

وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه کارکنان درمانی بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز

روح انگیز نوروزی نیا^۱، مریم آقابرابری^۲، سمانه میرزایی^۳، فاطمه رحیمی^۴، زهرا نوری خانقاه^{۵*}

• دریافت مقاله: ۹۶/۱۲/۴ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۷/۴/۳ • پذیرش مقاله: ۹۷/۴/۶



چکیده

مقدمه: ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار منجر به شناسایی نقاط قابل ارتقا و اقدامات اصلاحی خواهد شد. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه کارکنان درمانی در بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام گرفت. **روش بررسی:** پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. ۱۶۸ نفر از کارکنان درمانی در دو مرکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی البرز به روش نمونه‌گیری تصادفی وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه ۱۲ بعدی بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان بود. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تی مستقل تحلیل و در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ وارد شدند.

یافته‌ها: میانگین امتیاز نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار ۳/۲۱ بود. در بین ابعاد ۱۲ گانه، بیشترین نمره مربوط به حیطة کار تیمی درون واحدها و کمترین نمره مربوط به حیطة پاسخ غیرتنبیهی در موارد بروز خطا بود. تفاوت معناداری بین میانگین ابعاد یادگیری سازمانی، بهبود مداوم، انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها و کار تیمی ما بین واحدها در دو بیمارستان وجود داشت. تفاوتی بین میانگین کل فرهنگ ایمنی این دو مرکز وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: ایجاد فرهنگ تشویق به جای تنبیه و سرزنش یکی از ضروری‌ترین مواردی است که می‌بایست سیاست‌گذاران به آن توجه داشته باشند. به علاوه، آموزش مداوم کارکنان در تمامی سطوح و رشته‌های شغلی در خصوص فرهنگ ایمنی بیمار بسیار مؤثر خواهد بود.

واژگان کلیدی: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، بیمارستان آموزشی، پرستار، کارکنان درمانی

• ارجاع: نوروزی نیا روح انگیز، آقابرابری مریم، میرزایی سمانه، رحیمی فاطمه، نوری خانقاه زهرا. وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه کارکنان درمانی بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۷؛ ۴(۲): ۳۴-۱۲۳.

۱. مربی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۲. دانشجوی دکترا، کمیته تحقیقات مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. استادیار، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۴. دانشجوی دکترا، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۵. کارشناس ارشد، مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۶. مربی، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

* نویسنده مسئول: کرج، بلوار باغستان، خیابان گلستان ششم، دانشکده پیراپزشکی

Email: z_noori86@yahoo.com

تلفن: ۰۲۶-۳۴۳۴۹۸۰۷

مقدمه

بهبود وضعیت ایمنی بیمار، یکی از مهم‌ترین مسائل مراقبت‌های بهداشتی-درمانی در قرن بیست و یکم می‌باشد (۱، ۲). چرا که ایمنی بیمار علاوه بر مؤثر بودن در ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی ارائه شده، نگرانی اصلی و جدی تمامی مراکز بهداشتی-درمانی در سراسر جهان، به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (۳، ۴).

ایمنی بیمار به‌عنوان پیشگیری از آسیب به بیمار تعریف می‌گردد و زمانی محقق می‌گردد که تمامی اعضای یک گروه درمانی درصدد پیشگیری از بروز خطای پزشکی و عوارض نامطلوب بعد از انجام یک پروسیجر درمانی باشند (۵، ۶). این آسیب‌ها شامل خطاهای دارویی، انجام عمل جراحی در موضع نادرست، جا ماندن اجسام خارجی در بدن بعد از جراحی، تشخیص‌های نادرست، تأخیر در تشخیص، عدم تشخیص و مواردی از این قبیل است (۷، ۸). خطاها علت اصلی مرگ در زمینه پزشکی هستند (۵). نتایج مطالعات انجام شده در بیمارستان‌های نیویورک نیز نشان می‌دهد که ۳/۷ درصد از بیماران بستری شده حوادث قابل پیشگیری را تجربه کرده‌اند (۹، ۱۰). در کره جنوبی حدود ۴۶/۳٪ از پرستاران تازه‌کار خطای دارویی را گزارش نمودند (۱۱) و در ایران نیز کبیرزاده و همکاران نشان دادند که ۳۹/۶ درصد از کارکنان بیمارستان‌های موردپژوهش، تجربه خطای پزشکی را داشته‌اند (۱۲). وقوع خطاهای پزشکی منجر به پیامدهای منفی از جمله افزایش مدت‌زمان بستری بیماران در بیمارستان، هزینه‌های قضایی ناشی از شکایت بیماران، عفونت‌های بیمارستانی و سایر موارد می‌شوند (۳). با این حال خطاهای پزشکی قابل پیشگیری هستند و از این طریق ایمنی بیمار نیز حفظ

می‌گردد (۵). از زمان گزارش خطای پزشکی توسط مؤسسه پزشکی (IOM: Institute of Medicine) تاکنون اقدامات بسیاری در جهت بهبود ایمنی بیماران صورت گرفته است (۱۳).

فرهنگ ایمنی بیمار، یکی از مؤلفه‌های فرهنگ سازمانی که در آن کلیه کارکنان متعهد هستند (۱۴). مؤسسه پزشکی به‌منظور پیشگیری از بروز خطاها، ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار را توصیه می‌کند (۵). فرهنگ ایمنی در سلامت، جزئی از فرهنگ سازمانی است و محصول ارزش‌ها، نگرش‌ها، ادراکات، شایستگی‌ها و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهدات، سبک و کارایی یک سازمان بهداشتی و درمانی را تعیین می‌کند و در واقع این باورها و ارزش‌ها به‌طور مداوم به دنبال به حداقل رساندن آسیب‌های احتمالی به بیمار می‌باشند (۱۵-۱۷). فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز درمانی از اهمیت به‌سزایی برخوردار است چرا که علاوه بر حفظ ایمنی بیمار بر روی کارکنان درمانی نیز تأثیرگذار است و ایجاد آن در مراکز بهداشتی و درمانی، منجر به افزایش کیفیت و ایمنی در زمینه مراقبت‌های ارائه شده می‌گردد (۱۸، ۱۹). عوامل بسیاری از جمله ارتباطات مؤثر، کارکنان باصلاحیت، رعایت دستورالعمل‌ها، ایمنی و امنیت محیطی، رهبری حمایتی، آموزش و ارتباطات صریح در رابطه با خطاهای پزشکی در ایجاد یک فرهنگ ایمنی دخیل هستند (۳). جنبه‌های کلیدی فرهنگ ایمنی بیمار شامل رهبری، کارگروهي، شواهد تجربی، ارتباطات، یادگیری، عدالت و بیمار محوری هستند که همگی در حفظ ایمنی بیمار نقش دارند. نتایج مطالعات نشان می‌دهند که بسیاری از خطاهای پزشکی قابل پیشگیری، در نتیجه عدم برقراری ارتباطات رخ

پیشرفت پیامدهای مثبت آن خواهد شد بلکه موجب شناسایی نقاط مثبت و قابل ارتقاء و در نهایت ارائه راه‌حل و اقدامات اصلاحی برای نقاط ضعف می‌گردد. همچنین با توجه به این که در استان البرز، پس از منفک شدن از دانشگاه علوم پزشکی ایران و شکل‌گیری آن به صورت دانشگاهی مستقل و آموزشی شدن چند بیمارستان زیرمجموعه این دانشگاه، مطالعه‌ای در خصوص وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار ضرورت دارد. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه کارکنان درمانی در بیمارستان‌های آموزشی منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام گرفت.

روش بررسی

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بود که به شیوه مقطعی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. دانشگاه علوم پزشکی البرز دارای چهار بیمارستان می‌باشد که دو بیمارستان به عنوان محیط پژوهش از بین آن‌ها انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. علت انتخاب این دو بیمارستان، تغییرات ساختاری اساسی و افزایش قابل توجه در تعداد تخت‌ها و بخش‌های بستری بود. اولین بیمارستان منتخب در این مطالعه، مرکز تخصصی و فوق تخصصی داخلی و جراحی قلب و نیز بیماری‌های داخلی است و بیمارستان منتخب دوم، مرکز تخصصی و فوق تخصصی کودکان و نوزادان است که دیگر بخش‌های عمومی بزرگسالان را نیز در خود جای داده است.

حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد نسبت یک صفت کیفی در یک جامعه و فراوانی وجود صفات مورد بررسی حیطه‌های مختلف فرهنگ ایمنی بیمار در جامعه برابر با ۵۲ درصد که طبق مطالعه بقایی و

می‌دهند که ۷۰ درصد این خطاها منجر به مرگ یا آسیب جدی فیزیکی و روانی می‌گردند (۲۱، ۲۰، ۳)؛ بنابراین مراکز درمانی به منظور بهبود ایمنی، افزایش کیفیت مراقبت‌های ارائه شده و در نتیجه پیامدهای ناشی از آن، می‌بایست فرهنگ ایمنی بیمار را ارزیابی کنند. فرهنگ ایمنی بیمار با ۸ ابزار مختلف قابل اندازه‌گیری می‌باشد که رایج‌ترین آن پرسشنامه ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها (HSOPSC: Hospital Survey On Patient Safety Culture) است (۲۳، ۲۲، ۳). نتایج مطالعه افشاری و همکاران، ضرورت توجه بیشتر به ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در زمینه‌های انتظارات و اقدامات سوپروایزر، مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی، ارتباطات و ارائه بازخورد در رابطه با خطاها، تناوب گزارش‌دهی حوادث، بهبود کار تیمی بین بخشی و پاسخ غیر تنبیهی به خطا را نشان دادند (۲۴). صابر و همکاران نیز اظهار می‌دارند که توجه به فرهنگ ایمنی بیمار از سوی ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، به‌ویژه مدیران الزامی است (۲۵). مطالعه Aboul Fotouh و همکاران که در مصر انجام شد، نشان داد که از میان ۱۲ حیطه فرهنگ ایمنی بیمار، بالاترین نمره مربوط به یادگیری سازمانی ۲/۸۷٪ و کار تیمی ۵۸/۱٪ و حداقل نمره مربوط به پاسخ غیر تنبیهی ۱۹/۵٪ بود (۲۶). Liu و همکاران نیز معتقدند که فرهنگ ایمنی بیمار در میان حرفه‌ها، واحدها، بیمارستان‌ها و حتی کشورهای مختلف متفاوت است (۲۷).

با توجه به اهمیت فرهنگ ایمنی بیمار در رابطه با پیشگیری از خطاهای پزشکی و در نتیجه حفظ ایمنی و افزایش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، به نظر می‌رسد که ارزیابی فرهنگ ایمنی نه تنها منجر به

همکاران ذکر گردیده بود (۷) و با در نظر گرفتن $d=0/078$ و $\alpha=0/05$ ، برابر با حداقل ۱۵۸ نفر در نظر گرفته شد که به نسبت کارکنان هر بخش وزن دهی و تقسیم شد و با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها تعداد نمونه‌های بیشتری وارد مطالعه شدند و در انتها تعداد ۱۶۸ پرسشنامه بین کارکنان توزیع گردید.

شرکت‌کنندگان شامل پرستاران، بهیاران، تکنسین‌های جراحی، کارکنان هوشبری، آزمایشگاه، رادیولوژی و داروخانه بودند که به صورت تصادفی و بر حسب تعداد شاغلین در هر شغل با شرط داشتن حداقل شش ماه سابقه کاری و رضایت برای شرکت در مطالعه از دو بیمارستان آموزشی منتخب تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی البرز، وارد مطالعه شدند.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها جمع‌آوری شدند. این ابزار در سال ۲۰۰۴ توسط آژانس کیفیت و تحقیقات سلامت طراحی و یکی از رایج‌ترین ابزارها جهت سنجش فرهنگ ایمنی بیمار بوده است (۱۹،۲۸). بخش اول این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، سن، مدرک تحصیلی، سابقه کار در بیمارستان فعلی، نام بخش، نوع تماس کاری با بیماران بود. بخش دوم دارای ۴۲ سؤال در ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار بود. این ابعاد شامل تناوب گزارش‌دهی حوادث (۳ سؤال)، درک کلی از ایمنی بیمار (۴ سؤال)، انتظارات و اقدامات مدیر در راستای بهبود ایمنی (۴ سؤال)، یادگیری سازمانی و بهبود مداوم (۳ سؤال)، کار تیمی درون واحدهای بیمارستان (۴ سؤال)، باز بودن مجاری ارتباطی و صداقت در برقراری ارتباطات (۳ سؤال)، ارتباطات و ارائه

بازخورد در رابطه با خطاها (۳ سؤال)، پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا (۳ سؤال)، مسائل مربوط به حجم کاری و تعداد کارکنان (۴ سؤال)، حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی (۳ سؤال)، کار تیمی مابین واحدهای بیمارستان (۴ سؤال)، تحویل و تحول بیماران در بیمارستان (۴ سؤال) بودند. در انتهای پرسشنامه دو سؤال، یکی در مورد این که پاسخ‌دهندگان چه نمره‌ای را برای ایمنی بیمار در نظر می‌گیرند و دیگری این که طی ۱۲ ماه گذشته چند مورد گزارش‌دهی خطا داشته‌اند، بود (۲۹). در این پرسشنامه از مقیاس ۵ تایی لیکرت استفاده شد که گزینه‌های کاملاً موافقم (۵ امتیاز) و موافق (۴ امتیاز) به‌عنوان پاسخ‌های مثبت، بدون نظر (۳ امتیاز) خنثی و گزینه‌های کاملاً مخالف (۲ امتیاز) و مخالف (۱ امتیاز) به‌عنوان پاسخ منفی در نظر گرفته شدند. در سؤالات معکوس شماره A5، A7، A8، A10، A12، A14، A16، A17، B3، B4، B2، F3، F5، F6، F7، F9، F11 و گزینه‌های کاملاً مخالف و مخالفم به‌عنوان پاسخ‌های مثبت و در سؤال C6 گزینه‌های هرگز و به‌ندرت به‌عنوان پاسخ مثبت تلقی شدند. در نهایت سطح هر بعد یا حیطة با جمع کردن درصد پاسخ‌های مثبت به هر سؤال و تقسیم آن بر تعداد سؤالات هر بعد یا حیطة محاسبه و استخراج شدند. ابعاد دارای درصد پاسخ مثبت بالاتر از ۷۵ درصد یا میانگین بالاتر از ۳/۷۵ از نمره ۵ به‌عنوان نقاط قوت و ابعاد با درصد پاسخ مثبت پایین‌تر از ۵۰ درصد یا میانگین نمره کمتر از ۲/۵ از نمره ۵ به‌عنوان ابعاد نیازمند بهبود تعریف شدند (۳۰). این پرسشنامه در سال ۱۳۹۰ توسط مقری و همکاران روان‌سنجی شده است که آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ بود که نشان از پایایی ابزار مورد استفاده بود.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۶۸ نفر (۶۹ نفر از بیمارستان (الف) و ۹۹ نفر از بیمارستان (ب) و شرکت داشتند که میانگین سنی کارکنان (۶/۹۹ ± ۳۳/۹۲) بود که از بین آن‌ها ۱۳۰ نفر (۶۵/۵٪) از بخش‌های داخلی، مراقبت ویژه، جراحی، کودکان، اعصاب، مامایی و اورژانس و تعداد ۳۸ نفر (۲۲/۳٪) از واحد داروخانه، رادیولوژی و آزمایشگاه شرکت داشتند. سایر ویژگی‌های دموگرافیک کارکنان در جدول ۱ آورده شد.

جهت تأیید روایی از روش اعتبار محتوا و روایی سازه استفاده شد که قابل قبول بود (۳۱). در این پژوهش پس از توضیحی کوتاه در رابطه با پرسشنامه‌ها و اهداف پژوهش از شرکت‌کنندگان خواسته شد که با رضایت پرسشنامه را تکمیل کرده و در همان روز جمع‌آوری شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس صورت گرفت. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ وارد شدند.

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیرهای دموگرافیک	تعداد (درصد)
جنسیت	مذکر (۳۳/۳)۵۶
	مؤنث (۶۶/۷)۱۱۲
گروه سنی	۲۰-۳۰ (۳۷/۵)۶۳
	۳۱-۴۰ (۴۳/۴)۷۳
	۴۱-۵۰ (۱۷/۹)۳۰
	۵۱ و بیشتر (۱/۲)۲
	<۱ (۲۰/۸)۳۵
مدت زمان اشتغال در بیمارستان فعلی	۱-۵ سال (۴۲/۸)۷۲
	۶-۱۰ سال (۳۰/۴)۵۱
	۱۱ و بیشتر (۶)۱۰
	بله (۷۶/۸)۱۲۹
خیر (۲۳/۲)۳۹	
تماس با بیمار	پرستار (۶۳/۱)۱۰۶
	رادیولوژی (۷/۱)۱۲
	آزمایشگاه (۸/۹)۱۵
	بهباران (۱۵/۵)۲۶
	سایر (۵/۴)۹
	دیپلم (۱۷/۸۵)۳۰
مدرک تحصیلی	کاردانی (۶/۵۴)۱۱
	کارشناسی (۶۶/۰۷)۱۱۱
	ارشد و دکتری (۹/۵۴)۱۶
	کارشناسی ارشد و دکتری (۹/۵۴)۱۶

نمره ایمنی بیمار از نظر ۸۹ نفر (۵۳٪) از افراد در حد قابل قبول بود و ۶۰ نفر (۳۵/۷٪) نیز طی یک سال گذشته هیچ خطایی را گزارش نکرده بودند (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت ایمنی بیمار و تعداد حوادث گزارش شده طی ۱۲ ماه گذشته توسط کارکنان به تفکیک بیمارستان‌های مورد مطالعه

متغیر	بیمارستان الف تعداد(درصد)	بیمارستان ب تعداد(درصد)	کل تعداد(درصد)
نمره ایمنی بیمار			
عالی	(۱۳)۹	(۱)۱	(۵/۹)۱۰
بسیار خوب	(۳۰/۴)۲۱	(۲۲/۲)۲۲	(۲۵/۶)۴۳
قابل قبول	(۴۳/۵)۳۰	(۵۹/۶)۵۹	(۵۳)۸۹
نامناسب	(۱۰/۲)۷	(۱۶/۲)۱۶	(۱۳/۷)۲۳
ضعیف	(۲/۹)۲	(۱)۱	(۱/۸)۳
حوادث گزارش شده			
هیچ	(۴۰/۶)۲۸	(۳۲/۳)۳۲	(۳۵/۷)۶۰
۱-۲	(۲۳/۲)۱۶	(۲۷/۳)۲۷	(۲۵/۶)۴۳
۳-۵	(۲۱/۷)۱۵	(۲۲/۲)۲۲	(۲۲)۳۷
۶-۱۰	(۸/۷)۶	(۱۱/۱)۱۱	(۱۰/۱)۱۷
۱۱-۲۰	(۱/۴)۱	(۵/۱)۵	(۳/۶)۶
۲۱ و بیشتر	(۴/۴)۳	(۲)۲	(۳)۵
جمع	(۱۰۰)۶۹	(۱۰۰)۹۹	(۱۰۰)۱۶۸

بازخورد در مورد خطاها ($P=0/025$) و کار تیمی ما بین واحدها ($P<0/5$) در دو بیمارستان اختلاف معناداری وجود داشت؛ ولی تفاوتی مابین میانگین کل فرهنگ ایمنی این دو مرکز وجود نداشت ($P=0/501$). وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار به تفکیک بیمارستان‌ها در جدول ۳ نشان داده شد.

در مطالعه حاضر با استفاده از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه، ارتباط بین میانگین امتیاز ابعاد فرهنگ ایمنی و متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی قرار گرفت. در هیچ یک از موارد ارتباط معناداری مشاهده نشد.

بر اساس نتایج آزمون t مستقل میانگین و انحراف معیار فرهنگ ایمنی در بیمارستان الف $3/23 \pm 0/34$ و در بیمارستان ب $3/20 \pm 0/46$ و نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار $3/21 \pm 0/41$ بود. در بین ابعاد ۱۲ گانه بیشترین نمره مربوط به حیطه کار تیمی درون واحدها ($3/50 \pm 0/76$) و کمترین نمره مربوط به حیطه پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطا ($2/70 \pm 0/80$) بود. همچنین بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه در بین میانگین ابعاد یادگیری سازمانی، بهبود مداوم ($P<0/5$)، انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار ($P<0/5$)، ارتباطات و ارائه

جدول ۳: میانگین امتیاز ابعاد فرهنگ ایمنی از دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه به تفکیک بیمارستان‌های مورد مطالعه

P- value	df	t	انحراف معیار ± میانگین کل		بیمارستان الف		ابعاد فرهنگ ایمنی
			بیمارستان ب	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین		
۰/۶۸۷	۲۵۸	۴۳/۱	۳/۵۰±۰/۷۶	۳/۵۲±۰/۷۳	۳/۴۷±۰/۸۰	کارتیمی درون واحدها	
۰/۵۸۷	۲۶۵	۵۴/۵	۲/۷۴±۰/۵۹	۲/۷۷±۰/۶۲	۲/۷۲±۰/۵۴	مسائل کاری مربوط به کارکنان	
۰/۰۷۵	۲۲۴	۰/۸۷	۲/۷±۰/۸۰	۲/۷۹±۰/۷۳	۲/۵۶±۰/۸۸	پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطا	
۰/۷۷۳	۱۶۶	-۰/۲۸۹	۳/۳۴±۰/۵۵	۳/۳۵±۰/۵۲	۳/۳۲±۰/۵۹	درک کلی از ایمنی بیمار	
۰/۰۰۰	۱۶۶	۴/۲۱۶	۳/۳۴±۰/۷۵	۳/۱۵±۰/۷۵	۳/۶۲±۰/۶۵	یادگیری سازمانی، بهبود مداوم	
۰/۰۰۰	۱۶۳	۴/۷۳۶	۲/۲۷±۰/۸۲	۳/۰۴±۰/۸۵	۳/۵۹±۰/۶۶	انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار	
۰/۰۲۵	۱۶۵	۲/۲۶۹	۳/۲۴±۱/۱۰	۳/۱۰±۱/۱۲	۳/۴۵±۰/۸۲	ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها	
۰/۳۳۰	۱۶۲	۰/۹۷۶	۳/۲۳±۰/۸۳	۳/۲±۰/۹۰	۳/۳۰±۰/۷۲	باز بودن مجاری ارتباطی	
۰/۰۹۰	۱۶۶	۱/۷۰۸	۳/۲۸±۰/۹۱	۳/۲±۱	۳/۴۲±۰/۷۵	فراوانی گزارش دهی وقایع	
۰/۹۹۵	۱۶۶	۰/۰۰۷	۳/۲۸±۰/۷۰	۳/۳±۰/۶۹	۳/۲۸±۰/۷۳	حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	
۰/۰۰۰	۱۶۶	-۴/۰۶۶	۳/۳۶±۰/۷۸	۳/۵۵±۰/۷۸	۳/۰۸±۰/۶۹	کار تیمی ما بین واحدها	
۰/۰۷۵	۱۶۶	-۱/۷۹۴	۳/۲۰±۰/۸۸	۳/۲۸±۰/۸۶	۳/۰۳±۰/۸۹	تحویل و تحویل در بیمارستان	
۰/۵۰۱	۱۶۵	۰/۶۷۵	۳/۲۱±۰/۴۱	۳/۲۰±۰/۴۶	۳/۲۳±۰/۳۴	نمره کل فرهنگ ایمنی بیمار	

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه میانگین امتیاز وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه کارکنان دو بیمارستان منتخب در سطح متوسط بود (۳/۲۱) و اغلب کارکنان (۵۳٪) نمره ایمنی قابل قبولی را به بیمارستان خود اختصاص داده بودند. در مطالعه میرزایی و همکاران (۷۷/۵ درصد از افراد نمره قابل قبول را به وضعیت فرهنگ ایمنی بیمارستان مورد پژوهش اختصاص داده بودند (۳۲) که هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. همچنین در پژوهش باستانی و همکاران نیز که در دو بیمارستان منتخب شیراز انجام شد، ۶۴ درصد وضعیت ایمنی بیمارستان خود را قابل قبول دانستند که گویای وضعیت فرهنگ ایمنی قابل قبول در مطالعه آن‌ها می‌باشد (۳۳). این درحالی است که نتایج مطالعه صلواتی و همکاران نشان داد که اغلب پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی و خصوصی تحت این مطالعه معتقدند که وضعیت رعایت ایمنی بیمار در بیمارستان محل خدمتشان در

سطح عالی (۱۱/۳٪)، بسیار خوب (۲۵/۴٪) و قابل قبول (۴۷/۲٪) می‌باشد (۳۰). همچنین نتایج مطالعه Alahmadi نیز که در بیمارستان‌های سعودی انجام شد، نشان داد که ۶۰ درصد از افراد شرکت‌کننده در مطالعه، نمره عالی یا بسیار خوب را در رابطه با فرهنگ ایمنی را به بیمارستان‌های خود اختصاص داده بودند (۳۴). در واقع یکی از رویکردهای ارتقاء ایمنی بیمار، اجرای یک فرهنگ ایمنی است و در صورتی که بیمارستان‌ها خواهان بهبود ایمنی بیمار هستند، ضروری است که در رابطه با فرهنگ ایمنی بیمار آگاهی بیشتری داشته باشند. بدون شک، چنین فرهنگی بر پایه دانش کارکنان در رابطه با رفتارهای ایمن و تمایل آن‌ها در جهت اجرای آن می‌باشد (۳۷-۳۵).

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، حدود ۳۶ درصد از شرکت‌کنندگان، طی یک‌سال گذشته، خطایی را گزارش نکرده بودند. این در حالی است که در مطالعه بقایی و همکاران تنها ۲۶ درصد از

شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که طی یک سال گذشته هیچ‌گونه خطایی را گزارش نداده‌اند (۷). در همین راستا، بر اساس نتایج حاصل از مطالعه Kim و Lee که در کره جنوبی و با هدف تعیین موانع گزارش‌دهی خطا توسط پزشکان و پرستاران انجام شد، عواملی همچون عدم دانش و آگاهی جهت گزارش خطا، ماهیت خطای رخ داده، عدم اطمینان و ترس از سرزنش، از دست دادن وظیفه محوله و دریافت پاسخ‌های نامناسب، به‌عنوان علل عدم گزارش خطاها، از سوی پزشکان و پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه، معرفی شدند (۳۸). نکته قابل‌توجه در رابطه با گزارش‌دهی خطاهای پزشکی این است که زمانی که ترس در بیمارستان وجود داشته باشد، امکان این که کارکنان هر کاری را جهت پنهان‌سازی خطاها و فیلتر اطلاعات انجام دهند، وجود دارد (۳۹). البته لازم به ذکر می‌باشد که همیشه عدم گزارش خطا به معنی پنهان‌سازی اطلاعات نیست و مهارت و صلاحیت بالینی کارکنان کادر درمان را نیز، نباید نادیده گرفت. در همین راستا مؤسسه پزشکی نیز اظهار می‌دارد، در هر جایی که بدون سرزنش و متهم کردن افراد، خطاهای پزشکی گزارش می‌شود، نه تنها فرهنگ ایمنی وجود دارد بلکه گزارش خطا، می‌تواند فرصتی را برای افراد جهت یادگیری از اشتباهات ایجاد نماید و از سوی دیگر، امکان پیشرفت در پیشگیری از خطاهای سیستمی و انسانی در آینده را نیز فراهم نموده و از این طریق می‌تواند موجب ارتقاء ایمنی بیمار گردد (۵).

با توجه به ابعاد ۱۲ گانه فرهنگ ایمنی بیمار، نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که بیشترین نمره مربوط به حیطة کار تیمی درون واحدها و کم‌ترین نمره مربوط به حیطة پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز

خطا بود. نتایج این مطالعه، هم‌راستا با یافته‌های مطالعه بقایی و همکاران (۷) و سالاروند و همکاران (۲۹) بود. یافته‌های حاصل از مطالعه باستانی و همکاران نیز بالا بودن نمره در حیطة کار تیمی درون واحدها و انتظارات و عملکرد سرپرست در راستای ارتقاء ایمنی بیمار را نشان می‌دهد (۳۳). نتایج حاصل از مطالعه Hellings و همکاران نیز که به بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در ۵ بیمارستان عمومی در بلژیک پرداخته بود، نشان داد که کار گروهی درون واحدها بالاترین نمره و کم‌ترین نمره مربوط به حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، پاسخ غیر تنبیهی به خطاها، تحویل و تحول در بیمارستان، مسائل کاری مربوط به کارکنان، کار تیمی در ما بین واحدها بوده است (۴۰) که همسو با نتیجه مطالعه حاضر بود. این در حالی است که در پژوهش پورشریعیاتی و همکاران بیشترین نمره مربوط به بعد یادگیری سازمانی و کم‌ترین آن مربوط به تناوب گزارش‌دهی رخدادها، مسائل مربوط به کارکنان و تبادلات و انتقال اطلاعات بود (۴۱) که متفاوت با نتیجه مطالعه حاضر بود. نتایج پژوهش حاضر و تعدادی از سایر مطالعات مشابه، گویای اهمیت کار گروهی در محیط بالینی می‌باشد؛ زیرا کار گروهی علاوه بر کاهش خطای پزشکی و افزایش ایمنی بیمار، موجب برقراری ارتباطات قوی و در نهایت افزایش رضایت بیمار، خانواده بیمار و کارکنان کادر درمان می‌گردد (۴۶-۴۲). از سوی دیگر، در رابطه با حیطة پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطا که کم‌ترین نمره را به خود اختصاص داد، به نظر می‌رسد بیمارستان‌ها باید فضایی قابل‌اطمینان و بدون سرزنش را جهت گزارش خطاهای پزشکی فراهم سازند و این شاید یکی از دلایل اختصاص کم‌ترین نمره به این حیطة در مطالعه

حاضر باشد. ضرورت دارد که علاوه بر آموزش مداوم تمامی گروه‌های شغلی بیمارستانی در تمامی سطوح، در راستای افزایش آگاهی آنان در رابطه با فرهنگ ایمنی بیمار، این آموزش در سرفصل دروس دانشگاهی و برای دانشجویان گروه علوم پزشکی نیز گنجانده شود. همچنین فرهنگ تشویق، جایگزین تنبیه و سرزنش شود تا از این طریق کارکنان نگرانی در خصوص گزارش موارد خطا نداشته باشند.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر، حاصل نتایج طرح تحقیقاتی با کد طرح ۳۴۷۴۲۰ و کد اخلاق ABZUMS.REC.1396.216 بود که در تاریخ ۱۳۹۶/۱۲/۲۳ در دانشگاه علوم پزشکی البرز تصویب گردید.

تعارض منافع

بین نویسندگان این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافی وجود نداشت.

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه تفاوت معناداری بین میانگین کل فرهنگ ایمنی در دو بیمارستان منتخب وجود نداشت. این عدم تفاوت در نمره فرهنگ ایمنی می‌تواند به دلیل ماهیت آموزشی هر دو بیمارستان و این که هر دو متعلق به یک استان و تحت نظارت یک دانشگاه هستند، باشد. بیمارستان الف در سه حیطه یادگیری سازمانی، بهبود مداوم، انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار و نیز ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها، به‌طور معناداری نمره بالاتری نسبت به بیمارستان (ب) کسب کرده بود. این یافته می‌تواند حاصل اجرای برنامه‌های آموزشی بیشتری در جهت ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان (الف) باشد چرا که یادگیری سازمانی نشان‌دهنده تداوم اجرای برنامه‌های یادگیری است (۴۷) و بدیهی است که شرکت در این برنامه‌ها موجب فراهم‌سازی فرصتی برای برقراری ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها می‌شود.

پیشنهادها

References

1. McFadden KL, Henagan SC, Gowen CR. The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. *Journal of Operations Management* 2009;27(5):390-404. doi.org/10.1016/j.jom.2009.01.001
2. Milligan FJ. Establishing a culture for patient safety - the role of education. *Nurse Educ Today* 2007;27(2):95-102. doi: 10.1016/j.nedt.2006.03.003
3. Ammouri AA, Tailakh AK, Muliira JK, Geethakrishnan R, Al Kindi SN. Patient safety culture among nurses. *Int Nurs Rev* 2015;62(1):102-10. doi: 10.1111/inr.12159.
4. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res* 2013;13:228. doi: 10.1186/1472-6963-13-228.
5. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in A. In: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
6. Kim L, Lyder CH, McNeese-Smith D, Leach LS, Needleman J. Defining attributes of patient safety through a concept analysis. *J Adv Nurs* 2015;71(11):2490-503. doi: 10.1111/jan.12715.
7. 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. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012;10(2):155-64. Persian
8. Poore SO, Sillah NM, Mahajan AY, Gutowski KA. Patient safety in the operating room: I. Preoperative. *Plast Reconstr Surg* 2012;130(5):1038-47. doi: 10.1097/PRS.0b013e31826945d6.
9. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care* 2004;13(2):145-51. doi: 10.1136/qshc.2002.003822
10. La Pietra L, Calligaris L, Molendini L, Quattrin R, Brusaferrò S. Medical errors and clinical risk management: state of the art. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005;25(6):339-46.
11. Kim KK, Song MS, Rhee KS, Hur HK. Study on factors affecting nurses' experience of non-reporting incidents. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration* 2006;12(3):454-63.
12. Kabirzadeh A, Bozorgi F, Motamed N, Mohseni Saravi B, Baradari A, Dehbandi M. Survey on attitude of chief managers of hospitals towards voluntary incident reporting system, Mazandaran University of Medical Sciences, 2010-2011. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2011;21(84):131-7. Persian
13. Harolds JA. Quality and Safety in Health Care, Part III: To Err is Human. *Clin Nucl Med* 2015;40(10):793-5. doi: 10.1097/RLU.0000000000000878.
14. Zarei E, Khakzad N, Reniers G, Akbari R. On the relationship between safety climate and occupational burnout in healthcare organizations. *Safety Science*. 2016;89:1-10. doi.org/10.1016/j.ssci.2016.05.011
15. Australian Institute of Health and Welfare. Emergency department care 2015–16: Australian hospital statistics. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2016 [cited 2018 Dec 22]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/ed894387-423b-42cd-8949-90355666f24d/20407.pdf.aspx?inline=true>
16. Bahrami MA, Chalak M, Montazeralfaraj R, Dehghani Tafti A. Iranian nurses' perception of patient safety culture. *Iran Red Crescent Med J* 2014;16(4):e11894. doi: 10.5812/ircmj.11894.
17. Parker D, Wensing M, Esmail A, Valderas JM. Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract* 2015;21 Suppl:26-30. doi: 10.3109/13814788.2015.1043732.
18. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *J Adv Nurs* 2008;63(3):310-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04728.x.
19. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal G, Groenewegen PP. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res* 2008;8:230. doi: 10.1186/1472-6963-8-230.
20. Powell SM, Hill RK. My copilot is a nurse--using crew resource management in the OR. *AORN J* 2006;83(1):179-80. /doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60239-1
21. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh* 2010;42(2):156-65. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x.
22. Deilkas E, Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Serv Res* 2010;10:85. doi: 10.1186/1472-6963-10-85.
23. DiCuccio MH. The Relationship between patient safety culture and patient outcomes: a systematic review. *J Patient Saf* 2015;11(3):135-42. doi: 10.1097/PTS.0000000000000058.
24. Afshari A, Piruzi M, Afshari S, Hejab K. Patient safety culture assessment in Seidolshohada hospital of Semrom. *Iranian Journal of Nursing Research* 2016;11(1):1-8. Persian
25. Saber M, Tehrani H, Hasani Kabootarkhani H, Ghorban Sabagh M, Bagheri M. Acquaintance of Kerman hospitals' staff about patient safety culture. *Health Develop J* 2015;4(2):124-32. Persian
26. Aboul Fotouh AM, Ismail NA, Ez Elarab HS, Wassif GO. Assessment of patient safety culture among health-care providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2012; 18(4): 372-77.
27. Liu C, Liu W, Wang Y, Zhang Z, Wang P. Patient safety culture in China: a case study in an outpatient setting in Beijing. *BMJ Qual Saf* 2014;23(7):556-64. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002172.
28. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Serv Res* 2010;10:28. doi: 10.1186/1472-6963-10-28.
29. Salarvand S, Moayyed Kazemi A, Bahri N, Dalvand P, Moghimian M, Mahmoudi Ghafar A, et al. Assessing medical staff's view of patient safety culture. *Quarterly Journal of Nursing Management* 2016;4(3):54-64. Persian
30. Salavati S, Fanoosi T, Dehghan D, Tabesh H. Nurses' Perspectives on Patient Safety Culture. *Iran Journal of Nursing* 2013;26(84):24-33. Persian
31. 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.
32. Mirzaei S, Eftekhari A, Ghazanfari F, Kazeminasab M, Norouzinia R. The Patient Safety Culture from the Viewpoint of Staffs Working in the Selected Hospital of Yazd University of Medical Sciences in 2018. *Occupational Hygiene and Health Promotion Journal* 2019;2(4):280-92. Persian
33. Bastani P, Ghasem Nezhad M, Yusefi AR, Sadeghi A. Status of safety culture of psychiatric patients from the viewpoint of Medical personnel. *Hospital* 2018;17(1):87-96. Persian
34. Alahmadi H. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):e17-e.
35. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* 2005;14(5):364-6. doi: 10.1136/qshc.2005.014217
36. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* 2006;15(2):109-15. doi : 10.1136/qshc.2005.014761
37. Toennessen B, Swart E, Marx Y. Patientensicherheitskultur – Wissen und Wissensbedarf bei Medizinstudenten. *Zentralbl Chir* 2013; 138(6): 650-6. doi: 10.1055/s-0031-1271469
38. Lee W, Kim SY. Barriers to reporting of patient safety incidents in tertiary hospitals: A qualitative study of nurses and resident physicians in South Korea. *Int J Health Plann Manage* 2018;33(4):1178-88. doi: 10.1002/hpm.2616.
39. Firth-Cozens J. Organisational trust: the keystone to patient safety. *BMJ Quality Safety* 2004;13(1):56-61. doi.org/10.1136/qshc.2003.007971
40. 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. doi: 10.1108/09526860710822752
41. Pourshareiati F, Amrollahi M. Patient safety culture from rahneimon hospital nurses' Perspective. *Occupational Hygiene and Health Promotion Journal* 2017;1(1):52-61. Persian
42. Amos MA, Hu J, Herrick CA. The impact of team building on communication and job satisfaction of nursing staff. *J Nurses Staff Dev* 2005;21(1):10-6.
43. Baker DP, Gustafson S, Beaubien J, Salas E, Barach P. Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
44. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Aust Health Rev* 2005;29(2):211-7.
45. Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res* 2002;37(6):1553-81. doi: 10.1111/1475-6773.01104
46. Virani T. Interprofessional collaborative teams: Canadian Health Services Research Foundation; 2012 [cited 2018 Dec 18]. https://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Report/s/Virani-Interprofessional-EN.sflb.ashx
47. Sharifi S, Izadi-tame A, Hatamipour K, Sadeghigooghary N, Safabakhsh L. Patient safety culture from Mazandaran clinical nurses' perspective. *Iran Journal of Nursing*. 2014;27(88):77-87. Persian doi: 10.29252/ijn.27.88.77

Evaluation the Status of Patient Safety Culture from the Perspective of Healthcare Personnel of Teaching Hospitals Affiliated to Alborz University of Medical Sciences

Norouzinia Roohangiz^{1,2}, Aghabarary Maryam³, Mirzaei Samaneh⁴, Rahimi Fatemeh⁵, Nouri Khaneghah Zahra^{6*}

• Received: 23. 02. 2018

• Revised: 24. 06. 2018

• Accepted: 27. 06. 2018



Abstract

Background & Objectives: Patient safety culture is one of the effective factors in the prevention of medical errors and keeping patient safety, therefore, its assessment will lead to the identification of improvable factors and provision of corrective action solutions for the weaknesses. This study aimed to evaluate patient safety culture from the perspective of healthcare personnel of teaching hospitals affiliated to Alborz University of Medical Sciences.

Methods: This cross-sectional descriptive-analytical study was conducted in 2018. The study samples were 168 personnel who were selected from two teaching hospitals affiliated to Alborz University of Medical Sciences, using simple random sampling. Data were collected using Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) with 12 dimensions. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test by SPSS version 20.

Results: The total mean score of patient safety culture was 3.21. Of 12 dimensions, teamwork in units had the highest mean score (3.5), and non-punitive response to errors had the lowest mean score (2.7). There was no significant difference between total mean scores of organizational learning and continuous improvement; supervisor expectations and actions promoting patient safety; relationships and feedback of errors; and teamwork in the unites of two hospitals.

Conclusion: Development of an encouragement culture instead of punishment/blame culture is one of the issues that politicians need to pay attention to. In addition, continuous training of staff at all levels and occupations in terms of patient safety culture will be effective.

Keywords: Patient safety, Patient safety culture, Teaching hospital, Nurse, Healthcare personnel

•**Citation:** Norouzinia R, Aghabarary M, Mirzaei S, Rahimi F, Nouri Khaneghah Z. Evaluation the Status of Patient Safety Culture from the Perspective of Healthcare Personnel of Teaching Hospitals Affiliated to Alborz University of Medical Sciences. Journal of Health Based Research 2018; 4(2): 123-34. [In Persian]

1. Lecturer, School of Paramedical Sciences, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

2. PhD Student, Management and Health Economic Research Center, School of Management and Medical Information Sciences, Isfahan university of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3. Assistant Professor, School of Nursing, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

4. PhD Student, Department of Health in Emergency and Disaster, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

5. MSc, Shahid Rajaei Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

6. Lecturer, Department of Operating Room, School of Paramedical Sciences, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

***Correspondence:** School of Paramedical, Golestan 6, Baghestan st, Karaj, Iran

Tel: 00982634349807

Email: z_noori86@yahoo.com