



Survey Patient Safety Culture and Providing Solutions to Improve Patient Safety Culture: A Cross-Sectional Study

Abstract

Introduction: 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.

Finding: 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

Authors:

Mohammad Mohammadian¹
Maryam Yaghoubi²
Parisa Mehdizadeh³
Mohammad Bokharaci⁴
Reza Tavakkol⁵
Naseh Pahlavani^{6*}
Saeed Ghasemi⁷
Ayob Solimani tabar⁷
Vahid Hadi⁷

Affiliations

- 1- Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- 2- Health Management Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- 3- Health Management Research Center, Lifestyle Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- 4- Department of Operating Room, University of Medical Sciences. Islamic Azad University, Qazvin, Iran
- 5- Department of Operating Room, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydarieh, Iran.
- 6- Health Sciences Research Center, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran. Corresponding Author. Email:nasehpahlavaniNE91@yahoo.com
- 7- Education and Research Management, Health and Treatment Center of Excellence (NEZA-JA), Tehran, Iran



پیمایش فرهنگ ایمنی بیمار و ارائه راهکار جهت ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار: مطالعه مقطعی

چکیده

محمد محمدیان^۱
مریم یعقوبی^۲
پرینسا مهدی زاده^۳
محمد بخارایی^۴
رضا توکل^۵
ناصر پهلوانی^۶
سعید قاسمی^۷
ایوب سلیمانی تبار^۷
وحید هادی^۷

مقدمه: فرهنگ ایمنی زیرمجموعه‌ای 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 کار: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ 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 کلیه کارکنان بیمارستان منتخب ۲۶۲ نفر انتخاب شدند که مشارکت تعداد ۲۵۷ نفر در مرحله اول و تعداد ۲۰۱ نفر در مرحله دوم مشارکت داشتند. به منظور ارزیابی فرهنگ ایمنی از پرسشنامه استاندارد پیمایش بیمارستانی فرهنگ ایمنی 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 (+۰.۳)، مسئول مستقیم (-۰.۱)، ارتباطات و بازخورد (+۰.۱)، فراوانی وقایع گزارش شده (-۰.۱)، درجه ایمنی بیمار (+۰.۲)، بیمارستان شما (-۰.۱)، تعداد حوادث گزارش شده (+۰.۳) نشان داده شد و ارتباط آن ها نیز معنادار نبود.

نتیجه گیری: 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 زيردستان در ارتقاء فرهنگ ایمنی موثر اقدام نمود.

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

وابستگی سازمانی نویسندگان

- ۱- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
- ۲- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
- ۳- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
- ۴- گروه تکنولوژی اتاق عمل، واحد علوم پزشکی قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی قزوین، قزوین، ایران
- ۵- گروه تکنولوژی اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
- ۶- مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران. نویسنده مسئول.
پست الکترونیک: nasehpahlavaniNE91@yahoo.com
- ۷- مدیریت آموزش و پژوهش، اداره بهداشت، امداد و درمان نازجا. تهران. ایران

مقدمه:

سازمان، پدیده‌ای اجتماعی است که به منظور تحقق اهدافش از چهار چوبی برای هدایت و کنترل رفتار اعضای خود استفاده می‌کند (۱). بر اساس آن با ایجاد قوانین و دستورالعمل‌ها، اعطای اختیار و سرپرستی به برخی از اعضا و تدوین شرح شغل یک ساختار سیستماتیک ایجاد می‌کند (۲-۴). فرهنگ سازمانی، مجموعه در هم تنیده‌ای از مفروضات اساسی، استنباط مشترک و خرد جمعی است که در بستر تجارب و یافته‌های قبلی، در مواجهه با مسائل درونی یا بیرونی شکل می‌گیرد (۵). فرهنگ ایمنی زیر مجموعه‌ای از فرهنگ سازمانی است (۷). که شامل مجموعه‌ای از هنجارها، عقاید، نگرش‌ها و اقدامات درباره احتیاط‌های کلی است که بین افراد در یک محل معین و زمان مشخص می‌باشد (۸). فرهنگی که در آن، کارکنان یک سازمان درباره پتانسیل وقوع خطا، دانشی فعال و پویا دارند و هم کارکنان و هم سازمان قادر به شناسایی اشتباهات و یادگیری از آنها هستند و اقداماتی را برای انجام صحیح امور انجام می‌دهند (۹).

یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، ایمنی مددجو است که به معنای جلوگیری از وارد شدن هر گونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت می‌باشد. این صدمات شامل خطاهای دارویی، عوارض اعمال جراحی، تشخیص‌های نادرست، خرابی دستگاه‌ها و تجهیزات و موارد دیگری نظیر عفونت‌های بیمارستانی، سقوط، زخم بستر و عوارض جانبی تجهیزات پزشکی و در نهایت مرگ بیماران می‌باشد (۱۰). به همین دلیل در سیستم بهداشتی، ایمنی بیمار یک اولویت است. آمارها حاکی از آن است که درصد غیرقابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم‌های نظام سلامت بخصوص بیمارستان‌ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می‌گردند. حدود ۸۰ درصد حوادث ریشه در فاکتورهای انسانی دارند و به اشتباهات انسانی باز می‌گردند. بنابراین جهت رسیدن به محیط امن و سالم، باید به طور ریشه‌ای با حوادث مقابله کرد و علل ریشه‌ای و بنیادی آنها را حذف کرد. عامل فوق العاده مهمی که می‌تواند در این راه به ما کمک کند فرهنگ ایمنی است (۱۰). یکی از عواملی که نقش مؤثری در ارتقای سطح ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی - درمانی دارد، وجود فرهنگ ایمنی بیمار در این مراکز است (۱۱). ایمنی بیمار به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت و از مباحث مهم جامعه پزشکی و سازمان بهداشت جهانی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه است که به صورت پیشگیری و کاهش پیامدهای نامطلوب و آسیب‌های در حین ارائه مراقبت‌های بهداشتی تعریف شده است (۱۰، ۱۲). نکته قابل توجه این است که این اشتباهات صرفاً به شکل خطای یک فرد ظاهر نمی‌شوند، بلکه اغلب در قالب یک فرهنگ رفتاری ناقص شکل می‌گیرند. لذا بایستی در صدد تقویت و افزایش سطح فرهنگ ایمنی که همانا نظام باورها و ارزش‌های مشترک یک سازمان نسبت به ایمنی کار است، باشیم تا رفتارها ایمن‌تر گردد (۱۳). شاخصه فرهنگ ایمنی قوی، تعهد مدیریت به یادگیری از اشتباهات، تشویق و تمرین دادن نسبت به کار تیمی، شناسایی خطرات بالقوه، استفاده از سیستم گزارش دهی و تجزیه و تحلیل حوادث ناگوار رخ داده

در بیمارستان در ارتباط با ایمنی بیمار و ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بین کارکنان است (۱۴). مطالعات نشان می‌دهد به طور متوسط ۱۰ درصد از تمام بیماران بستری، به درجات مختلف دچار آسیب می‌شوند و برآورد می‌شود تا ۷۵ درصد این خطاها قابل پیشگیری است. در واقع تخمین زده می‌شود که بین ۵ تا ۱۰ درصد هزینه‌های سلامت ناشی از خدمات بالینی غیرایمن است که منجر به آسیب بیماران می‌گردد (۱۵). با توجه به موارد فوق، آمار و گزارشات خطاهای پزشکی، موضوع ایمنی 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 و تشویق‌های صورت گرفته، گزارش خطاهای درمانی در سال ۹۴ نسبت به سال ۹۳ 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 ۷۰۰ تخت فعال باید روزانه ۷۰۰ خطا گزارش شود. علی‌رغم افزایش چشمگیر گزارش خطاها، همچنان این میزان خطا گزارش شده ۹ درصد از خطاهای اتفاق افتاده است (۱۶). 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 انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ 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 آماری این پژوهش شامل کلیه کارکنان بیمارستان منتخب در بخش‌های 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 ریبارد جی شیولسون (۱۷) ۲۶۲ نفر انتخاب شدند که ۲۵۷ نفر در مرحله اول و تعداد ۲۰۱ نفر در مرحله دوم مشارکت نمودند. به منظور ارزیابی فرهنگ ایمنی از پرسشنامه استاندارد پیمایش بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار (HSOPSC) استفاده شد. این پرسشنامه توسط آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت (AHRQ) در سال ۲۰۰۴ طراحی گردیده است (۱۸) و تاکنون بارها جهت ارزیابی نظرات کارکنان بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار

جدول ۱- نتایج آزمون پایایی ابزار

ردیف	تعداد آیتم	آلفای کرونباخ
مرحله اول پیمایش	۴۳	۰.۸۸
مرحله دوم پیمایش	۴۳	۰.۸۳

مداخله‌ای با توجه به یافته‌ها اولیه جهت تقویت فرهنگ ایمنی بیمار بر اساس نظر خبرگان ارائه شد. پانل خبرگان طی یک جلسه ۲ 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 ۳ 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 (۱-۳) 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 ۱۰ 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 صرفاً بعد از وقوع یک حادثه ناخواسته، ترس کارکنان از سوال در مورد مسائلی که به نظرشان درست نمی‌آید، اعتقاد کارکنان به سریع‌تر کار کردن 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 نهایتاً اعتقاد کارکنان به عدم کفایت تعداد نیروی انسانی جهت خدمات ایمن کافی در ارتباط با حیطه مولفه‌های کار دریافت شد.

نتایج مولفه‌های پایش فرهنگ ایمنی بیمار در مرحله دوم

در مرحله دوم مطالعه، فرهنگ ایمنی بیمار بعد از اقدامات اصلاحی و با گذشت ۹ ماه مجدداً مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۴ ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مرحله دوم مطالعه را نشان می‌دهد.

پس از انجام اقدامات اصلاحی، فرهنگ ایمنی بیمار مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفت که ابعاد و مشخصات آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

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 می‌باشد و درجه ایمنی بیمار بالاترین میزان را دارا می‌باشد. همچنین تفاوت پایش مرحله اول با مرحله دوم مرحله تعیین سطح فرهنگ ایمنی در جدول ۶ نشان داده شده است و ارتباط معنا داری میان دو مرحله مشاهده نشد.

مطالعه حاضر با هدف سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در

در نقاط مختلف دنیا مورد استفاده قرار گرفته است. در این مطالعه جهت تهیه پرسشنامه، ابتدا شاخص‌ها و مولفه‌های آن از طریق منابع و مقالات علمی استخراج گردید. سپس گویه‌های پرسشنامه تدوین گردید و روایی آن با نظرخواهی از ۱۰ 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 به کار گرفته می‌شود. این معیارها معادل روایی درونی، روایی بیرونی، پایایی و عینیت در پژوهش‌های کمی است (۱۹). در این مطالعه پایایی ابزار با استفاده از آزمون الفای کرونباخ در مرحله اول با ۰.۸۸ و در مرحله دوم با ۰.۸۳ بدست آمد (جدول ۱). 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 ۲۲ استفاده شد. 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.۱۳۹۹.۵۰۴ از کمیته اخلاق این دانشگاه می‌باشد.

یافته ها

در این مطالعه ۲۵۷ نفر از کلیه کارکنان بیمارستان منتخب مشارکت نمودند. در جدول ۲ مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان نشان داده شده است. اکثر شرکت کنندگان این مطالعه خانم (۵۰.۲) درصد، شاغل در بخش‌های جراحی (۱۰.۲۶) درصد، در رده سنی ۴۱-۵۰ سال (۴۰.۱) درصد، دارای مدرک کارشناسی (۴۷.۵) درصد و عضویت قراردادی (۵۷.۲) درصد بودند.

نتایج مولفه‌های پایش فرهنگ ایمنی بیمار در مرحله اول

در این مطالعه از ابزار پرسشنامه استاندارد ارزیابی بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار استفاده شده است. 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 شده‌اند. جدول ۳ ابعاد و نتایج این مطالعه ارزیابی شده با استفاده از پرسشنامه استاندارد ارزیابی بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار را نشان می‌دهد.

پس از ارزیابی‌های صورت گرفته در مرحله اول، راهکارهای

جدول ۲- مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مرحله اول

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد	متغیر	سطوح	فراوانی	درصد
۱. بخش‌های تخصصی	بخش‌های داخلی	۵۸	۲۲.۶	۲. رشته تحصیلی	علوم پزشکی	۱۶۸	۶۵.۴
	بخش‌های جراحی	۶۷	۲۶.۱		علوم انسانی	۴۲	۱۶.۳
	کودکان	۸	۳.۱		علوم پایه	۱۲	۴.۷
	اعصاب و روان	۱۰	۳.۹		فنی و مهندسی	۱۳	۵.۱
	دپارتمان اورژانس	۲۲	۸.۶		هنر	۳	۱.۲
	واحد مراقبت‌های ویژه	۲۳	۸.۹		بدون پاسخ	۱۹	۷.۴
۳. جنسیت	اتاق عمل	۱۸	۷	۳. عضویت	رسمی نظامی	۱۰۱	۳۹.۳
	تصویربرداری	۳	۱.۲		قراردادی	۱۴۷	۵۷.۲
	چندین واحد متفاوت	۲	۰.۸		بدون پاسخ	۹	۳.۵
	بدون پاسخ	۴۶	۲۲.۶		متصدی	۷۳	۲۸.۴
۴. سن	مرد	۱۱۸	۴۵.۹	۴. نوع شغل	متخصص	۴۶	۱۷.۹
	زن	۱۲۹	۵۰.۲		کارشناسی	۹۹	۳۸.۵
	بدون پاسخ	۱۰	۳.۹		بدون پاسخ	۲۴	۹.۳
۵. تحصیلات	سال و کمتر ۳۰	۴۶	۱۷.۹	۵. سمت شغلی	پزشک متخصص	۲۹	۱۱.۳
	۳۱-۴۰	۹۰	۳۵		پزشک عمومی	۳	۱.۲
	۴۱-۵۰	۱۰۳	۴۰.۱		رزیدنت	۹	۳.۵
	و بیشتر ۵۱	۱۷	۶.۶		پرستار	۱۱۲	۴۳.۶
	بدون پاسخ	۱	۰.۴		کمک بهیار	۳۷	۱۴.۴
	دپلم و کمتر	۵۹	۲۳		منشی	۴۹	۱۹.۱
	فوق دیپلم	۲۲	۸.۶		ماما	۶	۲.۳
	کارشناسی	۱۲۲	۴۷.۵		تکنسین (آزمایشگاه، رادیولوژی، دارویی)	۱	۰.۴
	کارشناسی ارشد	۱۰	۳.۹		مدیر اجرایی	۱	۰.۴
	دکتری و بالاتر	۴۳	۱۶.۷		بدون پاسخ	۱۰	۹۶.۹
	بدون پاسخ	۱	۰.۴	کل شرکت کنندگان به تعداد ۲۵۷ نفر			

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 (۲۰). در مطالعه‌ی دیگر بقایی و همکاران در سال ۱۳۹۱ پژوهشی با عنوان بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که نمره‌ای که کارکنان به فرهنگ ایمنی در واحد کاری خود داده‌اند، ۲۳ درصد مربوط به نمره عالی و خیلی خوب، ۵۲ درصد نمره قابل قبول، ۲۰ درصد نمره ضعیف و ۵ درصد نمره مردودی بوده است. در حدود ۷۰ درصد 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

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 ۳۰.۹ بود. تحقیق ایزدی و همکاران در سال ۱۳۹۱ با عنوان سنجش ایمنی بیمار در بیمارستان فاطمه الزهرا نجف آباد، نشان داد که اقدامات و انتظارات مدیریتی ۷۶ درصد، کار تیمی در درون واحد ۷۵ درصد، یادگیری سازمانی ۷۳ درصد، بازخورد و ارتباطات درباره‌ی خطا ۷۰ درصد، انتقال دورن بیمارستانی ۶۹ درصد، ارتباطات باز ۶۸ درصد، حمایت مدیریت ۶۵ درصد، کار تیمی بین واحدها ۶۲ درصد، پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطا ۵۴ درصد و کارکنان کافی ۴۸ درصد امتیاز مربوط را کسب نمودند. از نظر گزارش خطا، ۶۴ درصد از کارکنان سابقه هیچ گونه گزارش خطا را نداشته‌اند. میانگین نمره‌ی درجه‌ی ایمنی بیمار در بیمارستان ۳،۳۶ (از ۵) 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

جدول ۳- ابعاد پایش فرهنگ ایمنی بیمار در مرحله اول

ردیف	ابعاد	میانگین	انحراف معیار
۱	محل کار	۳.۲۳	۰.۳۶۴
۲	مسئول مستقیم	۳.۴۰	۰.۶۶
۳	ارتباطات و بازخورد	۳.۳۷	۰.۵۸۲
۴	وقایع گزارش شده	۳.۲۹	۰.۶۵۸
۵	درجه ایمنی بیمار	۳.۵۹	۰.۸۵۸
۶	مولفههای بیمارستان	۳.۲۸	۰.۴۰
۷	تعداد حوادث گزارش شده	۱.۲۹	۰.۷۲۱
کل	میانگین فرهنگ ایمنی	۳.۰۹	۰.۳۹

جدول ۴- مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مرحله دوم

متغیر	سطوح	میانگین	انحراف معیار	متغیر	سطوح	میانگین	انحراف معیار
واحد سازمانی	بخشهای داخلی	۲.۹۳	۰.۲۱۰	رشته تحصیلی	علوم پزشکی	۳.۱۳	۰.۳۸
	بخشهای جراحی	۳.۱۶	۰.۳۳		علوم انسانی	۳.۰۸	۰.۳۳
	کودکان	۳.۲۸	۰.۱۴		علوم پایه	۳.۰۸	۰.۱۳
	اعصاب و روان	۳.۴۱	۰.۳۶		فنی و مهندسی	۳.۳۲	۰.۲۴
	دپارتمان اورژانس	۳.۱۳	۰.۲۹	عضویت	رسمی نظامی	۳.۰۹	۰.۳۰
	واحد مراقبتهای ویژه	۳.۰۸	۰.۳۹		قراردادی	۳.۲۰	۰.۳۶
	اطاق عمل	۳.۱۴	۰.۳۹		سایر	۲.۶۹	۰.۳۹
	تصویربرداری	۳.۲۰	۰.۳۰		متصدی	۳.۲۳	۰.۳۴
	چندین واحد متفاوت	۲.۴۸۰۸	۰.۲۱	رتبه	متخصص	۳.۰۷	۰.۲۱
	مردان	۳.۰۷	۰.۳۶		کارشناسی	۳.۱۲	۰.۳۷
جنسیت	زنان	۳.۱۸	۰.۳۵	سمت شغلی	پزشک متخصص	۳.۲۱	۰.۱۳
	مردان	۳.۰۲	۰.۵۰		رزیدنت	۲.۸۳	۰
سن	۳۱-۴۰	۳.۱۳	۰.۳۴		پرستار	۳.۰۶	۰.۳۹
	۴۱-۵۰	۳.۱۹	۰.۳۲		کمک بهیار	۳.۲۸	۰.۳۱
	۵۱ و بیشتر	۳.۱۸	۰.۲۵		منشی	۳.۱۲	۰.۲۰
	دیپلم و کمتر	۳.۲۹	۰.۳۱		ماما	۳.۱۵	۰.۱۱
	فوق دیپلم	۳.۲۴	۰.۳۸		روانشناس	۳.۳۹	۰
	کارشناسی	۳.۰۷	۰.۳۶		تکنسین (آزمایشگاه، رادیولوژی، دارویی)	۳.۳۰	۰.۳۰
	کارشناسی ارشد	۳.۱۳	۰.۳۷		میانگین کل		۳.۱۴۵۰
	دکتری و بالاتر	۳.۲۱	۰.۱۳				

ایمنی بیمار بودند. در نتیجه رهبری یک عنصر کلیدی و حیاتی در اولویت بخشیدن به موضوع ایمنی بیمار محسوب می شود. همچنین نحوه پاسخ به اشتباهات، تعیین کننده فرهنگ ایمنی در بیمارستان می باشد. به منظور ارتقا و ایجاد فرهنگ ایمنی مطلوب در بیمارستان می بایست ترس از سرزنش شدن در قبال اشتباهات را حذف و جوی سرشار از ارتباطات باز و یادگیری مستمر را در بیمارستان پیاده کرد (۲۱). از دیگر نتایج مطالعه حاضر مقایسه پایش مرحله اولیه فرهنگ ایمنی با مرحله دوم بعد از مداخلات بود که نشان داد پایین ترین سطح فرهنگ

ایمنی بیمار بودند. در نتیجه رهبری یک عنصر کلیدی و حیاتی در اولویت بخشیدن به موضوع ایمنی بیمار محسوب می شود. همچنین نحوه پاسخ به اشتباهات، تعیین کننده فرهنگ ایمنی در بیمارستان می باشد. به منظور ارتقا و ایجاد فرهنگ ایمنی مطلوب در بیمارستان می بایست ترس از سرزنش شدن در قبال اشتباهات را حذف و جوی سرشار از ارتباطات باز و یادگیری مستمر را در بیمارستان پیاده کرد (۲۱). از دیگر نتایج مطالعه حاضر مقایسه پایش مرحله اولیه فرهنگ ایمنی با مرحله دوم بعد از مداخلات بود که نشان داد پایین ترین سطح فرهنگ

جدول ۵- ابعاد پایش فرهنگ ایمنی بیمار در مرحله دوم

ردیف	ابعاد	میانگین	انحراف معیار
۱	محل کار	۳.۵۳۴	۰.۳۰۸
۲	مولفه‌های مسئول مستقیم	۳.۳۷۷	۰.۴۹۷
۳	ارتباطات و بازخورد	۳.۴۳۸	۰.۴۷۲
۴	فراوانی وقایع گزارش شده	۳.۱۷۱	۰.۳۳۲
۵	درجه ایمنی بیمار	۳.۷۸۵	۰.۶۰۳
۶	مولفه‌های بیمارستان	۳.۱۷۱	۰.۳۳۲
۷	تعداد حوادث گزارش شده	۱.۵۷۲	۰.۹۱۳
کل	میانگین فرهنگ ایمنی	۳.۱۴۵	۰.۳۶۸

جدول ۶- 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	۳.۲	۰.۴۴	۳.۵	۰.۰۳	عدم معناداری
مسئول مستقیم	۳.۴	۰.۸۱	۳.۳	۰.۰۴	عدم معناداری
ارتباطات و بازخورد	۳.۳	۰.۷۰	۳.۴	۰.۰۴	عدم معناداری
فراوانی وقایع گزارش شده	۳.۲	۰.۴۰	۳.۱	۰.۰۳	عدم معناداری
درجه ایمنی بیمار	۳.۵	۰.۸۵	۳.۷	۰.۰۶	عدم معناداری
بیمارستان شما	۳.۲	۰.۵۸	۳.۱	۰.۰۳	عدم معناداری

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 نهایتاً اینکه ارتباط معناداری 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 زبردستان، آموزش افراد کم 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.

تشکر و قدردانی: از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارم.

این تحقیق نشان داد که بین رفتار حرفه ای پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معنی دار و مستقیم ($P < 0.001$) وجود دارد. هر چه میزان رفتار حرفه‌ای پرستاران افزایش یابد فرهنگ ایمنی بیمار بهبود خواهد یافت. به نظر می‌رسد با یک برنامه توانمند ساز بتوان جوی در مجموعه کاری به وجود آورد که افراد در رفتار کاری و حرفه ای مسئولیت بیشتر احساس نمایند و فرهنگ ایمنی بیمار و امنیت بیماران افزایش یابد (۲۲). در تحقیقی دیگر دلیخون و همکاران مطالعه‌ای با عنوان بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در یکی از بیمارستان‌های شهر شیراز بر روی ۲۱۰ نفر از کارکنان بالینی انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد از میان متغیرهای مورد بررسی، ارتباط معنی داری بین نمره فرهنگ ایمنی با شغل، بخش‌های مختلف بیمارستان و سن افراد وجود دارد ($P < 0.05$). بیشترین سطح فرهنگ ایمنی نیز به ترتیب به بخش‌های آزمایشگاه، رادیولوژی و جراحی اختصاص داشت (۲۳). اگرچه وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان مورد بررسی در سطح خوبی ارزیابی گردید، اما به منظور ارتقای آن به سطح عالی، ضروری است مداخلات مورد نیاز از جمله آموزش مداوم کارکنان و بهبود مستمر نظام حاکمیت بالینی توسط بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرا گردد.

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 PJJfQiHC. 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):-.