

فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه کارکنان درمانی

شهبین سالاروند، علیرضا مؤید کاظمی[■]، نرجس بحری، پیام دالوند، مریم مقیمیان، غفارعلی محمودی، فرزاد ابراهیم زاده

چکیده

مقدمه: طی دو دهه اخیر این تفکر که سیستم سلامت به اندازه کافی ایمن نیست و نیازمند بهبود و ارتقاء یافتن است در سطح جهانی مورد بررسی قرار گرفته است. لذا، بررسی دیدگاه‌های پرسنل می‌تواند در اجرای برنامه‌های ارتقاء آن مفید باشد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه کادر درمان در بیمارستان‌های آموزشی خرم آباد انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۹۳ انجام شد، ۲۸۰ نفر از کارکنان بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد با استفاده از نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان (Hospital Survey on Patient Safety Culture-HSOPSC) منتشر شده توسط آژانس کیفیت و تحقیقات بهداشت و درمان آمریکا، را تکمیل کردند. ۲۵۰ نفر پرسشنامه‌ها را بطور کامل عودت دادند. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. بیان یافته‌ها با میزان خطای کمتر از ۰/۰۵ بعنوان معنی داری آماری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نشان دادند که فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر خرم آباد در دیدگاه کارکنان در سطح مطلوبی نبوده و حیطة‌های آموزش مداوم و ارتقای مستمر، واکنش غیر تنبیهی به اشتباهات، فراوانی گزارش دهی وقایع، ارتباطات باز، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، ارتباط و باز خورد دادن خطاها از مهمترین ابعاد فرهنگ ایمنی هستند که نیازمند توجه و رسیدگی می‌باشند.

نتیجه‌گیری: به مدیران بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌شود که به طراحی برنامه‌های تغییر در بیمارستان اقدام نمایند تا فرهنگ حفظ ایمنی بیماران در راستای کاهش خطاها و افزایش گزارش آن‌ها تقویت شود.

کلمات کلیدی: بیمارستان، پرسنل بهداشتی-درمانی، فرهنگ ایمنی بیمار

شهبین سالاروند

مری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی خرم آباد، مرکز تحقیقات هیاتیت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

■ مؤلف مسؤول: علیرضا مؤید کاظمی

عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

آدرس: mohammadia1394@gmail.com

نرجس بحری

دانشجوی دکترای بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

پیام دالوند

کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

مریم مقیمیان

عضو هیات علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، اصفهان، ایران

غفار علی محمودی

دانشیار، عضو هیئت علمی گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

فرزاد ابراهیم زاده

عضو هیئت علمی گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال چهارم، دوره چهارم، شماره سوم

پاییز ۱۳۹۴

■ مقدمه

می‌کند. فرهنگی که منابع، ساختار و جوابگویی در حفظ سیستم ایمنی مؤثر را فراهم می‌کند (۱۱، ۱۲). شاخصه‌های یک فرهنگ ایمنی قوی شامل: تعهد مد یریت، نسبت به یادگیری از اشتباهات، سندیت و ارتقا دادن به ایمنی بیمار، تشویق و تمرین دادن نسبت به کار تیمی، شناسایی خطرات بالقوه، استفاده از سیستم گزارش دهی و تجزیه تحلیل حوادث ناگوار رخ داده در بیمارستان در ارتباط با ایمنی بیمار و ارزیابی، فرهنگ ایمنی بیمار در بین کارکنان می‌باشد (۱۰). در واحدهایی که فرهنگ ایمنی بیمار از میزان استاندارد، پائین است اشتباهات نیز بیشتر رخ خواهد داد. وجود جو مناسب از فرهنگ ایمنی بیمار در یک واحد از میزان اشتباهات و اثرات مضر آن‌ها در بیمارستان می‌کاهد (۱۱).

مطالعاتی در ایران در باره فرهنگ ایمنی در استان‌های دیگر صورت گرفته که نتایج متفاوتی داشته‌اند. از جمله نتایج مطالعه مقری و همکاران، حاکی از فاصله نسبتاً زیاد وضعیت موجود فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های مورد مطالعه از مراکز درمانی در سایر کشورهاست (۱۳). یافته‌های مطالعه فقیه زاده و همکاران نشان داد که از بین ابعاد دوازده گانه فرهنگ ایمنی بیمار، کارکنان نسبت به مناسب بودن وضعیت کادر، دفعات گزارش حوادث و سیاست غیر تنبیهی در بیمارستان توافق کمتری داشتند (۱۴). در مطالعه عبادی فرد و همکاران در مرکز بهداشتی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان داد که از بین پرستاران تحت مطالعه ۲۲٪ نمره ایمنی خوب و عالی و ۶۰٪ نمره ایمنی قابل قبول به بیمارستان محل اشتغال خود اختصاص دادند (۱۵) که در کل فرهنگ ایمنی بیمار را نسبتاً مطلوب گزارش کرده است. یافته‌های پژوهش عبدی و همکاران نشان می‌دهد که امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در هر ده بعد فرهنگ ایمنی و دو بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در حد پایین متوسط است (۱۶). اما یافته‌های مطالعه جانقربانی و همکاران وضعیت کلی ایمنی بیمار در اتاق عمل بیمارستان را در سطح خوب ارزیابی کردند (۱۷) با توجه به اهمیت روزافزون ایمنی بیمار و اینکه تا بحال در استان لرستان مطالعه‌ای در این مورد انجام نشده، لذا این مطالعه با هدف تعیین فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه کادر درمان در بیمارستان‌های آموزشی خرم آباد در سال‌های ۹۴-۹۳ انجام شد.

■ مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۳۹۴ در شهر خرم آباد انجام شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن مقادیر $d=0/05$ ،

یکی از بارزترین حقوق انسان‌ها، حق ایمن بودن از خطرات و آسیب‌ها، هنگام دریافت خدمات سلامت است (۱) ایمنی بیمار به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هر گونه صدمه و آسیب به بیمار در حین ارایه مراقبت‌های بهداشتی است (۲) علیرغم پیشرفت‌هایی در مراقبت سلامتی، هنوز ایمنی بیمار و بیمار محوری در سیستم‌های مراقبت سلامتی در سراسر دنیا موضوع نگران کننده ایی است (۳). به عبارتی خطاهای پزشکی در تمام دنیا، یکی از چالش‌های بزرگ و مهم نظام سلامت است که تمامی کشورها را تهدید می‌نماید طی دو دهه اخیر این تفکر که سیستم سلامت به اندازه کافی ایمن نیست (۱) و نیازمند بهبود و ارتقاء یافتن است در سطح جهانی مورد بررسی قرار گرفته است، از سوی دیگر، توسعه و پیشرفت در ایمنی بیمار به سازمان‌های بهداشت و درمان و ارائه دهندگان کمک خواهد کرد تا خطر را شناسایی نموده و راه حلی برای از بین بردن آن جستجو نمایند (۴). براساس شواهد موجود، تخمین زده می‌شود که در کشورهای در حال توسعه از هر ده بیمار، به یک نفر در حین دریافت خدمات بیمارستانی آسیب و جراحت وارد می‌گردد. با وجود اینکه در کشورهای در حال توسعه آمار دقیقی در این خصوص وجود ندارد، اما احتمال آن به مراتب بیشتر است (۵). در مطالعه بقایی در شهر ارومیه ۸۲٪ افراد نمره متوسط به پائین در فرهنگ ایمنی بیمار را گزارش کرده اند (۶).

یکی از چهار جزء اساسی هر سازمانی فرهنگ آن است (۷) فرهنگ یعنی مجموعه ادراکات، شناخت‌ها و آگاهی‌های یک گروه مشخص را می‌گویند که اعضای آن دارای عناصر شناختی، هیجانی و رفتاری خاص خود هستند (۸). فرهنگ ایمنی فرآورده ارزش‌ها، نگرش‌ها، ادراکات، شایستگی‌ها و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهد، روش و کارایی سازمان بهداشتی درمانی را تعیین می‌کند (۹) و در واقع منعکس کننده نقش‌ها و عملکردهای فنی و اجتماعی افراد، وقتی که در موقعیت‌های بحرانی واقع می‌شوند، است (۱۰) فرهنگ ایمنی محصول ادراکات، ارزش‌ها است و این حقیقت وجود دارد که بدون ایجاد فرهنگ ایمنی در تمام تسهیلات بهداشتی و درمانی یک توسعه ناگهانی و پایدار در مراقبت از بیمار رخ نخواهد داد (۱). در متون تعریف فرهنگ ایمنی بیمار در سه عبارت بیان شده است: فرهنگی که شناسایی، ارتباط و حل مسائل مربوط به ایمنی بیمار را تشویق می‌کند. فرهنگی که یادگیری سازمانی برای حوادث را فراهم

$Z = 1/96$ در حدود ۱۳۹ نفر تخمین زده شد که با در نظر گرفتن ریزش احتمالی نمونه ها و در نظر گرفتن اثر طرح (design effect)، حجم نمونه نهایی حدود ۲۸۰ نفر برآورد شد. مشارکت کنندگان در این مطالعه کارکنان بیمارستان های آموزشی شهر خرم آباد اعم از از پرستاران، پزشکان، ماماها، پرسنل آزمایشگاه، رادیولوژی و پرسنل دفتر پرستاری بودند که حداقل شش ماه سابقه کار داشته و مایل به شرکت در مطالعه بودند. جهت انتخاب مشارکت کنندگان از روش نمونه گیری طبقه ای - سهمیه ای استفاده شد، به این ترتیب که پنج بیمارستان آموزشی (عشایر، مدنی، عسلیان، رحیمی، امام رضا) بعنوان پنج طبقه در نظر گرفته شده و سپس به هر کدام از بخش های این بیمارستان ها بر اساس تعداد پرسنل شاغل، سهمیه ای از کل حجم نمونه اختصاص یافت. انتخاب مشارکت کنندگان در هر بخش نیز به صورت تصادفی و با استفاده از لیست پرسنل شاغل در بخش انجام شد.

جهت جمع آوری اطلاعات در این مطالعه از پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان ن (Hospital Survey on Patient Safety Culture - HSOPSC) منتشر شده توسط آژانس کیفیت و تحقیقات بهداشت و درمان آمریکا (۱۸)، استفاده شد. پرسشنامه مشخصات فردی مشتمل بر سؤالاتی جهت ارزیابی برخی از متغیرها از جمله سن، جنسیت، رشته و مقطع تحصیلی، رسته شغلی، نوع استخدام، سابقه کار در بیمارستان، سابقه کار در واحد اخیر، ساعت کار در هفته، سابقه کار تخصصی و نوع تماس کاری با بیماران بود. پرسشنامه سنجش کیفیت ایمنی بیمار دارای ۴۲ سؤال می باشد که ۱۲ بعد مختلف ایمنی بیمار را مورد سنجش قرار می دهد. این ابعاد شامل: درک کلی کارکنان از ایمنی بیمار، درک کارکنان از میزان گزارش اشتباهات و پاسخ غیر تنبیهی به اشتباهات، درک کارکنان از فعالیت های مدیران مستقیم خود در رابطه با ارتقاء ایمنی در واحدهای کاری و در بیمارستان، درک کارکنان از اطلاعات مربوط به ارتقاء کیفیت در سازمان، درک کارکنان از سطح کار تیمی در درون واحد کاری و در سطح بیمارستان، درک کارکنان از ارتباطات باز در واحد کاری و در بیمارستان، درک کارکنان از باز خورد و ارتباط با اشتباهات، درک کارکنان از تناسب تعداد پرستاران و حجم کاری، درک کارکنان از نحوه نقل و انتقال بیمار از یک واحد به واحد دیگر و همچنین در بردارنده دو سؤال، یکی در مورد این که پاسخ دهندگان چه نمره ای را برای ایمنی بیمار در نظر می گیرند و دیگری این که، طی ۱۲ ماه گذشته چند مورد گزارش

دهی خطا داشته اند، می باشد. در این پرسش نامه برای بدست آوردن نظرات پاسخ دهندگان از مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت استفاده شده است. نمره حاصل از مقیاس فرهنگ ایمنی بیمار بین ۲۱۰-۴۲ می باشد. در این مطالعه همچنین تقسیم بندی کیفی نمره ایمنی بیمار انجام شد، به این ترتیب که نمرات مساوی بیشتر از ۵۰ درصد کل (نمرات ۱۰۵ و بالاتر) بعنوان "فرهنگ ایمنی مطلوب" و نمرات کمتر از ۵۰ درصد کل (نمرات کمتر از ۱۰۴) بعنوان "فرهنگ ایمنی نامطلوب" در نظر گرفته شدند. نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران اعتبارسنجی شده و پایایی آن با ۰/۸۶ تایید شده (۱۵) و در چند مطالعه در دانشگاه های علوم پزشکی ایران نیز بکار گرفته شده است (۶، ۱۹، ۱۶، ۲۰، ۲۱). در مرحله جمع آوری اطلاعات پس از انتخاب مشارکت کنندگان با روش ذکر شده در نمونه گیری، از آن ها جهت شرکت در مطالعه دعوت بعمل می آمد. در صورت تمایل آن ها برای شرکت در مطالعه؛ فرم رضایت کتبی و آگاهانه توسط ایشان تکمیل می گردید و سپس پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه سنجش ایمنی بیمار در اختیار آن ها قرار می گرفت. این پرسشنامه ها در حضور پرسشگران تکمیل می شد و در صورت وجو ابهام یا سوال به آن ها پاسخ مناسب داده می شد.

اطلاعات پس از بررسی صحت پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی و شاخص های توزیع فراوانی و میانگین جهت گزارش مشخصات فردی و شغلی مشارکت کنندگان و وضعیت فرهنگ ایمنی در حیطه های مختلف استفاده شد. از آمار تحلیلی و آزمون های آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون همبستگی اسپیرمن براون جهت بررسی ارتباط فرهنگ ایمنی با برخی از متغیرها استفاده شد. (P) کمتر از ۰/۰۵ بعنوان معنی داری آماری در نظر گرفته شد.

■ یافته ها

بررسی مشخصات فردی مشارکت کنندگان در این مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن آنها $33/96 \pm 8$ سال و $72/3$ درصد آنها (۱۸۰ نفر) خانم بوده اند. مدرک تحصیلی $79/8$ درصد (۱۹۰ نفر) از مشارکت کنندگان کارشناسی و $59/8$ درصد آنها (۱۴۴ نفر) پرستار بودند. بررسی بخش محل خدمت مشارکت کنندگان نشان داد که بیشترین فراوانی مربوط به بخش اورژانس (۱۹/۲ درصد، ۴۸ نفر) و سپس بخش های مراقبت ویژه بزرگسالان و جراحی (هر دو مورد $13/2$ درصد، ۳۳ نفر) و کمترین فراوانی در مورد پرسنل در

گرددش (۲ درصد، ۵ نفر) مشاهده شد. اکثریت مشارکت کنندگان (۹۵/۸ درصد، ۲۲۹ نفر) بیان داشتند که ارتباط مستقیم با بیماران دارند. برخی دیگر از مشخصات مشارکت کنندگان در جدول شماره ۱ مشاهده می شود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار برخی از متغیرهای فردی

متغیر	میانگین (انحراف معیار)
سابقه کار در بیمارستان محل خدمت (سال)	۷/۶۳ (۵/۸۹)
سابقه کار در بخش محل خدمت (سال)	۵/۸۳ (۴/۶۲)
سابقه کار در حرفه فعلی (سال)	۹/۵۹ (۶/۶۹)
تعداد ساعات کاری در هفته (ساعت)	۳۶/۰۵ (۵۴/۱۵)

بررسی مشارکت کنندگان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار (۱۲۹/۸۹ ± ۱۸/۱۲) بوده است. بیشترین نمره در حیطه کار تیمی درون بخشها (۱۵/۱۵ ± ۲/۷۴) و کمترین نمره در حیطه واکنشهای غیر تنبیهی به خطاها (۷/۶۳ ± ۲/۲۹) مشاهده شد. بنابراین، مناطقی که نقطه قوت محسوب می شوند شامل: حیطه کار تیمی درون واحدها در بیمارستان می باشد. اما نقاطی که نیاز به ارتقاء و بهبود دارند، شامل آموزش مداوم و ارتقای مستمر،

واکنش غیر تنبیهی به اشتباهات، فراوانی گزارش دهی وقایع، باز بودن مجاری ارتباطی، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، ارتباط و بازخورد دادن خطاها، بودند. بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار به تفکیک بیمارستانهای خرم آباد نشان داد که بیمارستان "د" بیشترین (۱۷/۱۷ ± ۱۴۲/۲۸) و بیمارستان "ب" کمترین نمره (۱۴/۴۴ ± ۱۲۳/۶۱) را در مورد فرهنگ ایمنی بیمار کسب کرده اند. وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار به تفکیک بیمارستانهای شهر خرم آباد در جدول شماره ۲ مشاهده می شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار حیطه های فرهنگ ایمنی از دیدگاه کارکنان به تفکیک بیمارستان مختلف

حیطه های فرهنگ ایمنی بیمار	بیمارستان					
	بیمارستان الف (n=۴۰)	بیمارستان ب (n=۴۰)	بیمارستان ج (n=۲۳)	بیمارستان د (n=۹)	بیمارستان ه (n=۳۸)	بیمارستان ها (n=۲۴۱)
کار تیمی درون بخشها	۱۴/۹۲ ± ۲/۸۶	۱۴/۹۱ ± ۲/۷۴	۱۴/۲۴ ± ۲/۴۵	۱۶/۴۴ ± ۲/۳۰	۱۶/۳۴ ± ۲/۳۲	۱۵/۱۵ ± ۲/۷۴
اقدامات مدیریتی در ارتقای ایمنی بیمار	۱۳/۸۰ ± ۳/۰۷	۱۳/۱۶ ± ۲/۹۱	۱۳ ± ۲/۳۳	۲/۷۷ ± ۲/۳۳	۱۳/۰۳ ± ۲/۶۹	۱۳/۴۶ ± ۲/۹۴
آموزش مداوم و ارتقای مستمر	۱۰/۴۷ ± ۱/۸۶	۱۰/۵۸ ± ۲/۳۳	۹/۷۶ ± ۲/۱۴	۱۱/۱۱ ± ۲/۴۲	۱۰/۶۶ ± ۱/۸۸	۱۰/۴۷ ± ۱/۹۸
حمایت مدیر از ایمنی بیمار	۴/۹۲ ± ۲/۷۹	۷/۴۷ ± ۲/۹۹	۸/۸۰ ± ۳	۸ ± ۲/۹۶	۸/۳۷ ± ۲/۶۲	۱۲/۱۸ ± ۲/۵۹
درک کلی از ایمنی بیمار	۱۲/۴۷ ± ۲/۳۵	۱۲/۰۸ ± ۳/۲۱	۱۱/۵۲ ± ۳/۰۳	۱۲/۱۱ ± ۲/۵۲	۱۱/۵۱ ± ۲/۳۴	۹/۳۴ ± ۲/۵۱
ارتباط و بازخورد دادن خطاها	۹/۴۸ ± ۲/۳۵	۸/۹۷ ± ۲/۳۵	۹/۲۴ ± ۲/۴۰	۱۰/۸۸ ± ۱/۳۶	۹/۲۱ ± ۲/۳۳	۸/۲۸ ± ۲/۳۰
ارتباطات باز	۸/۲۵ ± ۲/۴۱	۸/۳۷ ± ۲/۱۳	۷/۷۸ ± ۱/۸۵	۱۰ ± ۲/۵	۸/۳۴ ± ۲/۲۲	۸/۲۰ ± ۲/۶۰
فراوانی گزارش دهی وقایع	۸/۴۳ ± ۰/۵۱	۷/۶۳ ± ۳/۰۳	۷/۶۱ ± ۳/۰۱	۹/۱۱ ± ۲/۲۶	۸/۱۰ ± ۲/۵۲	۱۲/۹۳ ± ۳/۳۰
کار تیمی بین بخشها	۱۳/۳۴ ± ۳/۶۶	۱۰/۹۷ ± ۲/۶۶	۱۲/۸۳ ± ۲/۲۱	۱۵/۵۵ ± ۲/۲۶	۱۳/۲۹ ± ۲/۵۲	۱۰/۳۱ ± ۲/۵۰
بار کاری پرسنل	۱۰/۲۴ ± ۲/۴۶	۱۰/۰۰ ± ۲/۸۵	۱۰/۷۷ ± ۲/۴۷	۱۰/۷۷ ± ۲/۶۸	۱۰/۷۷ ± ۲/۶۸	۵۰/۲ ± ۳۱/۱۰
تعویض شیفت و انتقال بیمار	۱۳/۱۲ ± ۲/۸۷	۱۲/۹۱ ± ۲/۵۷	۱۳/۹۵ ± ۳/۲۳	۱۴/۷۱ ± ۳/۵۴	۱۲/۸۳ ± ۲/۶۳	۱۳/۱۵ ± ۲/۵۰
واکنش غیر تنبیهی به خطاها	۷/۸۱ ± ۲/۳۲	۷/۸۶ ± ۲/۱۹	۷/۲۳ ± ۲/۳۵	۸/۵۵ ± ۲/۰۷	۶/۹۲ ± ۲/۰۶	۷/۶۳ ± ۲/۲۹
نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار	۱۳۲/۱۴ ± ۱۸/۵۸	۱۲۳/۶۱ ± ۱۴/۴۴	۱۲۵/۹۴ ± ۲۱/۰۳	۱۴۲/۲۸ ± ۱۷/۱۷	۱۲۹/۲۲ ± ۱۵/۹۲	۱۲۹/۸۹ ± ۱۸/۱۲

فراهم کرده است و ۳۶/۱ درصد آن‌ها معتقد بودند که فعالیت‌های مدیر بیمارستان بیانگر اولویت دادن وی به ایمنی بیمار است.

■ بحث

مطالعه حاضر نشان داد که نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر خرم آباد، در سطح مطلوبی نمی باشد. یافته‌های مطالعات دیگر در ایران نیز مؤید این مطلب هستند، مطالعه مقری و همکاران نشان داد که بیمارستان‌های عمومی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران از وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار مناسبی برخوردار نبودند (۱۳). در مطالعه نصیری پور نیز کلیه بیمارستان‌های مورد مطالعه در خصوص رعایت شاخص‌های آموزش و پژوهش مبتنی بر ایمنی بیمار در وضعیت ضعیفی قرار داشتند (۲۲). اما مطالعه مظهری و همکاران با هدف ارزیابی وضعیت ایمنی بیمار در بیمارستان‌های شهر تهران با استفاده از استانداردهای دوستدار ایمنی بیمار انجام گرفت، نشان داد که میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار ۷۷ درصد بوده که در سطح مطلوب ارزیابی گردید (۲۳). در مطالعه حاضر، بیشترین نمره در حیطه کار تیمی درون بخش‌ها و کمترین نمره در حیطه واکنش‌های غیر تنبیهی به خطاها مشاهده شد. یافته‌های مطالعات دیگر نیز در همین راستا هستند از جمله مطالعه مقری و همکاران در بیمارستان‌های تهران نشان داده است که از دید پاسخ دهندگان قوی‌ترین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب، کار تیمی درون واحدهای بیمارستان و آموزش مداوم- بهبود مستمر بود (۱۳). در مطالعه بقایی و همکاران نیز حیطه مربوط به کار تیمی در درون واحدها با میانگین پاسخ مثبت ۸۰ درصد جزو ابعاد قوی شناخته شد (۶). در مطالعه عبدی و همکاران بعد واکنش غیر تنبیهی به خطاها در مجموع در سه بیمارستان با کمترین امتیاز و بعد کار گروهی در داخل بخشی بیشترین امتیاز را کسب کردند (۲۰). در اکثر مطالعات انجام شده در ایران، بعد کار تیمی درون بخشی بالاترین امتیاز و بعد واکنش غیر تنبیهی به خطا کمترین امتیاز را از نظر فرهنگ ایمنی حاکم بر بیمارستان کسب نموده اند (۱۳، ۲۰، ۶، ۱۶). نتایج مطالعه ایی در بیمارستان‌های عربستان سعودی نشان داد که بعد کار تیمی درون واحدها بعنوان قوی‌ترین بعد فرهنگ ایمنی و دو بعد برخورد‌های غیر تنبیهی در پاسخ به اشتباهات و انتقال و تبادل اطلاعات مربوط به بیمار بعنوان ضعیف‌ترین ابعاد فرهنگ ایمنی

نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که نمره فرهنگ ایمنی بیمار در ردیف‌های شغلی مختلف ($p = 0/116$) و بیمارستان‌های شهر خرم آباد ($p = 0/062$) اختلاف آماری معنی داری نداشته است، اما نتایج این آزمون اختلاف معنی داری را در نمره فرهنگ ایمنی بیمار بر اساس بخش‌های محل خدمت مشارکت کنندگان نشان داد ($p = 0/002$). بر این اساس بیشترین نمرات در کارکنان شاغل در دفتر خدمات پرستاری و کمترین نمرات در کارکنان شاغل در در بخش کودکان وجود داشت. آزمون همبستگی اسپیرمن براون نشان داد که بین نمره حیطه فرهنگ ایمنی بیمار با سن ($p = 0/002$)، مدت زمان اشتغال در بیمارستان محل خدمت ($p = 0/006$)، مدت زمان اشتغال در بخش محل خدمت ($p = 0/032$) و مدت زمان اشتغال در حرفه کنونی ($p = 0/021$) ارتباط مستقیم و معنی داری وجود دارد ولی در مورد ساعات کاری در هفته ($p = 0/864$) این ارتباط معنی دار نبود. اکثریت کارکنان (۳۷/۵ درصد، ۶۹ نفر) فکر می کردند تعداد تقریبی حوادث گزارش شده طی ۱۲ ماه گذشته در بیمارستان محل خدمت آن‌ها ۱-۲ مورد بوده است، ۱۹/۶ درصد کارکنان (۳۶ نفر) معتقد بودند که هیچ حادثه‌ای روی نداده، ۱۶/۸ درصد (۳۱ نفر) تعداد حوادث احتمالی را ۱۰-۶ مورد، ۱۰/۳ درصد کارکنان (۱۹ نفر) حوادث احتمالی را ۲۰-۱۱ مورد و ۶/۵ درصد از کارکنان (۱۲ نفر) تعداد حوادث احتمالی را ۲۱ مورد تخمین می زدند.

۲۹/۵ درصد از کارکنان گزارش کرده‌اند که بندرت امکان دارد رخداد اشتباهی که قبل از آسیب رساندن به بیمار اصلاح شده گزارش شود. این میزان در مورد اشتباهات فاقد قوه ضرر رساندن به بیمار ۲۸/۸ درصد و در مورد اشتباهات بالقوه آسیب رسان به بیمار ۳۳/۱ درصد بوده است. همچنین اکثریت کارکنان مشارکت کننده در این مطالعه (۴۷/۲ درصد، ۱۱۷ نفر) اظهار داشتند که احساس می کنند اشتباهاتشان بر علیه آن‌ها بکار برده می شود و ۴۸/۴ درصد آن‌ها از این موضوع نگران بودند که اشتباهاتشان در پرونده پرسنلی درج شود. اکثریت کارکنان (۴۲/۳ درصد، ۱۰۵ نفر) با این موضوع موافق بوده‌اند که بار کاری آن‌ها فراتر از حدی است که بتواند ایمنی بیمار را تضمین کند و فقط ۷/۷ درصد (۱۹ نفر) معتقد بوده‌اند که در واحد کاری آن‌ها؛ پرسنل کافی برای انجام کارها وجود دارد. ۲۹/۷ درصد (۷۳ نفر) از کارکنان معتقد بودند که مدیریت بیمارستان فضای کاری مناسبی برای ارتقای ایمنی بیمار

بیمار بوده اند (۲۴).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان دادند که مناطقی که نقطه قوت محسوب می‌شوند شامل: حیطة کار تیمی درون واحدها در بیمارستان می‌باشد. اما نقاطی که نیاز به ارتقاء و بهبود دارند، شامل یادگیری سازمانی و ارتقای مستمر، واکنش غیر تنبیهی به اشتباهات، فراوانی گزارش دهی وقایع، باز بودن مجاری ارتباطی، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، ارتباط و بازخورد دادن خطاها، بودند. نتایج مطالعه بقایی و همکاران مشابه با مطالعه حاضر، نقطه قوت فرهنگ ایمنی حیطة کار تیمی درون واحدها شناخته شد اما پاسخ غیر تنبیهی به اشتباهات بر خلاف نتایج مطالعه ما نقطه ضعف فرهنگ ایمنی در این مطالعه معرفی گردید (۶). مطالعه مقری و همکاران نشان داد که فرهنگ تنبیهی حاکم بر محل کار، مسائل مربوط به تعداد و توزیع کارکنان و ساعات کاری ایشان، حمایت مدیر از ایمنی بیمار و چگونگی ارتباطات از مهمترین مسائل نیازمند توجه در این بیمارستان‌ها می‌باشد (۱۳). در مطالعه عبدی و همکاران نیز همچون مطالعه حاضر، بعد کار تیمی درون واحدها بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داد اما بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، بعد واکنش غیر تنبیهی به خطاها دارای کمترین امتیاز بود همچنین در مطالعه عبدی و همکاران، کار تیمی بین واحدها دارای کمترین امتیاز در میان ابعاد بود (۱۶). بر اساس نتایج مطالعه صلواتی و همکاران، از بین ابعاد ۱۲ گانه ایمنی بیمار، دو بعد آموزش مداوم و ارتقا مستمر و پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا به عنوان نقاط قوت فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های دانشگاهی و خصوصی تعیین شدند، علاوه بر این، بعد کار تیمی درون واحدهای بیمارستان نیز نقطه قوت فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های دانشگاهی شناخته شد (۲۱).

در مطالعه حاضر اختلاف معنی داری در نمره فرهنگ ایمنی بیمار بر اساس بخش‌های محل خدمت مشارکت کنندگان مشاهده شد. بر این اساس بیشترین نمرات در کارکنان شاغل در دفتر خدمات پرستاری و کمترین نمرات در کارکنان شاغل در بخش کودکان وجود داشت که علت بیشتر بودن نمره ایمنی در کارکنان شاغل در دفتر پرستاری را می‌توان به خبره تر بودن پرسنل این واحد یا گذراندن دوره‌های ضمن خدمت بیشتر در این خصوص نسبت داد. اما در مطالعه مقری و همکاران، بیشترین امتیاز فرهنگ ایمنی مربوط به کارکنان بخش کودکان بود (۱۳). در مطالعه حاضر، ۲۹/۷ درصد (۷۳ نفر) از کارکنان معتقد بودند که مدیریت

بیمارستان فضای کاری مناسبی برای ارتقای ایمنی بیمار فراهم کرده است و ۳۶/۱ درصد آن‌ها معتقد بودند که فعالیت‌های مدیر بیمارستان بیانگر اولویت دادن وی به ایمنی بیمار است. یافته‌های پژوهش لیپ نیز نشان می‌دهد که تعهد مدیریت سازمان باعث کاهش صدمات و خطا در بخش بهداشت و درمان می‌شود و بدون کمک و پشتیبانی بالاترین سطح مدیریت نمی‌توان ایمنی را به عنوان هدف در درمان ایجاد نمود (۲۵). همچنین مقری در مطالعه دیگرش بیان کرد که مدیران بایستی با اولویت قرار دادن نیازهای پرستاران، به طرق مختلف از انتظارات آنان آگاه شوند و در جهت بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران گام بردارند (۱۹).

اکثریت کارکنان (۴۲/۳ درصد، ۱۰۵ نفر) با این موضوع موافق بوده اند که بار کاری آن‌ها فراتر از حدی است که بتواند ایمنی بیمار را تضمین کند و فقط ۷/۷ درصد (۱۹ نفر) معتقد بوده اند که در واحد کاری آنها؛ پرسنل کافی برای انجام کارها وجود دارد. یافته‌های مطالعات دیگر از جمله مطالعه ذاکریان و همکاران، نیز مؤید این مطلب هستند که از دلایل بروز خطاهای پرسنل مراقبت بهداشتی می‌توان به بار کاری بالای پرستاران و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و در نتیجه خستگی آنان اشاره کرد. عبارت دیگر بار کاری پرستاران یکی از عوامل بسیار مهم و تاثیر گذار بر ایمنی بیماران و کیفیت درمان آنان است می‌تواند روی تصمیم‌گیری پرستاران و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در انجام روش‌های مختلف کاری تاثیر داشته باشد و باعث تضعیف رابطه بین بیمار و پرستار شده، همکاری بین پرستار و پزشک، را مخدوش کند (۲۶)، و همچنین باعث فرسودگی شغلی و کاهش رضایت شغلی کادر درمانی بیمارستان می‌شود (۲۷). یافته‌های مطالعه اندرسون نیز نشان داد که بار کاری بالا باعث مراقبت کمتر از حد مطلوب بیمار می‌شود (۲۸). اکثریت کارکنان مشارکت کننده در این مطالعه (۴۷/۲ درصد، ۱۱۷ نفر) اظهار داشتند که احساس می‌کنند اشتباهاتشان بر علیه آن‌ها بکار برده می‌شود و ۴۸/۴ درصد آن‌ها از این موضوع نگران بودند که اشتباهاتشان در پرونده پرسنلی درج شود. نتایج حاصل از تحقیق هاشمی و همکاران نشان می‌دهد که یکی از عوامل موانع گزارش خطا، برخوردهای ناخوشایند و واکنش نامناسب سازمان از جمله مدیران، پزشکان و همکاران و هم چنین عدم تناسب واکنش مدیر با شدت خطا موجب می‌گردد که پرستاران خطاهای خود را گزارش نکنند (۲۹). مطالعه کوهن و همکاران نیز نشان داد که از دلایل نامناسب بودن فرهنگ کلی

ایمنی بیمار در تمام بیمارستانهای مورد مطالعه، عدم گزارش دهی خطاهای رخ داده به علت ترس از نوع پاسخ‌های تنبیهی، عدم استفاده از خطاها به عنوان منبع یادگیری و تکرار مجدد خطاها و عدم پیشگیری از حوادث آینده، را می‌توان نام برد (۳۰). در مطالعه حاضر، ۲۹/۵ درصد از کارکنان گزارش کرده‌اند که بندرت امکان دارد رخداد اشتباهی که قبل از آسیب رساندن به بیمار اصلاح شده است، گزارش شود. این میزان در مورد اشتباهات فاقد قوه ضرر رساندن به بیمار ۲۸/۸ درصد و در مورد اشتباهات بالقوه آسیب رسان به بیمار ۳۳/۱ درصد بوده است. در این خصوص یافته‌ای مرتبط در متون یافت نشد و این میزان گزارش دهی کم می‌تواند بدلیل نقصان سیستم گزارش دهی مؤثر خطا و عدم فرهنگ سازی گزارش خطا بدون سرزنش و ارباب می‌باشد. البته داشتن پرسنل درمانی مجرب و ماهر در تشخیص بموقع احتمال خطا نیز در این خصوص مؤثر است.

مطالعه حاضر نشان داد که بین نمره حیطه فرهنگ ایمنی بیمار با سن، مدت زمان اشتغال در بیمارستان محل خدمت، مدت زمان اشتغال در بخش محل خدمت و مدت زمان اشتغال در حرفه کنونی ارتباط مستقیم و معنی داری وجود دارد. به این معنی که هرچه سن، مدت سابقه کار در بیمارستان، بخش و حرفه افزایش می‌یابد، نمره فرهنگ ایمنی افزایش می‌یابد. یافته‌های مطالعه فقیه زاده و همکاران نیز مؤید این مطلب است بین سابقه کار و نمره فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط معناداری وجود دارد ($p=0/006$) به این معنی که افراد دارای سابقه کار بیشتر، نمره فرهنگ ایمنی بالاتری را کسب کردند (۱۴) اما یافته‌های مطالعه مقری و همکاران، یافته‌هایی معکوس را گزارش نموده‌اند و بین سابقه کاری افراد در بیمارستان و درک فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط معناداری یافت شد و افراد دارای سابقه کار کمتر امتیاز بیشتری از فرهنگ ایمنی داشتند (۱۳). این تفاوت‌ها را می‌توان به اینکه درک و تبصر کارکنان از فرهنگ ایمنی با افزایش سابقه کار، افزایش می‌یابد یا افراد جوان تر از نظر علمی و دقت عمل پویاتر هستند، نسبت داد. البته افزایش درک کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار با افزایش سابقه کار منطقی تر بنظر می‌رسد. از سوی دیگر در نتایج مطالعه شریفی و همکاران بین ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار با مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان اختلاف معناداری مشاهده نشد (۳۱) که بطور کلی مطالعات متفاوت یافته‌هایی مختلف را در این رابطه گزارش نموده‌اند.

در مطالعه حاضر بین میزان ساعات کاری در هفته و نمره فرهنگ ایمنی بیمار، ارتباط معنی دار نبود. در حالی که نتایج مطالعه مقری و همکاران یافته‌هایی مخالف را نشان داد بطوری که امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در بین گروه‌های مختلف پاسخ دهندگان دارای ساعات کاری مختلف در بیمارستان اختلاف معناداری داشت ($p=0/005$)؛ و هرچه افراد ساعات بیشتری به کار مشغول باشند، وضع فرهنگ ایمنی بیمار رو به افول می‌نهد و علت این امر را خستگی و کاهش تمرکز و دقت کارکنان ذکر نموده است (۱۳). همچنین مطالعه راجرز و همکاران نشان داد که هنگامی که شیفت‌ها از ۱۲ ساعت طولانی‌تر شوند، پرستاران اضافه کاری داشته باشند یا بیش از ۴۰ ساعت در هفته کار کنند، خطر رویداد خطا بطور معناداری افزایش می‌یابد (۳۲).

نتایج مطالعه حاضر مبنی بر این بود که در پنج بیمارستان مورد نظر، اکثریت کارکنان بیان کردند تعداد تقریبی حوادث گزارش شده طی ۱۲ ماه گذشته در بیمارستان محل خدمت آن‌ها ۱-۲ مورد بوده است. نتایج مطالعه الجردالی و همکاران در بیمارستان‌های لبنان نشان داد که ۶۰ درصد کارکنان بیان کردند که در ۱۲ ماه گذشته هیچ حادثه‌ای را گزارش نکردند (۳۳) که می‌تواند بدلیل عدم افشای خطاهای پزشکی و عدم تحلیل و ریشه یابی آن‌ها در سیستم باشد که کارکنان در جریان این خطاها بدلیل عدم اطلاع رسانی قرار نمی‌گیرند. مطالعه حاضر نشان داد که در اکثر ابعاد درک فرهنگ ایمنی کارکنان نامناسب بود. مطالعه کوهن و همکاران نیز نشان داد که با توجه به نامناسب ارزیابی شدن اکثر ابعاد مورد بررسی به نظر می‌رسد مهمترین دلایل نامناسب بودن فرهنگ کلی ایمنی بیمار در تمام بیمارستان‌های مورد مطالعه، عدم وجود سیستم و عملیات درمانی مناسب و ایمن در محیط بیمارستان‌ها، عدم حمایت جدی مدیران ارشد سازمان‌های بهداشتی و درمانی و به تبع آن مدیران اجرایی، عدم گزارش دهی خطاهای رخ داده به علت ترس از نوع پاسخ‌های تنبیهی، عدم استفاده از خطاها به عنوان منبع یادگیری و تکرار مجدد خطاها و عدم پیشگیری از حوادث آینده، باشد (۳۰) راکس می‌گوید یکی از دشوارترین جنبه‌های انتقال مراقبت به رویکردهای جدید ایمنی بیمار، کاربرد منطقی روش غیر تنبیهی در بررسی حادثه است، زیرا تمرکز سنتی بر شخص بعنوان هدف سرزنش در مورد حادثه ناخواسته، سبب هدفی ترسناک برای تغییر شده است (۳۴). یافته‌های مطالعات مرتبط موید این مطلب هستند که ایجاد جوی حمایت گرانه و به

مهمترین ابعاد فرهنگ ایمنی هستند که نیازمند توجه و رسیدگی می‌باشند. یک اجرای مؤثر ایمنی بیمار بستگی به الزامات قانونی و اجرای استانداردها، ایجاد پاسخگویی سازمانی به نیازهای بیماران، ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها و مشارکت و همکاری با بیماران و خانواده‌های آنان و همچنین به نظر می‌رسد نهادینه کردن فرهنگ ایمنی بیمار، محوریت قرار دادن بیماران در شیوه‌ی ارائه‌ی خدمات، آموزش کارکنان و بیماران و رفع موانع قانونی، باعث افزایش میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار می‌شود.

دور از سرزنش، توجه به استانداردهای محیط فیزیکی بیمارستان و تجهیزات، توضیح خطا و تحلیل آن و پی بردن به علل وقوع آن، یادگیری سازمانی از خطاها و شناسایی روش‌های پیشگیری از تکرار اشتباهات در آینده، طراحی استانداردهای انتقال بیمار و مراقبت از بیمار و اجرای این استانداردها، آموزش ضمن خدمت کارکنان در این زمینه و مداخلات مؤثر دیگر در افزایش درک ایمنی بیمار در کارکنان مراکز درمانی اهمیت دارند.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که درک فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر خرم‌آباد در سطح مطلوبی نبوده و حیطه‌های آموزش مداوم و ارتقای مستمر، واکنش غیر تنبیهی به اشتباهات، فراوانی گزارش‌دهی وقایع، باز بودن مجاری ارتباطی، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، ارتباط و بازخورد دادن خطاها از

تشکر و قدرانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب با شماره ۱۷۷۸ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان می‌باشد، که بدینوسیله از معاونت و کارکنان محترم واحد پژوهشی و کارکنان بیمارستان که با ما همکاری لازم را داشتند، تشکر می‌نمائیم.

References

1. Wong P, Helsing D, Petry J. Providing the right infrastructure to lead the culture change for patient safety. *Joint Commission Journal Quality Improvement*, 2002;28:363-72
2. Ebrahimpour F, Shahrokhi A, Ghodousi A. Patients' safety and nurses' medication administration errors. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2014; 20 (1) :401-408. [Persian]
3. Aghaei Hashjin A, Kringos DS, Manoochehri J, Ravaghi H, Klazinga NS. Implementation of patient safety and patient centeredness strategies in Iranian hospitals. *PLoS ONE*, 2014; 9(9): e108831.
4. Hoffman D, Marks B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personal Psychology*; 2006; 4:847-69.
5. Nasiry pour AA, Hagshenas Kashani F, Rabeei F. Develop strategies for improving patient safety in clinical departments of 15 khordad hospital in Tehran. *Journal of Health and Treatment Management*. 2011; 2(3,4): 7-17. [Persian]
6. 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. *Journal of Urmia University of Medical Sciences* 2012;10(2):155-164. [Persian]
- 7.
8. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety Board on Health Care Services. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington: The National Academies Press. 2004
9. Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 2nd Ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2009
10. Exton, J. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*. 2006; 6(1): 44.
11. Piotrowski MM, Hinshaw DB. The safety checklist program: creating a culture of safety in intensive care units. *Joint Commission Journal Quality Improvement*. 2002; 28:306-15.
12. Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, Admi H, Donchin Y. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Critical Care Medicine*. 2007; 35:1312-17.
13. Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 2nd Ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2009

14. Moghri j, Akbari Sari A, Rahimi Forooshani A, Arab M. Patient safety culture status in general hospitals affiliated to Tehran University of medical sciences. *Hakim*. 2013; 16(3): 243- 250. [Persian]
- 15.
16. Faghihzadeh S, Motamed N, Shoghli AR, Asuri M, Safaian Amoli M. Assessment of nurse viewpoints on patient safety culture in Amol hospitals in Iran, 2012. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM)*; 2014-2015; 4(2): 45-55. [Persian]
17. Ebadi- Fardazar F, Rezapoor A, Tanoomand Khoushehmehr A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. Study of patients' safety culture in selected training hospitals affiliated whith Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Hospital*. 2012; 11 (2):55-64. [Persian]
18. Abdi Z, Maleki MR, Khosravi A. Perceptions of patient safety culture among staff of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Payesh*.2011;10(4):411-419[Persian].
19. Janghorbani M, Raisi A, Dehghani S, Mousavi A. Assessment of safety status in operating rooms of Shahid Beheshti, Isfahan, Iran hospital by the World Health Organization Standards for Safety-Friendly Hospitals. *Health Information Manage*. 2013; 9(7): 1066-72. [Persian]
20. Rockville, MD. Hospital survey on patient safety culture: items and dimensions. (June 2014). Agency for Healthcare Research and Quality. available at; <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospdim.html>
21. Mogarri J. The psychometric properties of the Farsi version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” In Iran’s hospitals. *Iranian Journal of Public Health*. 2012; 41(4):80-86
22. Yaghoobifar M, Takbiri A, HaghGoshaee E, Tabaraee Y. The survey of patient safety culture and recognizing its weaknesses and strengths in Sabzevar hospitals. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2013; 20 (2) :154-164.[Persian]
23. Salavati S, Fanoosi T, Dehghan D, Tabesh H. Nurses’ perspectives on patient safety culture. *Iranian Journal of Nursing*. 2013; 26 (84) :24-33.[Persian]
24. Nasiripour Zh., Goudarzi Z. , Keshmiri F. , Pourreza A. Comparison of the education and research indicators of patient safety status between selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences based on the WHO standards. *Bimonthly Educational Strategies in Medical Sciences*. 2014; 7 (4) :241-248.[Persian]
25. Mazhari Z, Adel A. Patient safety status in hospitals of Tehran: patient safety friendly hospitals standards: 2013. *Payavard*. 2015; 8 (5) :379-389.[Persian]
26. Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Quality & Safety Health Care*, 2010; 19(5): e17.
27. Leap LL. “Error in Medicine” *JAMA* 1994; 272(23):1851-57.
28. Zakerian S, Abbasinia M, Mohammadian F, Fathi A, Rahmani A, Ahmadnezhad I. The relationship between workload and quality of life among hospital staffs. *Journal of Ergonomics*. 2013; 1 (1):43-56. [Persian]
- 29.
30. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288:1987-93
31. Andersson EM, Hallberg I, Edberg AK. Nurses’ experiences of the encounter with elderly patients in acute confessional state in orthopedics care. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40:437–448.
32. Hashemi F, Nikbakht Nasabadi A, Asghari F. Factors associated with nursing errors reported in a qualitative study, *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;4(2):53-64. [Persian]
- 33.
34. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS,. *To error is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
35. Sharifi S, Izadi-tame A, Hatamipour K, Sadeghigooghary N, Safabakhsh L. Patient safety culture from Mazandaran

clinical nurses' perspective. Iranian Journal of Nursing. 2014; 27 (88):77-87.[Persian]

36. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs. 2004;23(4): 202-212

37. ElJardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospital: a study at baseline. International of Journal of Quality of Health Care, 2010; 22(5): 386-95.

38. Roux G, Halstead JA. Issues and trends in nursing; essential knowledge for today and tomorrow. America: Jones and Bartlett Pub.2009.

Assessing medical staff's view of patient safety culture

Shahin Salarvand , Alireza Moayyed Kazemi [■] , Narjes Bahri , Payam Dalvand , Maryam Moghimian , Ghafar Ali Mahmoudi , Farzad Ebrahomzadeh

Abstract

Introduction: Over the past two decades, this thought that the health system is not safe enough and need to improve, has been studied globally. So, assessing the views' of medical staff would be beneficial for improving health safety programs.

Aim: This study was done to determine patient safety culture from the perspective of the medical staff in Khorramabad teaching hospitals.

Methods and Materials: A cross-sectional study was done in 2015 that (280) medical staff who selected by convenience sampling by using stratified sampling then quota sampling participated. Data were gathered by questionnaires; Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) that printed in Quality & Research in Health in USA and demographic questionnaire. All data analyzed by SPSS16 and findings with ($p < 0.05$) presented.

Results: findings showed that the safety culture at the university hospitals of Khoramabad in staff view point is not desirable and among twelve patient safety culture dimensions, the most important dimensions need to address includes; organizational learning, continuous improvement, non-punitive response to errors, frequency of adverse event reporting, communication openness, management support for patient safety, feedback and communication about error.

Conclusion: It is suggested to nurse managers that planned change in hospitals for improving safety culture for decreasing errors and increasing reporting them.

Key words: hospital, medical staff, patients' safety culture.

Salarvand S.

Faculty member, nursing and mid-wifery faculty, Hepatitis research center, Lorestan University of medical sciences, Khorramabad, Iran

■ Corresponding author:

Moayyed Kazemi A.

Assistant professor, medical faculty, Lorestan University of medical sciences, Khorramabad, Iran

Address: mohammadia1394@gmail.com

Bahri N.

PhD Student of Reproductive Health, Department of midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Gonabad University of medical sciences, Gonabad, Iran.

Dalvand P.

BSN of nursing, Lorestan University of medical sciences, Khorramabad, Iran.

Moghimian M.

Faculty member Department of of nursing ,Faculty of nursing& midwifery, Najafabad Branch, Islamic Azad University Najafabad, Isfahan, Iran

Mahmoodi G.A.

Associate professor, medical faculty, Lorestan University of medical sciences, Khorramabad, Iran

Ebrahomzadeh F.

Faculty member, statistics Department, Lorestan University of medical sciences, Khorramabad, Iran.

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Fourth Year, Vol 4, No3, Autumn 2015