



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 Bokharaei⁴
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 Heydariyeh, 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



پیمايش فرهنگ ايمني بيمار و ارائه راهکار جهت ارتقاء فرهنگ ايمني بيمار: مطالعه مقطعي

چكیده

محمد محمديان^۱
مریم یعقوبی^۲
پریسا مهدی زاده^۳
محمد بخارابی^۴
رضا توکل^۵
ناصح پهلواني^۶
سعید قاسمی^۷
ایوب سلیمانی تبار^۸
وحید هادی^۹

مقدمه: فرهنگ ايمني زيرمجموعه‌اي از فرهنگ سازمانی است و عقاید و ارزش‌ها به طور خاص منعكس کننده سلامت و ايمني است. پژوهش حاضر با هدف سنجش فرهنگ ايمني بيمار در بيمارستان منتخب با رویکرد اعتباربخشی ملي و استانداردهای بيمارستان‌های دوستدار ايمني انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر يك مطالعه مقطعي است که در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ در دانشگاه علوم پزشكى بقیه الله (عج) انجام شد. اين پژوهش کاربردي يك مطالعه توصيفي است که به روش كيفي انجام شد. حجم نمونه اين مطالعه با استفاده از فرمول ريقارد جي شيلوسون و از كليه کارکنان بيمارستان منتخب ۲۶۲ نفر انتخاب شدند که مشاركت تعداد ۲۵۷ نفر در مرحله اول و تعداد ۲۰۱ نفر در مرحله دوم مشاركت داشتند. به منظور ارزیابی فرهنگ ايمني از پرسشنامه استاندارد پیمايش بيمارستانی فرهنگ ايمني بيمار (HSOPSC) استفاده شد.

ياfته‌ها: مقایسه پايش مرحله اولیه فرهنگ ايمني با مرحله دوم از مداخلات نشان داد که پايان ترين سطح فرهنگ ايمني با تعداد حوادث گزارش شده می باشد و درجه ايمني بيمار بالاترین رتبه را دارد. همچنين تفاوت پايش مرحله اول با مرحله دوم تعیین سطح فرهنگ ايمني، محل کار(۳+۰)، مسئول مستقيمه(۱+۰)، ارتباطات و بازخورد(۱+۰)، فراوانی و قایع گزارش شده(۱-۰)، درجه ايمني بيمار(۰+۰)، بيمارستان شما(۰-۰)، تعداد حوادث گزارش شده(۰+۰.۳) نشان داده شد و ارتباط آن ها نيز معنadar نبود.

نتيجه گيري: با توجه به نتایج اين مطالعه، می توان با تقويت همکاري بین بخشی و نيز تقويت ارتباطات واحدات بيمارستان از طریق تعامل و ارتباط صمیمي سوبروايزر با زیردستان در ارتقاء فرهنگ ايمني موثر اقدام نمود.

كلمات کلیدی: فرهنگ ايمني بيمار، پرسنل مراقبت بهداشتی، بيمارستان

وابستگی سازمانی نويسندگان

- ۱- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشكى بقیه الله (عج)، تهران، ايران
- ۲- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشكى بقیه الله (عج)، تهران، اiran
- ۳- مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، پژوهشکده سبک زندگی، دانشگاه علوم پزشكى بقیه الله (عج)، تهران، اiran
- ۴- گروه تکنلوجی اتاق عمل، واحد علوم پزشكى قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی قزوین، قزوین، اiran
- ۵- گروه تکنلوجی اتاق عمل، دانشکده پرستاري و مامایي، دانشگاه علوم پزشكى تربت حيدريه، تربت حيدريه، اiran
- ۶- مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشكى تربت حيدريه، تربت حيدريه، اiran. نويسنده مسئول.
پست الکترونيک: nasehpahlavaniNE91@yahoo.com
- ۷- مدیریت آموزش و پژوهش، اداره بهداشت، امداد و درمان نزاجا. تهران . اiran

مقدمه:

در بیمارستان در ارتباط با اینمنی بیمار و ارزیابی فرهنگ اینمنی بیمار در بین کارکنان است(۱۴). مطالعات نشان می‌دهد به طور متوسط ۱۰ درصد از تمام بیماران بستره، 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 اینمنی 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 ۹۶ 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 تحت فعال باید روزانه ۷۰۰ خطا گزارش شود. علی‌رغم افزایش چشمگیر گزارش خطاهای 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 اینمنی بیمار، فرهنگ مطلوب اینمنی بیمار بیمارستان منتخب چیست؟ بر این اساس پژوهش حاضر با هدف پیمایش فرهنگ اینمنی بیمار و ارائه راهکار جهت ارتقاء فرهنگ اینمنی بیمار در بیمارستان منتخب نجام شد.

روشن کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ 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 استناد 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 ریاضیاتی به فرمول $R = \frac{3}{4} \sqrt{\frac{1}{n}}$ (۱۷) نفر انتخاب شدند که ۲۵۷ نفر در مرحله اول و تعداد ۲۰۱ نفر در مرحله دوم مشارکت نمودند. به منظور ارزیابی فرهنگ اینمنی از پرسشنامه استاندارد پیمایش بیمارستانی فرهنگ اینمنی بیمار (HSOPSC) استفاده شد. این پرسشنامه توسط آذانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت (AHRQ) در سال ۲۰۰۴ طراحی گردیده است(۱۸) و تاکنون بارها جهت ارزیابی نظرات کارکنان بیمارستان در مورد فرهنگ اینمنی بیمار

سازمان، پدیده‌ای اجتماعی است که به منظور تحقق اهدافش از چهار جویی برای هدایت و کنترل رفتار اعضای خود استفاده می‌کند(۱). و بر اساس آن با ایجاد قوانین و دستورالعمل‌ها، اعطای اختیار و سربرستی به برخی از اعضاء و تدوین شرح شغل یک ساختار سیستماتیک ایجاد می‌کند(۴-۲). فرهنگ سازمانی، مجموعه در هم تبیده‌ای 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 اینمنی زیر مجموعه‌ای از فرهنگ سازمانی است(۶). که شامل مجموعه‌ای از هنگاره‌ها، 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 پتسیل وقوع خطا، دانشی فعال و بیویا 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، اینمنی مددجو است که به معنای جلوگیری از وارد شدن هر گونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارایه 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 بیمار می‌باشد(۱۰). به همین دلیل در سیستم بهداشتی، اینمنی بیمار یک اولویت است. آمارها حاکی از آن است که درصد غیرقابل اعتمادی از بیماران در مواجهه با سیستم‌های نظام سلامت بخصوص بیمارستان‌ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می‌گردد. 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 علی‌ریشه‌ای و بنیادی آنها را حذف کرد. عامل فوق العاده مهمی که می‌تواند در این راه به ما کمک کند فرهنگ اینمنی است(۱۰). یکی از عواملی که نقش مؤثری در ارتقای سطح اینمنی بیمار در مراکز بهداشتی - درمانی دارد، وجود فرهنگ اینمنی بیمار در این مراکز است(۱۱). اینمنی 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(۱۲،۱۰). 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 اینمنی که همانا نظام باورها و ارزش‌های مشترک یک سازمان نسبت به اینمنی کار است، باشیم تا رفتارها این‌تر گردد(۱۳). شاخه فرهنگ اینمنی قوی، تعهد مدیریت به یادگیری از اشتباهات، تشویق و تمرین دادن نسبت به کار تیمی، شناسایی خطوات بالقوه، استفاده از سیستم گزارش دهی و تجزیه و تحلیل حوادث ناگوار رخ داده

جدول ۱- نتایج آزمون پایابی ابزار

ردیف	تعداد آیتم	آلفای کرونباخ
مرحله اول پیمایش	۴۳	.۸۸
مرحله دوم پیمایش	۴۳	.۸۳

مدخله‌ای 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 اعتبارخواهی و مسئولین بخش‌های درمانی و کارشناسان تشکیل شد. بر اساس یافته‌ها، به صورت قراردادی و توافق جمعی نمرات ۳ و ۵ کمتر به عنوان مبنای ضعف فرهنگ ایمنی قرار گرفت. بر این اساس ابتدا کل گویی‌ها مورد ارزیابی گرفت، سپس گویی‌های با نمره کمتر از حد انتظار(۱-۳) نشان دار شد و به عنوان مبنای برای یافتن راهکار شناسایی شدند. همچنین با نظر خبرگان برخی از گویی‌ها 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 خطأ 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 کارکردن و حتی نادیده گرفتن یا حذف بخشی از فرایند مراقبت توسط سوپر واپر 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 کفايت 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 دارد. 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 گویی‌های 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 پایابی 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، پایابی و عینیت در پژوهش‌های کمی است (۱۹). در این مطالعه پایابی ابزار با استفاده از آزمون الفای کرونباخ در مرحله اول با .۸۸ و در مرحله دوم با .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 و R از ۲۲ استفاده شد. مطالعه حاضر با رعایت کلیه اصول اخلاق حرفه‌ای و علمی و بر اساس دستورالعمل‌های اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (ع) انجام شده و دارای کد اخلاق به شماره IR.BMSU. REC.۱۳۹۹.۵.۰۴ از کیمیه اخلاق این دانشگاه می‌باشد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۵۷ نفر از کلیه کارکنان بیمارستان منتخب شرکت 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 (۱۲.۶) 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 پوسatar 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
نوبت تحقیقی	علوم پزشکی	۱۶۸	۶۵.۴	نوبت تحقیقی	بخش‌های داخلی	۵۸	۲۲.۶
	علوم انسانی	۴۲	۱۶.۳		بخش‌های جراحی	۶۷	۲۶.۱
	علوم پایه	۱۲	۴.۷		کودکان	۸	۳.۱
	فنی و مهندسی	۱۳	۵.۱		اعصاب و روان	۱۰	۳.۹
	هنر	۳	۱.۲		دپارتمان اورژانس	۲۲	۸.۶
	بدون پاسخ	۱۹	۷.۴		واحد مراقبتها ویژه	۲۳	۸.۹
	رسمی نظالمی	۱۰۱	۳۹.۳		اتفاق عمل	۱۸	۷
	قراردادی	۱۴۷	۵۷.۲		تصویربرداری	۳	۱.۲
	بدون پاسخ	۹	۳.۵		چندین واحد متفاوت	۲	.۸
	متتصدی	۷۳	۲۸.۴		بدون پاسخ	۴۶	۲۲.۶
نوبت	متخصص	۴۶	۱۷.۹	نوبت	مرد	۱۱۸	۴۵.۹
	کارشناسی	۹۹	۳۸.۵		زن	۱۲۹	۵۰.۲
	بدون پاسخ	۲۴	۹.۳		بدون پاسخ	۱۰	۳.۹
	پزشک متخصص	۲۹	۱۱.۳		سال و کمتر	۴۶	۱۷.۹
نوبت	پزشک عمومی	۳	۱.۲	نوبت	۲۱-۴۰	۹۰	۳۵
	رزیدنت	۹	۳.۵		۴۱-۵۰	۱۰۳	۴۰.۱
	پرستار	۱۱۲	۴۳.۶		و بیشتر	۱۷	۶.۶
	کمک بهیار	۳۷	۱۴.۴		بدون پاسخ	۱	.۴
	منشی	۴۹	۱۹.۱		دیپلم و کمتر	۵۹	۲۳
	اما	۶	۲.۲		فوق دیپلم	۲۲	۸.۶
	تکنسین(آزمایشگاه، رادیولوژی، دارویی)	۱	.۴		کارشناسی	۱۲۲	۴۷.۵
	مدیر اجرایی	۱	.۴		کارشناسی ارشد	۱۰	۳.۹
	بدون پاسخ	۱۰	۹۶.۹		دکتری و بالاتر	۴۳	۱۶.۷
	کل شرکت کنندگان به تعداد ۲۵۷۶ نفر				بدون پاسخ	۱	.۴

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 ($P < 0.005$). هر چند از نظر نمره کلی، فرهنگ ایمنی بیمار در وضعیت به طور نسبی قابل قبولی قرار داشت، ابعاد پاسخ غیر تنبیه‌ی به خطاب 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 مطالعه‌ای دیگر بقایی و همکاران در سال ۱۳۹۱ پژوهشی با عنوان بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان مرکز 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 محدودی 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 اشتباها، مسائل کاری مربوط به کارکنان، فراوانی گزارش دهی و قایع، باز بودن مجاری ارتباطی و حمایت مدیریت از

بیمارستان م منتخب با رویکرد اعتباری‌خشی ملی و استانداردهای بیمارستان‌های دوستدار ایمنی انجام شد. یافته‌های مرحله اول پایش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان م منتخب نشان دهنده میانگین مولفه‌های فرهنگ ایمنی شامل محل کار، مسئول مستقیم، ارتباطات و باخورد، فراوانی وقایع گزارش شده، درجه ایمنی بیمار، بیمارستان و تعداد حوادث گزارش شده است که میانگین کل فرهنگ ایمنی بیمارستان در این مرحله ۳.۰۹ 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 واحدها ۷۵ درصد، یادگیری سازمانی ۷۳ درصد، بازخورد و ارتباطات درباره خطاب 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 خطاب ۵۴ درصد و کارکنان کافی ۴۸ درصد، امتیاز مربوط را کسب نمودند. از نظر گزارش خطاب، ۶۴ درصد از کارکنان ساقه هیچ گونه گزارش خطاب را نداشته‌اند. میانگین نمره‌ی درجه‌ی ایمنی بیمار در بیمارستان (۳.۳۶) (از ۵) بود و بر اساس نتایج آزمون‌ها میان تعامل مستقیم با غیر مستقیم با بیمار در رابطه با درجه‌ی ایمنی بیمار اختلاف معنی داری وجود نداشت ($P > 0.05$) و بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس، این اختلاف در بخش زیشگاه و در کارکنان ماما با سایر کارکنان معنی دار بود ($P < 0.001$). همچنین اختلاف معنی داری میان نمره

جدول ۳- ابعاد پایش فرهنگ ایمنی بیمار در مرحله اول

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

جدول ۴- مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مرحله دوم

متغیر	میانگین	سطوح	متغیر	میانگین	سطوح	انحراف معیار	میانگین	سطوح
جنس	.۲۱	بخش های داخلی	جنس	۲.۹۳	بخش های جراحی	.۲۸	۳.۱۳	علوم پزشکی
	.۳۳	کودکان		۳.۱۶	اعصاب و روان	.۳۳	۳.۰۸	علوم انسانی
	.۱۴	اطلاق عمل		۳.۲۸	تصویربرداری	.۱۳	۳.۰۸	علوم پایه
	.۳۶	چندین واحد متفاوت		۳.۴۱	دیپلم اور دلیس	.۲۴	۳.۲۲	فنی و مهندسی
	.۲۹	چندین واحد متفاوت		۳.۱۳	واحدهای ویژه	.۳۰	۳.۰۹	رسانی نظامی
	.۳۹	اطلاق عمل		۳.۰۸	اطلاق عمل	.۳۶	۳.۲۰	قردادادی
	.۳۹	مدادان		۳.۱۴	تصویربرداری	.۳۹	۲.۶۹	سایر
	.۳۰	زنان		۳.۰۷	چندین واحد متفاوت	.۲۱	۳.۰۷	متخصص
	.۳۶	مردان		۳.۰۷	چندین واحد متفاوت	.۳۷	۳.۱۲	کارشناسی
	.۳۵	زنان		۳.۱۸	مدادان	.۱۳	۳.۲۱	پژوهشک متخصص
مقطع تحصیلی	.۵۰	سال و کمتر	مقطع تحصیلی	۳.۰۲	۳۱-۴۰	.۱۳	۲.۸۳	رزیدنت
	.۳۴	۴۱-۵۰		۳.۱۳	۴۱-۵۰	.	۳.۰۶	پرستار
	.۳۲	۵۱ و بیشتر		۳.۱۹	۵۱ و بیشتر	.۳۹	۳.۲۸	کمک بهیار
	.۲۵	دیپلم و کمتر		۳.۱۸	دیپلم و کمتر	.۲۰	۳.۱۲	منشی
	.۳۱	فوق دیپلم		۳.۲۹	فوق دیپلم	.۱۱	۳.۱۵	ماما
	.۳۸	کارشناسی		۳.۰۷	کارشناسی	.	۳.۳۹	روانشناس
	.۳۶	کارشناسی ارشد		۳.۱۳	کارشناسی ارشد	.۳۰	۳.۳۰	تکنسین (از مایشگاه، رادیولوژی، دارویی)
	.۳۷	دکتری و بالاتر		۳.۲۱	دکتری و بالاتر	۳.۱۴۵۰	میانگین کل	میانگین

ایمنی مربوط به تعداد حوادث گزارش شده می باشد و درجه ایمنی بیمار بودند. درنتیجه رهبری یک عنصر کلیدی و حیاتی در اولویت بخشیدن به موضوع ایمنی بیمار محسوب می شود. همچنین نحوه پاسخ به اشتباها، تعیین کننده فرهنگ ایمنی در بیمارستان می باشد. به منظور ارتقا و ایجاد فرهنگ ایمنی مطلوب در بیمارستان می باشد ترس از سرزنش شدن در مقابل اشتباها را حذف و جوی سرشار از ارتباطات باز و یادگیری مستمر را در بیمارستان پیاده کردد (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	میانگین فرهنگ ایمنی	ابعاد	انحراف معیار
۱	۳.۵۳۴	محل کار	۰.۳۰۸
۲	۳.۳۷۷	مولفه‌های مسئول مستقیم	۰.۴۹۷
۳	۳.۴۴۸	ارتباطات و بازخورد	۰.۴۷۲
۴	۳.۱۷۱	فراوانی وقایع گزارش شده	۰.۳۳۲
۵	۳.۷۸۵	درجه ایمنی بیمار	۰.۶۰۳
۶	۳.۱۷۱	مولفه‌های بیمارستان	۰.۳۳۲
۷	۱.۰۷۲	تعداد حوادث گزارش شده	۰.۹۱۳
کل	۳.۱۴۵	میانگین فرهنگ ایمنی	۰.۳۶۸

جدول ۶- مقایسه مرحله اولیه پایش فرهنگ ایمنی بیمار با مرحله دوم بعد از مداخلات و اقدام اصلاحی

سطح معناداری	مرحله دوم			مرحله اول			ابعاد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
عدم معناداری	.۰۳	۳.۵	.۴۴	۳.۲	.۴۴	۳.۲	محل کار
عدم معناداری	.۰۴	۳.۳	.۸۱	۳.۴	.۳۴	۳.۴	مسئول مستقیم
عدم معناداری	.۰۴	۳.۴	.۷۰	۳.۳	.۳۰	۳.۳	ارتباطات و بازخورد
عدم معناداری	.۰۳	۳.۱	.۴۰	۳.۲	.۴۰	۳.۲	فراوانی وقایع گزارش شده
عدم معناداری	.۰۶	۳.۷	.۸۵	۳.۵	.۸۵	۳.۵	درجه ایمنی بیمار
عدم معناداری	.۰۳	۳.۱	.۵۸	۳.۲	.۵۸	۳.۲	بیمارستان شما

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 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 می‌باشد است 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 تقویت 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 زیرستان، آموزش افراد کم سابقه و تناسب تعداد نیرو با وظایف محوله کادر درمانی فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز درمانی ارتقا یافته و از بروز خطاهای اشتباهات انسانی کاسته شود. تشكر و قدردانی: از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارم.

این تحقیق نشان داد که بین رفتار حرفه‌ای پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معنی دار و مستقیم ($P < 0.01$) وجود دارد. هر چه میزان رفتار حرفه‌ای پرستاران افزایش یابد فرهنگ ایمنی بیمار بهبود خواهد یافت. به نظر می‌رسد با یک برنامه توامند ساز بتوان جوی در مجموعه کاری به وجود آورد که افراد در رفتار کاری و حرفه‌ای 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 ارتقاء 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, Hemmeh 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.Baghaei 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):-.