضات اساسي، استنباط مشترک و خرد جمعي است که در بستر تجارب و يافته‌هاي قبلي، در مواجهه با مسائل دروني يا بيروني شکل مي‌گيرد (5, 6). فرهنگ ایمنی زیر مجموعه‌ای از فرهنگ سازمانی است (7) که شامل مجموعه‌ای از هنجارها، عقاید، نگرش ها و اقدامات درباره احتیاط‌هاي کلی است که بین افراد در یک محل معین و زمان مشخص می‌باشد (8). فرهنگی که در آن، کارکنان یک سازمان درباره پتاسیل وقوع خطا، دانشی فعال و پویا دارند و هم کارکنان و هم سازمان قادر به شناسایی اشتباهات و یادگیري از آنها هستند و اقداماتی را براي انجام صحیح امور انجام می‌دهند (9).

يکي از مؤلفه‌هاي اصلي کیفیت خدمات سلامت، ايمني مددجو است که به معناي جلوگیري از وارد شدن هر گونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارايه مراقبت می‌باشد. اين صدمات شامل خطاهاي دارويي، عوارض اعمال جراحي، تشخیص‌هاي نادرست، خرابي دستگاه‌ها و تجهیزات و موارد ديگري نظیر عفونت‌هاي بیمارستاني، سقوط، زخم بستر و عوارض جانبي تجهیزات پزشکي و در نهايت مرگ بیماران می باشد (10). به همین دلیل در سیستم بهداشتي، ايمني بیمار يک اولويت است. آمارها حاکی از آن است که درصد غیرقابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم هاي نظام سلامت بخصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات مي‌گردند. حدود80 درصد حوادث ریشه در فاكتورهاي انساني دارند و به اشتباهات انساني باز مي‌گردند. بنابراين جهت رسيدن به محيط امن و سالم، بايد به‏ طور ريشه‌اي با حوادث مقابله كرد و علل ريشه‏‌اي و بنيادي آنها را حذف كرد. عامل فوق‏ العاده مهمي كه مي‏تواند در اين راه به ما كمك كند فرهنگ ايمني است (10). یکی از عواملي که نقش مؤثري در ارتقاي سطح ايمني بیمار در مراکز بهداشتي - درماني دارد، وجود فرهنگ ايمني بیمار در اين مراکز است (11). ايمني بیمار به عنوان يکي از مؤلفه‌هاي اصلي کیفیت خدمات سلامت و از مباحث مهم جامعه پزشکي و سازمان بهداشت جهانی در کشورهاي پیشرفته و در حال توسعه است که به صورت پیشگیري و کاهش پیامدهاي نامطلوب و آسیب‌هاي در حین ارائه مراقبت‌هاي بهداشتي تعريف شده است (10, 12). نكته قابل توجه اين است كه اين اشتباهات صرفا به شکل خطاي يك فرد ظاهر نمی‏شوند، بلكه اغلب در قالب يك فرهنگ رفتاري ناقص شكل مي‌گيرند. لذا بايستي در صدد تقويت و افزايش سطح فرهنگ ايمني كه همانا نظام باورها و ارزش‏هاي مشترك يك سازمان نسبت به ايمني كار است، باشيم تا رفتارها ايمن‌تر گردد (13). شاخصه فرهنگ ايمني قوي، تعهد مديريت به يادگیري از اشتباهات، تشويق و تمرين دادن نسبت به کار تیمي، شناسايي خطرات بالقوه، استفاده از سیستم گزارش دهي و تجزيه و تحلیل حوادث ناگوار رخ داده در بیمارستان در ارتباط با ايمني بیمار و ارزيابي فرهنگ ايمني بیمار در بین کارکنان است (14). مطالعات نشان می‌دهد به طور متوسط 10% از تمام بیماران بستری، به درجات مختلف دچار آسیب می‌شوند و برآورد می شود تا 75% این خطاها قابل پیشگیری است. در واقع تخمین زده می شود که بین 10-5 درصد هزینه‌های سلامت ناشی از خدمات بالینی غیرایمن است که منجر به آسیب بیماران می‌گردد (15). با توجه به موارد فوق، آمار و گزارشات خطاهاي پزشکي، موضوع ايمني بیماران بیمارستان منتخب نشان می‌دهد با فعالیت چند جانبه‌ سال اخیر، تغییر دانش کارکنان محسوس است ولی همچنان نیاز به ارتقاء نگرش دارد و با آموزش‌ها وتشویق‌های صورت گرفته، گزارش‌خطاهای درمانی در سال 94 نسبت به سال93 چهار برابر افزایش نشان می‌دهد. همچنین برابر استانداردهای جهانی به نسبت یک تخت بستری، روزانه حداقل یک خطا رخ می‌دهد و با توجه به تعداد 700 تحت فعال باید روزانه 700 خطا گزارش شود. علی رغم افزایش چشمگیر گزارش خطاها، همچنان این میزان خطا گزارش شده 9 درصد از خطاهای اتفاق افتاده است (16). بنابراین این سوال مطرح است، جهت تقویت و تثبیت اعتباربخشی ملی و استانداردهای بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار، فرهنگ مطلوب ایمنی بیمار بیمارستان منتخب چیست؟ بر این اساس پژوهش حاضر با هدف پیمایش فرهنگ ایمنی بیمار و ارائه راهکار جهت ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان منتخب نجام شد.

**2. روش کار**

**1-2- روش مطالعه**

مطالعه‌ حاضر یک مطالعه مقطعی است که در سال 1398-1397 در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) انجام شد. این پژوهش کاربردی یک مطالعه توصیفی است که به روش کیفی انجام شد. در این مطالعه در ابتدا صاحب نظران و مدیران و محققین مورد نظر شناسایی شدند. سپس نظرات افراد مورد نظر جمع آوری و با استفاده از خبرگان و کارشناسان، پانل پژوهش تشکیل شد. در ادامه اسناد و مدارک به منظور شناسایی وضع مطلوب مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین از اطلاعات و مستندات موجود در سازمان در این مرحله استفاده گردید. در مرحله بعد به منظور ارائه راه کار و استخراج مسائل از داده‌های جمع آوری شده، گروه‌های تخصصی تشکیل شد. پس از تعیین عوامل از مطالعات، از خبرگان فنی خواسته شد در قالب پرسش‌نامه عامل مذکور را رتبه‌بندی نمایند.

جامعه آماري این پژوهش شامل كليه كاركنان بیمارستان منتخب در بخش های درمانی بود. به منظور تعیین حجم نمونه در هر گروه با توجه به اطلاعات موجود که تحقیق از نوع حالت اول، آزمون دو سویه و انحراف استاندارد جامعه مشخص با توجه به فرمول ریپارد جی شیولسون (17) 262 نفر انتخاب شدند که 257 نفر در مرحله اول و تعداد 201 نفر در مرحله دوم مشارکت نمودند.

**2-2- ابزار جمع آوری اطلاعات**

به منظور ارزیابی فرهنگ ایمنی از پرسشنامه استاندارد پیمايش بیمارستانی فرهنگ ايمنی بیمار (HSOPSC) استفاده شد. اين پرسشنامه توسط آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت (AHRQ) در سال 2004 طراحی گرديده است (18) و تاکنون بارها جهت ارزيابی نظرات کارکنان بیمارستان در مورد فرهنگ ايمنی بیمار در نقاط مختلف دنیا مورد استفاده قرار گرفته است. در این مطالعه جهت تهیه پرسشنامه، ابتدا شاخص‌ها و مولفه‌های آن از طریق منایع و مقالات علمی استخراج گردید. سپس گویه‌های پرسشنامه تدوین گردید و روایی آن با نظرخواهی از 10 نفر از صاحب نظران مورد تایید قرار گرفت و با استفاده از آزمون کرونباخ ضریب پایایی آن بدست آمد. برای ارزیابی تحلیل محتوی معیارهای قابلیت اعتبار، قابلیت انتقال و قابلیت تایید به‌کار گرفته می‌شود. این معیارها معادل روایی درونی، روایی بیرونی، پایایی و عینیت در پژوهش‌های کمی است (19). در این مطالعه پایایی ابزار با استفاده از آزمون الفای کرونباخ در مرحله اول با 88/0 و در مرحله دوم با 83/0 بدست آمد (جدول 1).

**جدول 1- نتایج آزمون پایایی ابزار**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | تعداد آیتم | آلفای کرونباخ |
| مرحله اول پیمایش | 43 | 0.88 |
| مرحله دوم پیمایش | 43 | 0.83 |

**3-2- تجزیه و تحلیل آماری**

تجزیه و تحلیل داده‌ها در این مطالعه با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین) و استنباطی (انحراف معیار، ضریب توافقی و آزمون ناپارامتری) صورت گرفت. به منظور تفسیر و تحلیل اطلاعات به دست آمده در این پژوهش از نرم افزارهای SPSS ورژن 22 استفاده شد.

**4-2- ملاحظات اخلاقی**

مطالعه حاضر با رعایت کلیه اصول اخلاق حرفه‌ای و علمی و بر اساس دستورالعمل‌های اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) انجام شده و دارای کد اخلاق به شماره IR.BMSU.REC.1399.504 از کمیته اخلاق این دانشگاه می‌باشد.

**3. نتایج**

در این مطالعه 257 نفر از کلیه کارکنان بیمارستان منتخب مشارکت نمودند. در جدول 2 مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان نشان داده شده است. اکثر شرکت کنندگان این مطالعه خانم (%50.2)، شاغل در بخش‌های جراحی (%26.1)، در رده سنی 50-41 سال (%40.1)، دارای مدرک کارشناسی (%47.5) و عضویت قراردادی (%57.2) بودند.

**جدول 2- مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مرحله اول**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **متغیر** | **سطوح** | **فراوانی** | **درصد** | **متغیر** | **سطوح** | **فراوانی** | **درصد** |
| واحد سازمانی | بخش‌های داخلی | 58 | 22.6 | **گروه رشته تحصیلی** | علوم پزشکی | 168 | 65.4 |
| بخش‌های جراحی | 67 | 26.1 | علوم انسانی | 42 | 16.3 |
| کودکان | 8 | 3.1 | علوم پایه | 12 | 4.7 |
| اعصاب و روان | 10 | 3.9 | فنی و مهندسی | 13 | 5.1 |
| دپارتمان اورژانس | 22 | 8.6 | هنر | 3 | 1.2 |
| واحد مراقبت‌های ویژه | 23 | 8.9 | بدون پاسخ | 19 | 7.4 |
| اتاق عمل | 18 | 7.0 | **عضویت** | رسمی نظامی | 101 | 39.3 |
| تصویربرداری | 3 | 1.2 | قراردادی | 147 | 57.2 |
| چندین واحد متفاوت | 2 | .8 | بدون پاسخ | 9 | 3.5 |
| بدون پاسخ | 46 | 22.6 | **نوع شغل** | متصدی | 73 | 28.4 |
| جنسیت | مرد | 118 | 45.9 | متخصص | 46 | 17.9 |
| زن | 129 | 50.2 | کارشناسی | 99 | 38.5 |
| بدون پاسخ | 10 | 3.9 | بدون پاسخ | 24 | 9.3 |
| سن | 30سال و کمتر | 46 | 17.9 | **سمت شغلی** | پزشک متخصص | 29 | 11.3 |
| 31-40 | 90 | 35.0 | پزشک عمومی | 3 | 1.2 |
| 41-50 | 103 | 40.1 | رزیدنت | 9 | 3.5 |
| 51 و بیشتر | 17 | 6.6 | پرستار | 112 | 43.6 |
| بدون پاسخ | 1 | .4 | کمک بهیار | 37 | 14.4 |
| تحصیلات | دیپلم و کمتر | 59 | 23.0 | منشی | 49 | 19.1 |
| فوق دیپلم | 22 | 8.6 | ماما | 6 | 2.3 |
| کارشناسی | 122 | 47.5 | تکنسین(آزمایشگاه، رادیولوژی، دارویی) | 1 | .4 |
| کارشناسی ارشد | 10 | 3.9 | مدیراجرایی | 1 | .4 |
| دکتری و بالاتر | 43 | 16.7 | بدون پاسخ | 10 | 96.9 |
| بدون پاسخ | 1 | .4 | کل شرکت کنندگان به تعداد257 نفر | | | |

**3-1- نتایج مولفه‌های پایش فرهنگ ایمنی بیمار در مرحله اول**

ﺩﺭ ﺍﻳــﻦ ﻣﻄﺎﻟﻌــﻪ ﺍﺯ ﺍﺑــﺰﺍﺭ ﭘﺮﺳــشنامه ﺍﺳــﺘﺎﻧﺪﺍﺭﺩ ﺍﺭﺯﻳــﺎﺑﻲ ﺑﻴﻤﺎﺭﺳﺘﺎﻥ ﺍﺯ ﻧﻈﺮ ﻓﺮﻫﻨﮓ ﺍﻳﻤﻨﻲ ﺑﻴﻤﺎﺭ ﺍﺳـﺘﻔﺎﺩﻩ ﺷـﺪﻩ ﺍﺳـﺖ. جهت امتیاز بندی ، اعداد که بر روی پیوستار درج گردیده است، نشانگر میزان امتیازی است که به عامل مورد نظر تخصیص یافته است. لذا برای سنجش، ابتدا امتیازات هریک از ابعاد را جداگانه محاسبه نموده و سپس امتیازات تمامی آنها با هم جمع شده اند. جدول 3 ابعاد و نتایج این مطالعه ارزیابی شده با استفاده از ﭘﺮسشنامه ﺍﺳــﺘﺎﻧﺪﺍﺭﺩ ﺍﺭﺯﻳــﺎﺑﻲ ﺑﻴﻤﺎﺭﺳﺘﺎﻥ ﺍﺯ ﻧﻈﺮ ﻓﺮﻫﻨﮓ ﺍﻳﻤﻨﻲ ﺑﻴﻤﺎﺭ را نشان می‌دهد.

**جدول 3- ابعاد پایش فرهنگ ایمنی بیمار در مرحله اول**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **انحراف معیار** | **میانگین** | **ابعاد** | **ردیف** |
| 0.364 | 3.23 | محل کار | 1 |
| 0.66 | 3.40 | مسئول مستقیم | 2 |
| 0.582 | 3.37 | ارتباطات و بازخورد | 3 |
| 0.658 | 3.29 | وقایع گزارش شده | 4 |
| 0.858 | 3.59 | درجه ایمنی بیمار | 5 |
| 0.40 | 3.28 | مولفه‌های بیمارستان | 6 |
| 0.721 | 1.29 | تعداد حوادث گزارش شده | 7 |
| 0.39 | 3.09 | میانگین فرهنگ ایمنی | کل |

پس از ارزیابی‌های صورت گرفته در مرحله اول، راهکارهای مداخله‌ای با توجه به یافته‌ها اولیه جهت تقویت فرهنگ ایمنی بیمار بر اساس نظر خبرگان ارائه شد. پانل خبرگان طی یک جلسه 2 ساعته با حضور اساتید دانشگاه و مدیران اعتباربخشی و مسئولین بخش‌های درمانی و کارشناسان تشکیل شد. بر اساس یافته‌ها، به صورت قراردادی و توافق جمعی نمرات 3 و کمتر به عنوان مبنای ضعف فرهنگ ایمنی قرار گرفت. بر این اساس ابتدا کل گویه‌ها مورد ارزیابی گرفت، سپس گویه‌های با نمره کمتر از حد انتظار(1-3) نشان دار شد و به عنوان مبنایی برای یافتن راهکار شناسایی شدند. همچنین با نظر خبرگان برخی از گویه‌ها با وجود نمره بالا نیز مورد ارزیابی و رسیدگی قرار گرفتند. سپس پرسشنامه به تعداد 10 سوال باز تنظیم و در بین خبرگان فنی توزیع و جوابیه لازم به صورت اقدامات اصلاحی در بخش‌های آمار گزارش بسیار پایین خطا و حوادث، همکاری بین بخشی و نیز ارتباطات ضعیف بین بخشی واحدهای بیمارستان، توجه مدیریت بیمارستان به ایمنی بیمار صرفا بعد از وقوع یک حادثه ناخواسته، ترس کارکنان از سوال در مورد مسائلی که به نظرشان درست نمی‌آید، اعتقاد کارکنان به سریع‌تر کارکردن و حتی نادیده گرفتن یا حذف بخشی از فرایند مراقبت توسط سوپروایزر یا مدیر مستقیم وقت در زمان افزایش فشار کاری، بررسی گروه‌های مختلف از نظر تحصیلات و حرفه‌ای و سابقه خدمت و نهایتا اعتقاد کارکنان به عدم کفایت تعداد نیروی انسانی جهت خدمات ایمن کافی در ارتباط با حیطه مولفه‌های کار دریافت شد.

**3-2- نتایج مولفه‌های پایش فرهنگ ایمنی بیمار در مرحله دوم**

در مرحله دوم مطالعه، فرهنگ ایمنی بیمار بعد از اقدامات اصلاحی و با گذشت 9 ماه مجددا مورد بررسی قرار گرفت. جدول 4 ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مرحله دوم مطالعه را نشان می‌دهد.

**جدول 4- مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مرحله دوم**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| متغیر | سطوح | میانگین | انحراف معیار | متغیر | سطوح | میانگین | | انحراف معیار | |
| واحد سازمانی | بخش‌های داخلی | 2.9387 | .21687 | رشته تحصیلی | علوم پزشکی | 3.1343 | | .38023 | |
| بخش‌های جراحی | 3.1656 | .33133 | علوم انسانی | 3.0836 | | .33704 | |
| کودکان | 3.2800 | .14760 | علوم پایه | 3.0167 | | .13042 | |
| اعصاب و روان | 3.4161 | .36317 | فنی و مهندسی | 3.3226 | | .24776 | |
| دپارتمان اورژانس | 3.1343 | .29127 | عضویت | رسمی نظامی | 3.0965 | | .30868 | |
| واحد مراقبت‌های ویژه | 3.0829 | .39549 | قراردادی | 3.2071 | | .36653 | |
| اطاق عمل | 3.1455 | .39995 | سایر | 2.6979 | | .39469 | |
| تصویربرداری | 3.2041 | .30062 | نوع شغل | متصدی | 3.2394 | | .34030 | |
| چندین واحد متفاوت | 2.4808 | .21564 | متخصص | 3.0787 | | .21538 | |
| جنسیت | مردان | 3.0739 | .36802 | کارشناسی | 3.1215 | | .37917 | |
| زنان | 3.1891 | .35542 |
| سن | 30سال و کمتر | 3.0299 | .50973 | سمت شغلی | پزشک متخصص | 3.2107 | | .13477 | |
| 31-40 | 3.1356 | .34288 | رزیدنت | 2.8382 | | . | |
| 41-50 | 3.1987 | .32145 | پرستار | 3.0631 | | .39703 | |
| 51 و بیشتر | 3.1816 | .25379 | کمک بهیار | 3.2862 | | .31861 | |
| تحصیلات | دیپلم و کمتر | 3.2921 | .31037 | منشی | 3.1290 | | .20575 | |
| فوق دیپلم | 3.2482 | .38242 | ماما | 3.1545 | | .11538 | |
| کارشناسی | 3.0732 | .36955 | روانشناس | 3.3936 | | . | |
| کارشناسی ارشد | 3.1305 | .37689 | تکنسین(آزمایشگاه، رادیولوژی، دارویی) | 3.3025 | | .30851 | |
| دکتری و بالاتر | 3.2107 | .13477 | میانگین کل | | | 3.1450 | |

پس از انجام اقدامات اصلاحی، فرهنگ ایمنی بیمار مجددا مورد ارزیابی قرار گرفت که ابعاد و مشخصات آن در جدول 5 نشان داده شده است.

**جدول 5- ابعاد پایش فرهنگ ایمنی بیمار در مرحله دوم**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **انحراف معیار** | **میانگین** | **ابعاد** | **ردیف** |
| 0.308 | 3.534 | محل کار | 1 |
| 0.497 | 3.377 | مولفه‌های مسئول مستقیم | 2 |
| 0.472 | 3.438 | ارتباطات و بازخورد | 3 |
| 0.332 | 3.171 | فراوانی وقایع گزارش شده | 4 |
| 0.603 | 3.785 | درجه ایمنی بیمار | 5 |
| 0.332 | 3.171 | مولفه‌های بیمارستان | 6 |
| 0.913 | 1.572 | تعداد حوادث گزارش شده | 7 |
| 0.368 | 3.145 | میانگین فرهنگ ایمنی | کل |

مقایسه پایش مرحله اولیه فرهنگ ایمنی بیمار با مرحله دوم بعد از انجام مداخلات و اصلاحات نشان داد که پایین‌ترین سطح فرهنگ ایمنی مربوط به تعداد حوادث گزارش شده می باشد و درجه ایمنی بیمار بالاترین میزان را دارا می‌باشد. همچنین تفاوت پایش مرحله اول با مرحله دوم مرحله تعیین سطح فرهنگ ایمنی در جدول 6 نشان داده شده است و ارتباط معنا داری میان دو مرحله مشاهده نشد.

**جدول 6- مقایسه مرحله اولیه پایش فرهنگ ایمنی بیمار با مرحله دوم بعد از مداخلات و اقدام اصلاحی**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ابعاد** | **مرحله اول** | | **مرحله دوم** | | **سطح معناداری** |
| **میانگین** | **انحراف معیار** | **میانگین** | **انحراف معیار** |
| **محل کار** | 3.2 | .44252 | 3.5 | .03081 | عدم معناداری |
| **مسئول مستقیم** | 3.4 | .81287 | 3.3 | .04970 | عدم معناداری |
| **ارتباطات و بازخورد** | 3.3 | .70668 | 3.4 | .04721 | عدم معناداری |
| **فراوانی وقایع گزارش شده** | 3.2 | .40468 | 3.1 | .03329 | عدم معناداری |
| **درجه ایمنی بیمار** | 3.5 | .85831 | 3.7 | .06036 | عدم معناداری |
| **بیمارستان شما** | 3.2 | .58796 | 3.1 | .03329 | عدم معناداری |
| **تعداد حوادث گزارش شده** | 1.2 | .72124 | 1.5 | .09133 | عدم معناداری |
| **کل** | **3.0** | **.39974** | **3.1** | **.03683** | عدم معناداری |

**4. بحث**

مطالعه حاضر با هدف سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان منتخب با رویکرد اعتباربخشی ملی و استانداردهای بیمارستان‌های دوستدار ایمنی انجام شد. یافته‌های مرحله اول پایش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان منتخب نشان دهنده میانگین مولفه‌های فرهنگ ایمنی شامل محل کار، مسئول مستقیم، ارتباطات و بازخورد، فراوانی وقایع گزارش‌شده، درجه ایمنی بیمار، بیمارستان و تعداد حوادث گزارش شده است که میانگین کل فرهنگ ایمنی بیمارستان در این مرحله 3.09 بود. تحقیق ایزدی و همکاران در سال 1391 با عنوان سنجش ایمنی بیمار در بیمارستان فاطمه الزهرا نجف آباد، نشان داد که اقدامات و انتظارات مدیریتی %76، کار تیمی در درون واحد %75، یادگیری سازمانی %73، بازخورد و ارتباطات درباره‌ی خطا %70، انتقال دورن بیمارستانی %69، ارتباطات باز %68، حمایت مدیریت %65، کار تیمی بین واحدها %62، پاسخ غیر تنبیهی به خطا %54 و کارکنان کافی %48 امتیاز مربوط را کسب نمودند. از نظر گزارش خطا، %64 از کارکنان سابقه‌ هیچ‌ گونه گزارش خطا را نداشته‌اند. میانگین نمره‌ی درجه‌ی ایمنی بیمار در بیمارستان 36/3 (از 5) بود و بر اساس نتایج آزمون‌ها میان تعامل مستقیم یا غیر مستقیم با بیمار در رابطه با درجه‌ی ایمنی بیمار اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (P>0/05) و بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، این اختلاف در بخش زایشگاه و در کارکنان ماما با سایر کارکنان معنی‌دار بود (P<0/001). همچنین اختلاف معنی‌داری میان نمره‌ فرهنگ ایمنی بیمار در بین کارکنان بخش‌های مختلف، سابقه‌ کار در بیمارستان، سابقه‌ کار در واحد فعلی خدمت و نوع تماس با بیمار وجود نداشت (P<0/05). هر چند از نظر نمره‌ کلی، فرهنگ ایمنی بیمار در وضعیت به طور نسبی قابل قبولی قرار داشت، ابعاد پاسخ غیر تنبیهی به خطا، کارکنان کافی، کار تیمی بین واحدها و حمایت مدیریت نیازمند مداخله‌ی سریع شناخته شدند. با توجه به موارد ذکر شده بیمارستان می‌تواند با برنامه‌ریزی و اقدام در این زمینه‌ها نسبت به ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار اقدام نماید (20).

در مطالعه‌ای دیگر بقایی و همکاران در سال 1391 پژوهشی با عنوان ﺑﺮﺭﺳﻲ ﻭﺿﻌﻴﺖ ﻓﺮﻫﻨﮓ ﺍﻳﻤﻨﻲ ﺑﻴﻤﺎﺭ ﺩﺭ ﮐﺎﺭﮐﻨﺎﻥ ﻣﺮﺍﮐﺰ ﺁﻣﻮﺯﺷﻲ ﻭ ﺩﺭﻣﺎﻧﻲ ﻭﺍﺑﺴﺘﻪ ﺑﻪ ﺩﺍﻧﺸﮕﺎﻩ ﻋﻠﻮﻡ ﭘﺰﺷﮑﻲ ﺍﺭﻭﻣﻴﻪ انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که نمره‌ای که کارکنان به فرهنگ ایمنی در واحد کاری خود داده‌اند، %23 مربوط به نمره عالی و خیلی خوب، %52 نمره قابل قبول، %20 نمره ضعیف و %5 نمره مردودی بوده است. در حدود %70 افراد گفته‌اند که کارکنان نمی‌توانند آزادانه و به طور راحت تصمیمات و اقدامات مسئولین بیمارستان را مورد سؤال قرار دهند. مناطقی که نقطه قوت محسوب می‌شوند شامل حیطه کار تیمی درون واحدها در بیمارستان می‌باشد. اما نقاطی که نیاز به ارتقا و بهبود دارند، شامل پاسخ غیر تنبیهی به اشتباهات، مسائل کاری مربوط به کارکنان، فراوانی گزارش دهی وقایع، باز بودن مجاری ارتباطی و حمایت مدیریت از ایمنی بیمار بودند. درنتیجه رهبری یک عنصر کلیدی و حیاتی در اولویت بخشیدن به موضوع ایمنی بیمار محسوب می‌شود. همچنین نحوه پاسخ به اشتباهات، تعیین کننده فرهنگ ایمنی در بیمارستان می‌باشد. به منظور ارتقا و ایجاد فرهنگ ایمنی مطلوب در بیمارستان می‌بایست ترس از سرزنش شدن در قبال اشتباهات را حذف و جوی سرشار از ارتباطات باز و یادگیری مستمر را در بیمارستان پیاده کرد (21). از دیگر نتایج مطالعه حاضر مقایسه پایش مرحله اولیه فرهنگ ایمنی با مرحله دوم بعد از مداخلات بود که نشان داد پایین‌ترین سطح فرهنگ ایمنی مربوط به تعداد حوادث گزارش شده می‌باشد و درجه ایمنی بیمار نیز بالاترین میزان را شامل شد. همچنین تفاوت پایش مرحله اول با مرحله دوم مرحله تعیین سطح فرهنگ ایمنی اندک و ارتباط معنی داری میان آنها مشاهده نشد. در مطالعه‌ای جباری و همکاران در سال 1394 با عنوان ارتباط بين فرهنگ ايمني بيمار و رفتار حرفه اي پرستاران در چارچوب اجراي حاکميت باليني نشان دادند که از ديدگاه پاسخ دهندگان رفتار حرفه اي پرستاران و فرهنگ ايمني بيمار در مراکز آموزشي درماني در شهر رشت در سطح متوسط قرار دارد. همچنين نتايج این تحقيق نشان داد که بين رفتار حرفه اي پرستاران و فرهنگ ايمني بيمار رابطه معني دار و مستقيم ( p<0.01) وجود دارد. هر چه ميزان رفتار حرفه‌اي پرستاران افزايش يابد فرهنگ ايمني بيمار بهبود خواهد يافت. به نظر مي رسد با يک برنامه توانمند ساز بتوان جوي در مجموعه کاري به وجود آورد که افراد در رفتار کاري و حرفه اي مسئوليت بيشتر احساس نمايند و فرهنگ ايمني بيمار و امنيت بيماران افزايش يابد (22). در تحقیقی دیگر دليخون و همکاران مطالعه‌ای با عنوان بررسي فرهنگ ايمني بيمار در يکي از بيمارستان‌هاي شهر شيراز بر روي 210 نفر از کارکنان باليني انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد از ميان متغيرهاي مورد بررسي، ارتباط معني داري بين نمره فرهنگ ايمني با شغل، بخش‌هاي مختلف بيمارستان و سن افراد وجود دارد (P<0.050). بيشترين سطح فرهنگ ايمني نيز به ترتيب به بخش‌هاي آزمايشگاه، راديولوژي و جراحي اختصاص داشت (23). اگرچه وضعيت فرهنگ ايمني بيمار در بيمارستان مورد بررسي در سطح خوبي ارزيابي گرديد، اما به منظور ارتقاي آن به سطح عالي، ضروري است مداخلات مورد نياز از جمله آموزش مداوم کارکنان و بهبود مستمر نظام حاکميت باليني توسط بيمارستان برنامه ريزي و اجرا گردد.

**5. نتیجه گیری**

مقایسه پایش مرحله اولیه فرهنگ ایمنی با مرحله دوم بعد از مداخلات نشان داد که مولفه‌های محل کار، ارتباطات و بازخورد، درجه ایمنی بیمار و تعداد حوادث گزارش شده بهبود پیدا کرده است اما مولفه مسئول مستقیم، فراوانی وقایع گزارش شده، بیمارستان شما، بهبودی حاصل نشده است و نهایتا اینکه ارتباط معنا داری مشاهده نشد. توجه هر چه بیشتر به فرهنگ ایمنی بیمار منجر به توسعه و پیشرفت بیمارستان‌های کشور شده و آن‌ها را به سمت بیمارستان دوستدار بیمار هدایت خواهد کرد. هم چنین می‌بایست به ابعاد دارای میانگین پایین به جهت ارتقا و تقویت این ابعاد توجه ویژه داشت. با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود با  ایجاد راهکارهای تشویقی جهت گزارش حوادث توسط کادر درمانی، تقویت همکاری بین بخشی و نیز تقویت ارتباطات واحدهای بیمارستان از طریق تعامل، ارتباط صمیمی سوپروایزر یا مدیر مستقیم با زیردستان، آموزش افرادکم سابقه و تناسب تعداد نیرو با وظایف محوله کادر درمانی فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز درمانی ارتقا یافته و از بروز خطاها و اشتباهات انسانی کاسته شود.

**References**

1. Hatch MJ. Organization theory: Modern, symbolic, and postmodern perspectives: Oxford university press; 2018.

2. Robbins SP. Organization Theory: Structures, Designs, And Applications, 3/e: Pearson Education India; 1990.

3. Deshpande R, Webster Jr FE. Organizational culture and marketing: defining the research agenda. Journal of marketing. 1989;53(1):3-15.

4. Santos J, Gonçalves GMR. Organizational culture, internal marketing, and perceived organizational support in Portuguese higher education institutions. 2018.

5. SALMANINEZHAD R, DANESHVAR M, MIRFAKHREDINI SH. PROMOTION OF ORGANIZATIONAL CULTURE: APPLICATION OF IRANIAN BUSINESS EXCELLENCE MODEL. BEHBOOD MODIRIAT. 2012;6(1 (15)):-.

6. Mohammadian M, Shahsavari H. An Investigation of Organizational Culture of a Military Unit by Institutional Approach. Journal of Research in Human Resources Management. 2019;10(4):217-32.

7. Cooper MD. Towards a model of safety culture. Safety science. 2000;36(2):111-36.

8. Choudhry RM, Fang D, Mohamed S. The nature of safety culture: A survey of the state-of-the-art. Safety science. 2007;45(10):993-1012.

9. Pittet D, Panesar S, Wilson K, Longtin Y, Morris T, Allan V, et al. Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a National Patient Safety Agency feasibility study. Journal of Hospital Infection. 2011;77(4):299-303.

10. Rosenstock IM. Why people use health services. The Milbank Quarterly. 2005;83(4).

11. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC health services research. 2011;11(1):1-12.

12. Reis CT, Paiva SG, Sousa PJIJfQiHC. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. 2018;30(9):660-77.

13. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. BMJ quality & safety. 2003;12(suppl 2):ii17-ii23.

14. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. Journal of nursing scholarship. 2010;42(2):156-65.

15. Ravaghi H, Barati Marnani A, Hosseini AF, Takbiri A. The Relationship between Health Care Providers' Perceptions of Patient Safety Culture and Patients' Perceptions of Medical Errors in Teaching Hospitals in Tehran: 2011. Journal of Health Administration. 2012;15(48):57-68.

16. SHARIF M, MOTAGHI M, SEHHAT M. COMPRESSION OF CLINICAL INDICATORS BEFORE AND AFTER THE IMPLEMENTATION OF CLINICAL GOVERNANCE AND ACCREDITATION PROGRAMS IN BEHESHTI HOSPITAL -2012. BEYHAGH. 2015;20(2 (33)):-.

17. Shavelson RJ. Statistical reasoning for the behavioral sciences. 1988.

18. Sorra J, Nieva V. Hospital survey on patient safety culture: agency for healthcare research and quality. 2004. 2017.

19. Devilly GJ, Borkovec TD. Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2000;31(2):73-86.

20. IZADI AR, DRIKVAND J, EBRAZEH A. THE PATIENT SAFETY CULTURE IN FATEMEH ZAHRA HOSPITAL OF NAJAFABAD, IRAN. HEALTH INFORMATION MANAGEMENT. 2013;9(6):-.

21. Baghaee R, Nourani D, Khalkhali H, Pirnejad H. EVALUATING PATIENT SAFETY CULTURE IN PERSONNEL OF ACADEMIC HOSPITALS IN URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES IN 2011. Nursing and Midwifery Journal. 2012;10(2):0-.

22. JABBARI F, OOSHAKSARAIE M, AZADEHDEL MR, MEHRABIAN F. RELATIONSHIP BETWEEN PATIENT SAFETY CULTURE AND PROFESSIONAL CONDUCT OF NURSES IN CONTEXT OF CLINICAL GOVERNANCE IMPLEMENTATION. JOURNAL OF HOLISTIC NURSING AND MIDWIFERY. 2015;25(77):-.

23. JAHANGIRI M, HAGHSHENAS H, MALEKI S, GHORBANI M, DELIKHOON M. SURVEY OF PATIENT SAFETY CULTURE IN A HOSPITAL IN SHIRAZ, IRAN, IN 2015. HEALTH SYSTEM RESEARCH. 2017;13(2 #M0020):-.