

بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

عباس شمس‌الدینی لری^۱، احمد استا^۲، امید آتش بهار^۳، سالار رضانی^۴، محمدرضا پوراحمدی^۵، صادق احمدی کشکولی^{۱*}

• پذیرش مقاله: ۹۵/۳/۲۷

• دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۵/۳/۱۹

• دریافت مقاله: ۹۴/۱۰/۴



چکیده

مقدمه: در سازمان‌های ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی - درمانی بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، اولین گام جهت کاهش خطاهای پزشکی و ارتقای ایمنی بیمار می‌باشد. هدف این مطالعه، تعیین وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۳۱۰ نفر پرستار که از چهار بیمارستان دانشگاهی شهر تهران به روش تصادفی ساده انتخاب شده بودند، انجام شد. داده‌ها با پرسشنامه استاندارد فرهنگ ایمنی بیمار جمع‌آوری گردید. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک پرستاران و بخش دوم دارای ۴۲ سؤال که ۱۲ بُعد فرهنگ ایمنی بیمار را مورد ارزیابی قرار می‌داد، بود. پرسشنامه‌ها به نسبت تعداد پرستاران هر بیمارستان توزیع و توسط پرستاران تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها: از میان ابعاد مورد بررسی، دو بُعد یادگیری سازمانی (۸۱٪) و کار تیمی درون واحدهای بیمارستان (۷۶/۱٪) دارای وضعیت مطلوبی بودند. کمترین امتیاز به بُعد ارائه بازخورد در رابطه با خطاها (۳۲/۷۵٪) مربوط بود. همچنین بین وضعیت فرهنگ ایمنی پرستاران با نوع استخدام و جنسیت آنان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: اقدامات مدیران برای بهبود ایمنی، ارائه بازخورد در رابطه با خطاها، زمینه‌سازی برای نتایج گزارش‌دهی حوادث و تبادل اطلاعات مربوط به بیمار در بیمارستان‌های تحت مطالعه جهت ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، بیمارستان آموزشی، پرستاران

ارجاع: شمس‌الدینی لری عباس، استا احمد، آتش بهار امید، رضانی سالار، پوراحمدی محمدرضا، احمدی کشکولی صادق. بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۵؛ ۲(۱): ۹۲-۸۱

۱. کارشناس ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۴. کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

* نویسنده مسؤول: تهران، بزرگراه شهید چمران، خیابان یمن، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی.

Email: Sadeghahmadi1369@yahoo.com

تلفن: ۰۷۱۳۶۲۰۳۵۹۶

مقدمه

یکی از ابتدایی‌ترین و مهم‌ترین شرط لازمه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، نرساندن آسیب به بیمار در حین ارائه مراقبت است (۱). پس از انتشار گزارش مؤسسه پزشکی ایالات متحده آمریکا در سال ۱۹۹۹ در رابطه با خطاهای پزشکی، ایمنی بیمار به عنوان یکی از اولویت‌های مراقبت بهداشتی در جامعه آمریکا تعیین شد. بر طبق این گزارش، تخمین زده شد که میزان خطا در ارائه مراقبت سلامت، سالانه منجر به مرگ ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ نفر می‌شود (۲). به طوری که در سراسر جهان از هر ۱۰ بیمار انفر تحت تأثیر خطاهای پزشکی قرار می‌گیرد و همین امر باعث شده است که سازمان بهداشت جهانی، ایمنی بیمار را به عنوان یک نگرانی همه‌گیر معرفی کند (۳). در سال ۲۰۱۳ James تخمین جدیدی را از میزان آسیب بیمارانی که مراقبت‌های بیمارستانی را دریافت می‌کردند، ارائه داد. بر اساس این تخمین سالانه بیش از ۴۰۰۰۰۰ نفر دچار مرگ پیش از موعود به دلیل آسیب‌های قابل پیشگیری می‌شوند و میزان بروز آسیب‌های جدی ۱۰ تا ۲۰ برابر شایع‌تر از میزان بروز مرگ می‌باشد (۴). یکی از عواملی که نقش مؤثری در ارتقای سطح ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی-درمانی دارد، وجود فرهنگ ایمنی بیمار در این مراکز است (۵). فرهنگ به مجموعه‌ای از باورها، عقاید و ارزش‌های گروهی افراد گفته می‌شود که در رفتار آن‌ها متجلی می‌گردد (۶). در واقع فرهنگ ایمنی بیمار، نشان‌دهنده میزان اولویت ایمنی بیمار از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آن‌ها است (۷). مواردی از قبیل عدم پنهان‌سازی خطاها و حوادث و آشکارسازی آن‌ها، آموزش کارکنان در زمینه امنیت بیمار، وجود سیستم گزارش‌دهی انواع خطاها، استفاده

از داده‌های سیستم گزارش‌دهی در جهت بهبود فرآیندها، کاهش سرزنش افراد، وجود کار تیمی، ارتباطات شفاف بین واحدها و بخش‌ها و همکاری آن‌ها با یکدیگر در جهت منافع بیمار و توجه رهبری سازمان به امنیت از خصوصیات بارز چنین فرهنگی هستند (۸). با توجه به اهمیت بالای فرهنگ ایمنی در افزایش ایمنی بیماران و کاهش خطاهای پزشکی، ابزارهای متعددی جهت سنجش وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز مختلف بهداشتی و درمانی از جمله بیمارستان‌ها طراحی گردیده است (۹-۱۱). هریک از این ابزارها بر ابعادی از فرهنگ ایمنی بیمار تأکید دارند. یکی از کامل‌ترین آن‌ها، ابزار سنجش فرهنگ ایمنی بیمار نسخه بیمارستانی Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) می‌باشد که در سال ۲۰۰۴ توسط مرکز پژوهش و کیفیت خدمات سلامت طراحی گردید (۹). تاکنون تحقیقات وسیعی چه در سطح ایالت متحده و چه در سایر کشورها با استفاده از این ابزار صورت گرفته است (۱۲، ۱۳). در مطالعه عبدی و همکاران با استفاده از پرسشنامه (HSOPSC)، ۱۲ بُعد فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد سنجش قرار گرفت و نتایج نشان داد که ابعاد واکنش غیر تنبیهی به خطاها (۱۷/۸٪) و کار تیمی بین واحدهای بیمارستان (۱۸/۲٪) کمترین امتیاز و بُعد کار تیمی در داخل واحد (۴۷/۲٪) بیشترین امتیاز را به دست آورد (۱۴). Aboul-Fotouh و همکاران در مصر گزارش کردند که دو بُعد یادگیری سازمانی (۷۸/۲٪) و کار تیمی (۵۸/۱٪) بالاترین امتیاز و بُعد پاسخ غیر تنبیهی (۱۹/۵٪) از پایین‌ترین امتیاز برخوردار بودند (۱۵). در کشورمان ایران در پاسخ به افزایش روزافزون

خطاهای پزشکی و افزایش توجه مردم و فشار افکار عمومی نسبت به این امر، وزارت بهداشت موضوع ایمنی بیمار را در اولویت برنامه‌های خود قرار داد و همواره از تلاش‌هایی که در این زمینه صورت می‌گیرد، حمایت کرده است. در حال حاضر نیز وزارت بهداشت، بحث حاکمیت بالینی خدمات را در بیمارستان‌ها مطرح کرده که یکی از محورهای آن موضوع ایمنی بیمار می‌باشد (۱۶). با توجه به ضرورت آگاهی مسئولان بیمارستان‌ها از وضعیت جاری فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی راه‌هایی جهت بهبود و ارتقای آن و با عنایت به این که پرستاران، در خط مقدم (کارکنان صفی) ارائه خدمت به بیماران در بیمارستان‌ها می‌باشند که نقش ویژه‌ای را در ارائه خدمت به بیماران دارند و با توجه به اجرای طرح تحول سلامت در اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ که یکی از اهداف این طرح، ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌ها می‌باشد، لذا محقق بر آن شد تا پژوهشی را با هدف تعیین وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴ بعد از اجرای طرح تحول سلامت انجام دهد.

روش بررسی

مطالعه حاضر، توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی بود که در سه ماهه اول سال ۱۳۹۴ انجام شد. جهت تعیین محیط پژوهش و دستیابی به حجم نمونه موردنیاز، پس از دریافت اسامی بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی واقع در شهر تهران از سایت معاونت درمان دانشگاه، از بین ۷ بیمارستان دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی واقع در شهر تهران، ۴

بیمارستان آموزشی انتخاب شد، نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. سپس با مراجعه به واحدهای کارگزینی، آموزش و پرستاری در بیمارستان‌ها و با توجه به لیست کارکنان موجود در این واحدها، تعداد کل کارکنان در پست‌های پرستاری در این بیمارستان‌ها مشخص گردید که تقریباً برابر با ۱۲۹۲ نفر بود. با پیش فرض این که نسبت فراوانی وجود صفات مورد بررسی (حیطه‌های مختلف فرهنگ ایمنی بیمار) در جامعه برابر با ۵۰٪ می‌باشد (۱۷) و فاصله اطمینان ۹۵٪، با استفاده از فرمول برآورد نسبت در جامعه با دقت ۵٪، حجم نمونه برابر با ۳۱۰ نفر برآورد گردید. با توجه به وزن‌دهی تعداد پرستاران بخش‌های بستری داخلی (عمومی و تخصصی)، جراحی (عمومی و تخصصی) و ویژه Intensive Care Unit (ICU)، Neonatal Intensive Care Unit (NICU) در هر بیمارستان و نمونه‌گیری طبقه‌ای، پرسشنامه‌ها توسط پرستاران به صورت خود گزارش‌دهی تکمیل گردید. برای توزیع پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار، پرستاران انتخاب شده در این پژوهش بایستی حداقل دارای یک سال سابقه کاری در بیمارستان‌های مورد مطالعه و مأمور به خدمت نبودن از سازمان دیگر بودند، در غیر این صورت از نمونه آماری حذف می‌شدند. پژوهشگر هدف از انجام مطالعه را به پرستاران توضیح داد و شرکت در مطالعه نیز آزاد بود و رضایت پرستاران جهت انجام پژوهش اخذ گردید. پرسشنامه‌ها، بدون نام توسط پرستاران تکمیل گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. به جای پرستارانی که به هر دلیل توانایی همکاری نداشتند، نمونه دیگری جایگزین شد تا تعداد نمونه

در انتهای پرسشنامه نیز پاسخگویان در زمینه وضعیت رعایت ایمنی بیمار در واحد خود و همچنین تعداد خطاهای گزارش شده در طی ۱۲ ماه گذشته مورد سؤال واقع شدند و امتیازبندی سؤالات بر مبنای مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت صورت گرفت. میانگین نمره کل پرسشنامه به سه طبقه تقسیم شد: کمتر از ۴۰ درصد نمره ماکزیمم کل پرسشنامه به عنوان وضعیت نامطلوب، نمره بین ۴۰ تا ۶۰ درصد نمره ماکزیمم وضعیت متوسط و نمره بین ۶۰ تا ۱۰۰ درصد نمره ماکزیمم وضعیت مطلوب در نظر گرفته شد (۱۹). در تحلیل نهایی و طبق راهنمای استفاده از پرسشنامه ابعادی که میانگین پاسخ‌های آن‌ها، حداقل ۷۰ درصد نمره کل آن بُعد باشند، جزء نقاط قوت فرهنگ ایمنی (گروه مطلوب) در نظر گرفته می‌شود به همین صورت ابعادی که میانگین پاسخ‌های آن‌ها بین ۵۰ تا ۷۰ درصد نمره کل آن بُعد باشد خنثی در نظر گرفته می‌شود (گروه متوسط) و در نهایت مواردی که این میزان کمتر از ۵۰ درصد نمره کل پرسشنامه باشد، به عنوان نقاط ضعف (گروه ضعیف) فرهنگ ایمنی محسوب می‌شوند (۲۰). مصاحبه‌گران آموزش دیده برای جمع‌آوری اطلاعات با هماهنگی قبلی با ریاست و مدیریت بیمارستان برای جمع‌آوری داده‌ها به بیمارستان‌های مورد مطالعه مراجعه و اقدام به جمع‌آوری داده‌ها کردند. در این مطالعه به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی و استنباطی بهره گرفته شد. از آمار توصیفی جهت محاسبه فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و از آمار استنباطی نظیر آزمون تی مستقل جهت رابطه متغیرهای دو حالت دموگرافیک با فرهنگ ایمنی کلی و آنالیز واریانس یک طرفه جهت رابطه متغیرهای دو حالت و بیشتر با فرهنگ ایمنی کلی

مورد نظر هر بیمارستان کامل شود. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد بررسی فرهنگ ایمنی بیمار، نسخه بیمارستانی (HSOPSC) که توسط آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت بهداشتی آمریکا در سال ۲۰۰۴ طراحی گردید، استفاده شد. این ابزار، ابزاری روا و پایا است که با استفاده از متون مختلف، آزمون‌های شناختی و تحلیل عاملی به منظور ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان طراحی شده است (۱۶). ابزار مذکور در کشور برای اولین بار توسط مقری و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد استفاده قرار گرفت (۱۸). در مطالعات قبلی روایی و پایایی آن تأیید شده است (۱۷، ۱۸). پایایی ابزار در مطالعه حاضر با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ ثابت شد. بخش اول پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی نظیر جنسیت، سن، وضعیت تأهل و وضعیت استخدامی پرستاران را مورد سؤال قرار داد و بخش دوم پرسشنامه دارای تعداد ۴۲ سؤال بود که ۱۲ بُعد مختلف ایمنی بیمار را مورد ارزیابی قرار داد که شامل تناوب گزارش‌دهی حوادث (۳ گویه)، درک کلی از ایمنی (۴ گویه)، انتظارات و اقدامات سوپروایزر/مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی (۴ گویه)، یادگیری سازمانی (۳ گویه)، کار تیمی درون واحد های بیمارستان (۴ گویه)، باز بودن مجاری ارتباطی و صداقت در برقراری ارتباطات (۳ گویه)، ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها (۳ گویه)، پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا (۳ گویه)، مسائل مربوط به حجم کاری و تعداد کارکنان (۴ گویه)، حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی (۳ گویه)، کار تیمی ما بین واحدهای بیمارستان (۴ گویه)، انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها (۴ گویه) را مورد سنجش قرار داد و

استفاده گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گردید.

یافته‌ها

۳۲/۹ درصد پرستاران در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال قرار داشتند. میانگین سنی پرستاران $39/8 \pm 8/2$ سال بود. همچنین میانگین سابقه کار پرستاران معادل $9/9 \pm 7$ سال بود. ۶۲ نفر پرستاران (۲۰ درصد) مرد و ۲۴۸ نفر (۸۰ درصد) نیز زن بودند. به لحاظ وضعیت استخدامی ۱۵۰ نفر (۴۸/۳ درصد) از پرستاران رسمی، ۴۶ نفر (۱۴/۹ درصد) پیمانی، ۵۲ نفر (۱۶/۸ درصد) قراردادی، ۶۲ نفر (۲۰ درصد) طرحی بودند. به لحاظ وضعیت تأهل، ۱۵۸ نفر (۵۰/۹ درصد) متأهل، ۱۵۲

نفر (۴۹/۱ درصد) مجرد بودند. از دید پرستاران دو بُعد یادگیری سازمانی و کار تیمی درون واحدهای بیمارستانی به ترتیب با ۸۱ درصد و ۷۶/۱ درصد به عنوان مهم‌ترین نقاط قوت گزارش شدند و ابعاد انتظارات و اقدامات مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی (۴۲ درصد)، ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها (۳۲/۷ درصد)، تناوب گزارش‌دهی حوادث (۳۶/۴ درصد)، انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها (۴۲/۳ درصد) به عنوان نقاط ضعف شناخته شدند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت نمرات ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار از دید پرستاران در بیمارستان‌های مورد مطالعه

ردیف	ابعاد فرهنگ ایمنی	وضعیت	مطلوب تعداد(درصد)	متوسط تعداد(درصد)	ضعیف تعداد(درصد)
۱	تناوب گزارش‌دهی حوادث		۱۱۳(۳۶/۴)	۱۳۲(۴۲/۶)	۶۵(۲۱)
۲	درک کلی از ایمنی		۱۶۳(۵۲/۷)	۸۷(۲۷)	۶۳(۲۰/۳)
۳	انتظارات و اقدامات سوپروایزر واحد در راستای بهبود ایمنی		۱۳۰(۴۲)	۱۱۶(۳۷/۴)	۶۴(۲۰/۶)
۴	یادگیری سازمانی، بهبود مداوم		۲۵۱(۸۱)	۳۴(۱۰/۹)	۲۵(۸/۱)
۵	کار تیمی درون واحدهای بیمارستان		۲۳۶(۷۶/۱)	۳۵(۱۱/۳)	۳۹(۱۲/۶)
۶	باز بودن مجاری ارتباطی و صداقت در برقراری ارتباطات		۱۶۳(۵۲/۵)	۹۱(۲۹/۴)	۵۶(۱۸/۱)
۷	ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها		۱۰۱(۳۲/۷)	۱۲۱(۳۹)	۸۸(۲۸/۳)
۸	پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا		۲۱۲(۶۸/۵)	۵۶(۱۸)	۴۲(۱۳/۵)
۹	مسائل مربوط به حجم کاری و تعداد کارکنان		۱۹۵(۶۳)	۴۵(۱۴/۵)	۷۰(۲۲/۵)
۱۰	حمایت مدیر بیمارستان از ایمنی کارکنان		۱۹۳(۶۲/۳)	۶۷(۲۱/۶)	۵۰(۱۶/۱)
۱۱	کار تیمی مابین واحدهای بیمارستان		۱۶۹(۵۴/۶)	۸۲(۲۶/۴)	۵۹(۱۹)
۱۲	انتقال بیمار در بیمارستان‌ها و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها		۱۳۱(۴۲/۳)	۹۸(۳۱/۶)	۸۱(۲۶/۱)

نگرش آنان در بُعد انتظارات و اقدامات سوپروایزر واحد در راستای بهبود ایمنی ($12/8 \pm 3/8$) بود. وضعیت هر یک از ابعاد دوازده گانه هم مشخص شده است (جدول ۲).

نمره نگرش پرستاران در خصوص فرهنگ ایمنی بیمار به طور کلی برابر با ($14/3 \pm 2/9$) بود. در ارتباط با نگرش نسبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار، نتایج نشان داد که بیشترین نمره نگرش پرستاران در بُعد یادگیری سازمانی ($11/7 \pm 2/8$) و کمترین نمره

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره نگرش پرستاران در زمینه ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های مورد مطالعه

وضعیت	حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف معیار \pm میانگین	آماره‌های توصیفی	ابعاد فرهنگ ایمنی
متوسط	۱۵	۳	۹/۶±۲/۳		تناوب گزارش دهی حوادث
متوسط	۲۰	۴	۱۲/۹±۳/۸		درک کلی از ایمنی
متوسط	۲۰	۴	۱۲/۸±۳/۸		انتظارات و اقدامات سوپروایز واحد در راستای بهبود ایمنی
خوب	۱۵	۳	۱۱/۷±۲/۸		یادگیری سازمانی، بهبود مداوم
خوب	۲۰	۴	۱۴/۲±۳/۷		کار تیمی درون واحد‌های بیمارستان
متوسط	۱۵	۳	۱۰/۲±۲		باز بودن مجاری ارتباطی و صداقت در برقراری ارتباطات
متوسط	۱۵	۳	۹/۹±۲/۹		ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها
متوسط	۱۵	۳	۱۰/۲±۳		پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا
متوسط	۲۰	۴	۱۳/۶±۲/۳		مسائل مربوط به حجم کاری و تعداد کارکنان
متوسط	۱۵	۳	۱۰/۱±۲/۵		حمایت مدیر بیمارستان از ایمنی
متوسط	۲۰	۴	۱۳/۳±۳/۱		کار تیمی ما بین واحدهای بیمارستان
متوسط	۲۰	۴	۱۲/۵±۲/۸		انتقال بیمار در بیمارستان‌ها و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحد‌ها
خوب	۲۰۲	۵۶	۱۴۱/۳±۲۸/۹		وضعیت کلی فرهنگ ایمنی

پرستارانی که وضعیت استخدامی رسمی و جنسیت زن در بیمارستان را داشتند، برداشت کلی بالاتری نسبت به سایرین داشتند. متغیرهای سن و وضعیت تأهل پرستاران رابطه معنی‌داری با فرهنگ ایمنی کلی بیمار نداشتند.

نتایج آزمون آنالیز واریانس و تی تست، در رابطه با برداشت کلی پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار در وضعیت‌های استخدامی ($P=0/02$) و جنسیت ($P<0/001$) تفاوت آماری معناداری را نشان داد (جدول ۳).

جدول ۳: بررسی ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیکی و نمره برداشت کلی پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های مورد مطالعه

نتیجه آزمون	تعداد (درصد)	انحراف معیار \pm میانگین	ویژگی‌های دموگرافیک
$t=3/4$	۶۲ (۲۰)	۱۳۱±۲۸	جنسیت
$*P<0/001$	۲۴۸ (۸۰)	۱۴۵±۲۸	زن
$T=1/4$	۱۵۸ (۵۰/۹)	۱۴۴±۲۸	وضعیت تأهل
$*P=0/14$	۱۵۲ (۴۹/۱)	۱۳۹±۲۹	متاهل
$F=3/30$	۱۵۰ (۴۸/۳)	۱۵۱±۳۰	وضعیت استخدامی
$**P=0/02$	۴۶ (۱۴/۹)	۱۳۷±۲۷	رسمی
	۵۲ (۱۶/۸)	۱۳۵±۳۲	پیمانی
	۶۲ (۲۰)	۱۴۲±۲۰	قراردادی
			طرحی
$F=0/29$	۵۹ (۱۹/۱)	۱۴۴±۲۷	وضعیت سن
$**P=0/83$	۱۰۲ (۳۲/۹)	۱۴۱±۳۰	۲۰-۲۹
	۹۶ (۳۰/۹)	۱۴۳±۲۸	۳۰-۳۹
	۵۳ (۱۷/۱)	۱۴۲±۲۸	۴۰-۴۹
			بالای ۵۰

one-way anova ** *indepented-T

ماه گذشته به سرپرست بخش ارائه ندادند و تعداد ۹۶ (۳۱٪) نفر از پرستاران ۱ تا ۱۰ مورد و ۶ (۱/۹٪) نفر بیش از ۱۰ بار گزارش داده‌اند. همچنین ۱۴۱ نفر از

دیدگاه ۲۰۸ (۶۷/۱٪) نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی تحت مطالعه مبنی بر این بود که هیچ گزارشی را در زمینه وقایع و حوادث در ۱۲

پرستاران (۴۵/۵٪)، وضعیت رعایت ایمنی را متوسط و ۱۲۳ نفر (۳۹/۷٪) از پرستاران بسیار خوب و ۴۶ نفر (۱۴/۸٪)، نامناسب توصیف کردند.

بحث و نتیجه‌گیری

ارزیابی وضعیت فرهنگ ایمنی به بیمارستان‌ها کمک می‌کند تا از جنبه‌های مختلف ایمنی بیمار که نیازمند توجه جدی هستند، آگاهی یابند. همچنین به بیمارستان‌ها اجازه می‌دهد که نقاط ضعف و قوت فرهنگ ایمنی خود را در زمینه بیمار شناسایی نمایند. با توجه به عزم کشور در زمینه ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار و ایجاد بیمارستان‌های دوستدار بیمار، لازم است که به فرهنگ ایمنی در مراکز درمانی توجه ویژه گردد.

در این پژوهش پرستاران دارای جنسیت زن نسبت به پرستاران مرد دیدگاه بهتری به فرهنگ ایمنی بیمار داشتند. در مطالعات کبیر و حیدری و مقری و همکاران ارتباط معناداری بین فرهنگ ایمنی و جنسیت نشان داده شد (۱۸، ۱۹) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت. زنان در رعایت ایمنی، کیفیت مراقبت از بیمار و همچنین به کارگیری اصول اخلاقی نسبت به مردان حساسیت بیشتری نشان می‌دهند (۲۱). به نظر می‌رسد در مطالعه حاضر نیز پرستاران زن به رعایت ایمنی بیمار و دقت کار اهمیت بیشتری نشان دادند. همچنین پژوهش حاضر نشان داد پرستاران رسمی نسبت به پرستاران پیمانی، قراردادی و طرحی دیدگاه بهتری به فرهنگ ایمنی بیمار داشتند که با یافته‌های مطالعه کبیر و حیدری و ایزدی و همکاران در یک راستا است (۱۹، ۲۲). انتظار می‌رود با توجه به تجربه و سابقه کاری، تعهد و وابستگی کاری بیشتر پرستاران رسمی و همچنین

حضور بیشتر از سایر کارکنان در کلاس‌های ضمن خدمت مربوط به ایمنی بیمار، دیدگاه بهتری نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار نشان دهند.

در مطالعه حاضر، ۸۱٪ از افراد مورد بررسی، ابعاد یادگیری سازمانی و ۷۶/۱٪ از آنان کار تیمی درون واحدهای بیمارستان را وضعیت مطلوبی در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار می‌دانستند. در مطالعه مقری و همکاران، یعقوبی‌فر و همکاران، رواقی و همکاران و صلواتی و همکاران در ایران و Chen و Li در تایوان ابعاد یادگیری سازمانی و کار تیمی درون واحدها بالاترین امتیاز را کسب کرده بودند (۱۸، ۲۰، ۲۵-۲۳). که به طور کامل مشابه مطالعه حاضر بود. در مطالعه عبدی و همکاران نیز همچون مطالعه حاضر، بُعد کار تیمی درون واحدها بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داد، اما برخلاف نتایج مطالعه حاضر، بُعد واکنش غیرتنبیهی به خطاها دارای کمترین امتیاز بود (۱۴). در مطالعه عبادی فردآذر و همکاران، دو بُعد کار تیمی درون واحدهای بیمارستان و یادگیری سازمانی بالاترین امتیاز فرهنگ سازمانی را داشت اما برخلاف نتایج مطالعه حاضر، بُعد پاسخ غیرتنبیهی به خطاها ضعیف‌ترین بُعد فرهنگ ایمنی بیمار شناخته شد (۲۶). نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که مدیریت نقش به‌سزایی در فعال‌سازی و قوی نمودن فرهنگ ایمنی بیمار و توصیه به یادگیری از خطاها و تشویق نمودن به کار تیمی دارد. از آنجایی که همکاری بین افراد بهتر از همکاری موجود بین کارکنان بیمارستان است، می‌توان این گونه استنباط نمود که همکاری کارکنان و کار تیمی آن‌ها در هر واحد لازمه کارهای مراقبتی است و بیشترین کار مراقبتی در بیمارستان‌ها بر عهده پرستاران است، لذا این افراد به مرور زمان با اهمیت این مقوله آشنا شده و آن را در وجود خود

نهاده‌ها ساخته و بیشتر از سایر کارکنان آن را رعایت نموده و به آن‌ها بهاء می‌دهند.

در مطالعه حاضر ابعاد ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها، ابعاد تناوب گزارش‌دهی حوادث، انتظارات و اقدامات سوپروایزر/مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی، انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها به ترتیب با ۳۲/۷٪، ۳۶/۴٪، ۴۲٪، ۴۲/۳٪ کمترین امتیاز را در زمینه فرهنگ ایمنی کسب کردند. در مطالعه مقری و همکاران، رواقی و همکاران، یعقوبی‌فر و همکاران ابعاد پاسخ غیر تنبیهی و مسایل کارکنان کمترین میانگین را داشتند (۱۸،۲۰،۲۳). همچنین در مطالعه محفوظ‌پور و همکاران، حمایت مدیریت کمترین میانگین را دارا بود (۱۷). در مطالعه Li و Chen در تایوان نیز ابعاد پاسخ غیرتنبیهی و امور کارکنان دارای کمترین میانگین بودند که از نقاط ضعف بیمارستان به شمار می‌رفتند (۲۵). در مطالعه بقایی و همکاران بُعد فراوانی گزارش‌دهی وقایع همچون مطالعه حاضر دارای پایین‌ترین امتیاز بود (۲۷). در مطالعه صلواتی و همکاران ابعاد ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها و تناوب گزارش‌دهی حوادث دارای کمترین امتیاز فرهنگ ایمنی شناخته شدند (۲۴) که مشابه نتایج مطالعه حاضر است. در مطالعه عبدی و همکاران ابعاد واکنش غیرتنبیهی به خطاها و کار تیمی بین واحدهای بیمارستان دارای کمترین امتیاز فرهنگ ایمنی و در مطالعه عبادی‌فرد و همکاران ابعاد کارکنان و پاسخ غیرتنبیهی به خطا نقاط ضعف فرهنگ ایمنی شناخته شدند (۱۴،۲۶)، که مشابه نتایج مطالعه حاضر نیست. در حیطه‌های باز بودن مجاری ارتباطی و فراوانی گزارش‌دهی رخدادها، نامطلوب بودن فرهنگ ایمنی در مراکز دانشگاه می‌تواند نشانه‌ای از نظارت

کمتر پرسنل و کارکنان در مراکز دانشگاهی باشد و مستلزم انجام مطالعات دقیق‌تر در این زمینه است. ضعف در بُعد انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی مابین واحدها می‌تواند به خاطر دلایلی همچون مفقودی پرونده‌های بیماران در زمان انتقال به بخش‌ها یا بیمارستان‌های دیگر و تغییر شیفت پرستاران در بیمارستان‌ها باشد که این امر نیازمند نظارت و پیگیری مستمر و بیشتر می‌باشد. در رابطه با انتظارات و اقدامات مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی لازم به ذکر است که ارتقای فرهنگ ایمنی بیمارستان به عنوان تحولی بزرگ بوده و نیازمند تغییر ارزش‌ها، باورها و رفتار کارکنان سازمان همراه با ارزش‌های فرهنگ ایمنی می‌باشد و چنین تحولی نیازمند پشتیبانی مدیران ارشد سازمان و رهبران و سرپرستان می‌باشد. با عنایت به این مسأله که بیمارستان‌های تحت مطالعه از نظر ارتباطات و ارائه بازخورد در زمینه خطاها، تناوب گزارش‌دهی حوادث، انتظارات مدیر در راستای بهبود ایمنی، ارائه بازخورد در رابطه با خطاها و انتقال بیمار در بیمارستان دارای ضعف می‌باشند، لذا ایجاد سیستمی مناسب و جامع جهت گزارش‌دهی خطاها و حوادث ناگوار، پشتیبانی مدیران ارشد سازمان در برنامه‌های بهبود ایمنی، نظارت و ارزشیابی مستمر کارکنان و پرستاران، ضروری به نظر می‌رسد چرا که منجر به بهبود کارآیی، اثربخشی و در نهایت ارتقای فرهنگ ایمنی که لازمه ایجاد محیط ایمن‌تر در بیمارستان است، می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر مبنی بر این بود که میزان گزارش حوادث طبق دیدگاه پرستاران اندک است به نحوی که ۶۷/۱ درصد از پرستاران عنوان نمودند که طی یک سال گذشته هیچ گزارشی از وقایع و حوادث

نداشتند و یا صرفاً ۱ الی ۲ گزارش از حوادث ارائه داده‌اند که این امر همسو با نتایج سه مطالعه داخلی می‌باشد. چنان که در مطالعه بقایی و همکاران، ۲۶ درصد معتقد بودند که هیچ حادثه‌ای در واحد کاری خود گزارش نکرده‌اند و ۴۴ درصد بیان کردند که ۱ الی ۲ گزارش ارائه نمودند (۲۷). در مطالعه صلواتی و همکاران، ۶۶/۳ درصد از پرستاران عنوان نمودند که طی یک سال گذشته هیچ گزارشی از وقایع و حوادث نداشتند و یا صرفاً ۱ الی ۲ گزارش از حوادث ارائه داده‌اند (۲۴). در مطالعه عبدی و همکاران، نیز طی ۱۲ ماه گذشته به طور متوسط در یکی از بیمارستان‌های تحت مطالعه ۱ الی ۲ مورد و در دو بیمارستان دیگر هیچ موردی از خطا و حادثه گزارش نشده بود (۱۴). در مطالعه El-Jardali و همکاران ۶۰ درصد از پاسخگویان عنوان نمودند هیچ گزارشی را در طی ۱۲ ماه گذشته ارائه نکرده‌اند (۲۸). ترس از سرزنش و توبیخ توسط مدیران و ترس از شکایت و اقدامات قانونی بیماران به عنوان دلایل عدم گزارش‌دهی حوادث و همچنین عدم سیستم ثبت و گزارش‌دهی صحیح و کمبود اطلاعات تحقیقی به عنوان یک مشکل عمده برای سیستم درمانی مطرح است. لذا اتخاذ رویکردهایی جهت بهبود گزارش‌دهی حوادث در بخش‌های بیمارستان ضروری به نظر می‌رسد.

دیدگاه اغلب پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه تحت مطالعه مبنی بر این بود که وضعیت رعایت ایمنی بیمار در بیمارستان محل خدمت آنان وضعیت قابل قبولی دارد. در سه مطالعه داخلی نیز نتایج در زمینه دیدگاه پاسخگویان درباره وضعیت رعایت ایمنی بیمار در بیمارستان محل خدمت مشابه با مطالعه حاضر بود به این ترتیب که در مطالعه

عبدی و همکاران وضعیت ایمنی بیمار توسط کلیه کارکنان کادر درمانی (اعم از افرادی که در تماس مستقیم یا غیر مستقیم با بیمار) تحت مطالعه در دو بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، قابل قبول توصیف شده بود، در حالی که امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در تمامی ابعاد مورد بررسی در حد پایین و متوسط بوده است (۱۴). در مطالعه عبادی‌فرد و همکاران نیز از بین پرستاران تحت مطالعه ۲۲٪ نمره ایمنی خوب و عالی و ۶۰٪ نمره ایمنی قابل قبول به بیمارستان‌های محل اشتغال خود اختصاص دادند (۲۶). در مطالعه صلواتی و همکاران، نیز اغلب پرستاران بیمارستان محل خدمت را از نظر رعایت ایمنی بیمار در وضعیت عالی، خیلی خوب و قابل قبول توصیف نموده‌اند و درصد اندکی (۱۶/۲٪) در سه بیمارستان خصوصی و پنج بیمارستان دولتی دانشگاهی شهر اهواز وضعیت ایمنی بیمارستان را نامناسب و ضعیف توصیف نموده‌اند (۲۴). در مطالعه El-Jardali و همکاران، نیز بیش از ۷۰٪ پاسخگویان درجه عالی یا خیلی خوب را به فرهنگ ایمنی بیمار اختصاص دادند (۲۸). مطالعه Chen و Li نیز نشان داد که میانگین پاسخ مطلوب برای ۱۲ بُعد فرهنگ ایمنی بیمار برابر با ۶۴٪ بوده در حالی که کارکنان بیمارستان احساس مثبتی نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار در سازمان داشتند (۲۵). فرهنگ ایمنی بیمار یکی از عوامل مهم دخیل در ایجاد ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی است و عدم وجود آن در بیمارستان بدین معنی است که ایمنی بیمار در بیمارستان دچار مشکل است. در حال حاضر نیز بسیاری از سازمان‌های بهداشتی و درمانی جهان در زمینه کیفیت خدمات درمانی، ایمنی بیمار و اعتبار بخشی بر اهمیت خلق فرهنگ ایمنی در سازمان‌ها

و رفتار کارکنان و همچنین نیازمند حمایت مدیران ارشد سازمان است.

پیشنهادها

انجام مطالعاتی در راستای اجرای مداخلاتی در زمینه ارتقای فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های مورد مطالعه و بررسی تأثیر آن‌ها، بررسی وضعیت بیمارستان‌های خصوصی و مقایسه آن‌ها با بیمارستان‌های دولتی توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود سیستم جامعی جهت گزارش خطاهای پزشکی و حوادث ناگوار در سطح بیمارستان‌ها ایجاد شود و تشکیل کمیته ایمنی در بیمارستان در اولویت قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴ با کد ۱۶۳-۱۳۹۳/۱۰/۱۴ است که با حمایت مالی کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اجرا شد.

References

1. Friesen MA, Farquhar MB, Hughes R. American Nurses Association (ANA) Continuing Education, Center for American Nurses; 2005.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a Safer Health System Washington (DC): National Academies Press; 2000.
3. Abdelhai R, Abdelaziz S, Ghanem N. Assessing patient safety culture and factors affecting it among health care providers at cairo University Hospitals. Journal of American Science. 2012;8(7):11-9.
4. James JT. A New, Evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. Journal of Patient Safety. 2013;9(3):122-8.
5. Anderson J. Creating a culture of safety: Leadership, teams, and tools. Nurse Leader Journal. 2006;4(5):38-41.
6. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis.

جهت ارتقای ایمنی بیمار تأکید می‌نمایند. از جمله محدودیت‌های مطالعه، دسترسی مشکل به تعدادی از پرستاران و عدم همکاری آن‌ها به دلیل مشغله کاری زیاد و همچنین عدم توان لازم برای بررسی تمامی بیمارستان‌های شهر تهران به لحاظ گستردگی و تعداد بالای این بیمارستان‌ها بوده است. جهت استقرار فرهنگ ایمنی، ارزیابی وضعیت فعلی فرهنگ، اولین گام می‌باشد. بیمارستان‌های مورد مطالعه در رابطه با فرهنگ ایمنی بیمار در ابعاد تناوب گزارش‌دهی حوادث، ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها، انتقال بیمار در بیمارستان از پایین‌ترین امتیاز برخوردار بودند که نیازمند اصلاح برخی رویه‌ها و سیاست‌ها در سطح بیمارستان ضروری می‌باشد که از جمله می‌توان به اصلاح رویه‌های گزارش‌دهی خطاها در بیمارستان، توزیع مناسب کادر پرستاری موجود، کاهش ساعات کاری پرستاران، نظارت و ارزشیابی مستمر و ایجاد انگیزه کاری پرستاران اشاره کرد. در نهایت باید گفت، فرآیند استقرار فرهنگ ایمنی در سازمان فرآیندی زمان‌بر بوده که نیاز به تحولی عظیم در تغییر ارزش‌ها، باورها

- Journal of Advanced Nursing. 2008;63(3):310-19.
7. Milligan J. Establishing a culture for patient safety - the role of education. Nurse Educ Today. 2007;27(2):95-102.
8. Schutz AL, Counte MA, Meurer S. Development of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: analysis of content validity. Health Care Manag Sci. 2007;10(2):139-49.
9. Matsubara S, Hagihara A, Nobutomo K. Development of a patient safety climate scale in Japan. Int J Qual Health Care. 2008;20(3):211-20.
10. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson E. Measuring safety climate in health care. Qual Saf Health Care. 2006; 15(2): 109-15.
11. Westrum R. A typology of organisational cultures. Qual Saf Health Care. 2004; 13(Suppl 2): 22-7.

12. Scherer D, Fitzpatrick JJ. Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative area. *AORN J*. 2008;87(1):163-75.
13. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur*. 2007;20(7):620-32.
14. Abdi Z, Maleki M, Khosravi A. Perceptions of patient safety culture among staff of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Payesh*. 2011;10(4):411-9. Persian.
15. Aboul-Fotouh AM, Ismail NA, Ez Elarab HS, Wassif GO. Assessment of patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. *East Mediterr Health J*. 2012;18(4):372-7. Persian.
16. Mohebi Far R, Alijan zade M, Safari Variani A, Khoshtarkib H, Ghanati E, Teymouri F, et al. Studying patient safety culture from the viewpoint of staffs in educational hospitals in Tehran City. *Journal of Health and Safety at Work*. 2015;5(1):57-64. Persian.
17. Mahfoozpour S, Ainy E, Mobasheri F, Faramarzi A. Patients' safety culture status among educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2011. *Pajoohandeh Journal*. 2012; 17 (3) :134-41. Persian.
18. Moghri J, Arab M, Saari AA, Nateqi E, Forooshani AR, Ghiasvand H, et al. The psychometric properties of the Farsi version of "hospital survey on patient safety culture" in Iran's hospitals. *Iran J Public Health*. 2012; 41(4): 80-6. Persian.
19. Kabir M, Heidari A, Jafari N, Vatankhah S, Etemad K, Aarabi M, et al. The perspectives toward patient safety culture among nurses staff in educational hospitals in Gorgan in 2011. *Iran J Health Sci*. 2013; 1(1):75-83. Persian.
20. Yaghoobi Far MA, Takbiri A, Haghoshaye E, Tabarray Y. The survey of patient safety culture and recognizing its weaknesses and strengths in Sabzevar Hospitals. *J Sabzevar Unive Med Sci*. 2013;2(68):154-64. Persian.
21. Dehghani A, Mohammadkhan ks. Evaluating of compliance with professional ethical standards in nursing practice from Nursing staff's viewpoints in Tehran University of Medical Sciences. *Modern Care Journal*. 2012; 9(3): 208-16. Persian.
22. Izadi AR, Drikvand J, Ebrazeh A. The patient safety culture in Fatemeh Zahra Hospital of Najafabad, Iran. *Health Inf Manage*. 2013; 9(6): 895-907. Persian.
23. Ravaghi H, 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. *J Health Adm*. 2012;15(48):57-68. Persian.
24. Salavati S, Fanoosi T, Dehghan D, Tabesh H. Nurses' perspectives on patient safety culture. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(84):24-33. Persian.
25. Chen IC, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res*. 2010;10:152.
26. Ebadi fard A, Rezapoor A, Tanoomand Koushehmehr A, Bayat R, Arabloo J. Study of patients' safety culture in selected training hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences. *Journal Hospital*. 2012;11(2):55-64. Persian.
27. 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. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 2012;10(2):155-64. Persian.
28. El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(5):386-95.

Patient Safety Culture from the Viewpoint of Nurses of Teaching Hospitals Affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Shamsadini Lori Abbas¹, Osta Ahmad², Atashbahar Omid³, Ramazani Salar²,
PourAhmadi MohammadReza⁴, Ahmadi Kashkoli Sadegh^{1*}

• Received: 25. 12. 2015

• Revised: 08. 06. 2016

• Accepted: 16. 06. 2016



Abstract

Introduction: Improving patient safety culture in healthcare organization is the first step in reducing medical errors and improving patient safety. The aim of this study was to assess the patient safety culture from the nurses viewpoint of teaching hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Methods: In this Descriptive-analytical study, 310 nurses of four teaching hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran, were randomly selected. Data were collected by the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) questionnaire. The first part of the questionnaire included nurses' demographic information, and the second part consisted of 42 questions to evaluate 12 dimensions of patient safety culture. The questionnaires were distributed among nurses and completed by them. The data were analyzed using independent t-test and One- way ANOVA tests by SPSS 22.

Results: Among dimensions, two dimensions of organizational learning (81%) and teamwork in hospital units (76.1%) showed the highest rating, respectively. However, giving feedback in response to errors showed the least rating (32.75%). There was a significant relationship between safety culture of nurses, and gender and type of employment ($P < 0/05$).

Conclusion: Considering the results, manager's actions for improving patient safety including giving feedback in response to the errors, providing the opportunity for the periodic report of events, and exchanging patients' information in the studied hospitals seem to be crucial.

Keywords: Patient Safety, Patient Safety Culture, Teaching Hospital, Nurses

• **Citation:** Shamsadini Lori A, Osta A, Atashbahar O, Ramazani S, PourAhmadi MR, Ahmadi Kashkoli S. Patient Safety Culture from the Viewpoint of Nurses of Teaching Hospitals Affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Journal of Health Based Research 2016; 2(1): 81-92.

1. MSc, Student Research Committee, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. MSc, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. MSc, Student Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

4. MSc, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran.

***Correspondence:** Department of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Cham ran shahid Highway, St. Yemen, Tehran.

Tel: 07136203596

Email: sadeghahmadi1369@yahoo.com