

فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

محمد دهقانی^۱

*محمد حسین حیوی حقیقی^۲
فرید خرمی^۴

جمیله سلیمی^۳

چکیده

زمینه و هدف: ایمنی بیمار یکی از مهمترین دغدغه‌های سازمان‌های مراقبت بهداشتی و درمانی است. اولین گام در ارتقا و بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ارزیابی این مقوله است. بر همین اساس مطالعه حاضر به هدف بررسی فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی استان هرمزگان صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر توصیفی از نوع مقطعی و نمونه پژوهش شامل ۱۹۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی درمانی استان هرمزگان بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی برای مطالعه انتخاب شدند. ابزار این مطالعه پرسش‌نامه استاندارد «پیمایش بیمارستانی در مورد فرهنگ ایمنی بیمار» HOSPIC بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی مستقل و تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون تعقیبی LSD (برای مشخص شدن گروه‌ها) در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: از بین ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار بعد تعداد کارکنان و مسائل مرتبط (۴۰/۲۵٪) کمترین امتیاز و بعد کارگروهی در داخل بخش بیشترین امتیاز (۸۵/۶۰٪) را کسب کردند. در طی ۱۲ ماه گذشته ۶۳ نفر (۳۵/۷٪) از پرستاران هیچ گزارش وقوع خطایی ارائه نداده و ۵۳ نفر (۳۰/۱٪) فقط ۱ یا ۲ گزارش وقوع خطا را ارائه کرده بودند. امتیاز ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بر حسب سابقه کار، نوع استخدام، بیمارستان، و میزان ساعات کاری متفاوت بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌شود که مدیران و سیاست‌گذاران عوامل تاثیر گذار بر در فرهنگ ایمنی بیمار را شناسایی کرده، محیط کاری را بهبود داده و فضای سازمانی حمایت‌کننده‌ای را به وجود آورند. مطالعات بیشتری برای یافتن علل ناکارآمدی گزارش خطاهای پزشکی، پرستاران در مورد نیاز است.

کلید واژه‌ها: فرهنگ ایمنی بیمار، خطای پزشکی، پرستاران

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۱۹

^۱ مربی، کارشناس ارشد آموزش مدارک پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.
^۲ دانشجوی دکتری مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول).

شماره تماس: +۹۱۷۷۰۴۱۰۸۹ Email: hayavi2005@gmail.com

^۳ کارشناس پرستاری، مرکز تحقیقات مادر و کودک خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

^۴ دانشجوی دکتری مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

نامطلوب و مورد تشویق قراردادن کارکنانی است که به بهبود ایمنی بیماران کمک می‌نمایند^(۱۲). به منظور ایجاد فرهنگ ایمنی در یک سازمان مراقبت سلامت گام اول ارزیابی فرهنگ فعلی ایمنی بیمار است^(۱۳). اجرای اقدامات و احتیاط‌های ایمنی بدون انجام یک ارزیابی مناسب می‌تواند باعث افزایش هزینه‌ها و نیز خطرات جدید و غیر منتظره شود^(۱۴) و از سوی دیگر اطلاعات حاصل از این ارزیابی می‌تواند پاسخگوی نیاز اطلاعاتی مدیران در دراز مدت باشد^(۱۵). فرهنگ ایمنی بیماران در سیستم‌های مراقبت بهداشتی درمانی دارای اهمیت بسیاری می‌باشد^(۱۶) اما در نظام سلامت به دلیل عملکرد دائمی و شبانه‌روزی، کارکنان به خصوص پرستاران در بسیاری از موارد دچار خستگی شده و متعاقب آن، میزان فرهنگ ایمنی بیمار کاهش می‌یابد. کار به خصوص در ساعات غیرمعمول یا متمادی با فیزیولوژی نرمال بدن مطابقت نداشته و حجم زیاد کار، اشتباه در برقراری ارتباطات، حجم زیاد اطلاعات، کمبود وقت، انجام اعمالی که به دقت و تمرکز بالایی نیاز دارد و برخی مشکلات روحی پرستاران، شانس رخدادن خطا را افزایش و فرهنگ ایمنی بیمار را کاهش می‌دهد^(۱۷). قصور در بررسی دقیق بیمار و گرفتن شرح حال، قصور در تهیه شرح حال و گزارش تغییرات، تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار و خطا در ثبت گزارشات پرستاری، برخی از خطاهای عملکردی پرستاران است که باعث کاهش فرهنگ ایمنی بیمار می‌شود^(۱۸). در مطالعه‌ای که با هدف بررسی فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی شیراز انجام شد وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در این بیمارستان‌ها نامطلوب ارزیابی شد. در اکثر ابعاد مورد بررسی عدم حمایت جدی مدیران ارشد سازمان‌های بهداشتی و درمانی و به تبع آن مدیران اجرایی، عدم گزارش‌دهی 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، علت این وضعیت بود^(۱۹). پژوهشی دیگر

ایمنی بیمار جزء بسیار مهم و حیاتی کیفیت مراقبت‌های سلامت است^(۱) و برای هر سازمانی که در پی تضمین و بهبود کیفیت مراقبت می‌باشد در اولویت قرار دارد^(۲). ایمنی بیمار به صورت اجتناب، پیشگیری و اصلاح آسیب‌ها و پیامدهای نامطلوب ناشی از فرایند ارائه مراقبت سلامت تعریف شده است^(۳). تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد سه الی ۱۷ درصد بیماران بستری شده در بیمارستان‌ها دچار آسیب یا عارضه می‌شوند و حدود ۳۰ تا ۷۰ درصد این اتفاقات با روش‌های معمول قابل پیشگیری هستند^(۴)؛ همچنین این اتفاقات باعث وارد آمدن آسیب به حدود ۸۵۰ هزار نفر در سال و خسارتی معادل ۲ تا ۱ میلیارد پوند به نظام سلامت انگلستان (NHS National Health Service) می‌شود^(۵). در امریکا نیز این اتفاقات باعث مرگ ۴۴۰۰۰ تا ۸۸۰۰۰ نفر در سال و خسارتی معادل ۳۷ میلیارد دلار شده و به عنوان پنجمین عامل مرگ و میر محسوب می‌شود^(۶). برای جلوگیری از آسیب ناشی از این خطاها و حوادث بایستی به ایمنی بیمار به عنوان اولویت سازمانی نگریسته شده^(۷) و تمامی افراد سازمان به اهمیت آن پی برده و آن را در خود نهادینه سازند تا ایمنی بیمار در سازمان تبدیل به یک فرهنگ شود^(۸). فرهنگ به مجموعه‌ای از باورها، عقاید و ارزش‌های گروهی گفته می‌شود که در رفتار افراد متجلی می‌شود^(۹). فرهنگ ایمنی بیمار را می‌توان، پذیرش ایمنی بیمار به عنوان اولین الویت و ارزش مشترک در سازمان^(۱۰) و نیز الگوی یکپارچه‌ای از رفتارهای فردی و سازمانی مبتنی بر اعتقادات و ارزش‌های مشترک که به طور پیوسته به دنبال حداقل‌سازی آسیب‌های ناشی از فرایند ارائه مراقبت به بیمار هستند تعریف نمود^(۱۱). ویژگی‌های یک فرهنگ ایمنی کارآمد شامل تعهد مدیریت ارشد در خصوص بحث و یادگیری در مورد خطاها، مستند نمودن آنها، بهبود ایمنی بیماران، تشویق به کار گروهی، کشف خطرهای بالقوه، بکارگیری سیستم‌هایی برای گزارش‌دهی و تحلیل رویدادهای

نمونه) و اندازه اثر ۴/۷ درصد در نظر گرفته شد. تعداد

$$n = \frac{z^2 \cdot \alpha \cdot p(1-p)}{d^2}$$

نمونه با استفاده از فرمول

شد به طوری که از ۴۲۲ پرستار ۱۹۰ نفر از بیمارستان‌های شهید محمدی (۶۰/۲ درصد)، شریعتی (۱۳/۶ درصد) و کودکان (۲۶/۱ درصد) به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه تمایل به مشارکت در پژوهش، شاغل بودن پرستار در بخش درمانی و حداقل یکسال سابقه کار بود. در تمامی مراحل این تحقیق اصول اخلاقی از جمله رعایت محرمانگی اطلاعات مورد توجه قرار گرفت و به منظور جمع آوری اطلاعات معرفی‌نامه تهیه و در اختیار مسئولین قرار داده شد و مجوزهای لازم از طرف مدیریت بیمارستان‌ها صادر شد. اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان در مطالعه توضیح داده شد پس از اخذ رضایت شفاهی به آنها توضیح داده شد که در هر مرحله از تحقیق می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

و برای جمع آوری داده‌های مورد نیاز از پرسش‌نامه استاندارد «پیمایش بیمارستانی در مورد فرهنگ ایمنی بیمار» (Hospital Survey On Patient Safety Culture) معروف به (HSOPSC) استفاده شد. پرسشنامه مذکور دارای ۴۲ سؤال است که ۱۲ بعد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ابعاد شامل درک کلی کارکنان از بهبود مستمر یادگیری سازمانی، انتظارات کارکنان و اقدامات مدیر جهت ارتقای ایمنی، درک کارکنان از ارتباطات صریح و روشن، درک کارکنان از کارگروهی در داخل بخش، درک کارکنان از اطلاع‌رسانی در مورد بروز خطا و گزارش آن، درک کارکنان از پاسخ واکنش غیر تنبیهی به خطا، درک کارکنان از تعداد پرسنل و مسائل مرتبط با آن، درک کارکنان از کار تیمی بین واحدها و بخش‌های مختلف، درک کارکنان از مدیر ارشد سازمان و حمایت وی از ایمنی بیمار، 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 نمره‌ای را برای ایمنی بیمار در نظر می‌گیرند و دیگری

با هدف بررسی عوامل مرتبط با گزارش خطاهای پرستاری در ایران از طریق کشف تجربیات پرستاران بالینی و مدیران پرستاری توسط هاشمی و همکاران انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که قوانین و مقرراتی باید در این زمینه وضع شود و در آن قوانین نحوه گزارش‌دهی خطا و عناصر تشکیل دهنده آن از جمله خود خطا به‌طور واضح تعریف و تعیین شود^(۲۰).

پرستاران نقشی مهم و حیاتی در ارتقا فرهنگ ایمنی بیمار ایفا می‌کنند؛ پژوهش‌های مختلف نشان داده است که درک و رفتار ایمنی توسط پرستاران تاثیر به‌سزایی در ارتقای فرهنگ ایمنی دارد^(۲۱)، علاوه بر این موارد مشخص شده است که نگرش پرستاران در فرهنگ ایمنی بیمار بر نتایج کلینیکی تاثیرگذار است^(۲۲). موسسه پزشکی آمریکا نیز نقش پرستاران را در ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی مهم توصیف می‌کند^(۲۳).

با توجه به اینکه نقطه آغازین برای ایجاد یک فرهنگ ایمنی بیمار ارزیابی فرهنگ فعلی می‌باشد^(۲۴) در این پژوهش با توجه به نقش بارز پرستاران در سازمان‌های مراقبت سلامت، فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان از دیدگاه پرستاران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه می‌تواند موجب شناسایی نقاط ضعف و قوت فرهنگ ایمنی بیمار در دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان شود.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی در سال ۱۳۹۲ در بین پرستاران بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت طبقه‌ای تصادفی انجام شد به طوری که پس از مشخص شدن تعداد کل نمونه نسبت نمونه‌ها در هر بیمارستان و بخش محاسبه شد و برای انتخاب نمونه‌ها پس از دریافت اسامی پرستاران از مدیریت پرستاری بیمارستانها از جدول اعداد تصادفی استفاده گردید. در این مطالعه نسبت سطح فرهنگ ایمنی رو به بالا ۵۰٪ (بیشترین حجم

یک نمونه ۲۵ با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. پرسشنامه‌ها به صورت خود ایفا توسط پرستاران تحت مطالعه تکمیل شد و پس از جمع آوری داده‌ها، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. در این مطالعه از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه به منظور معنی دار بودن اختلاف میان گروه‌ها استفاده شد و آزمون تعقیبی LSD برای مشخص شدن گروه‌ها مورد استفاده قرار گرفت. همچنین برای تمام آزمون‌های آماری سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. رابطه معنی دار بین سابقه کار، نوع استخدام میزان ساعات کاری و بخش محل خدمت با امتیاز فرهنگ ایمنی جز فرضیه‌های این مطالعه بود.

یافته‌ها

از کل پرسش‌نامه‌های توزیع شده ۱۷۶ (۹۲٪) پرسش‌نامه به صورت کامل تکمیل شد. ۹۵/۵٪ افراد تحت مطالعه زن و ۴/۵٪ مرد بودند. میانگین سن پرستاران تحت مطالعه ۳۳/۱۰ سال با انحراف معیار ۷/۴۰ و میانگین سابقه کار این افراد ۹/۳۱ سال بود. ۱۴۳ نفر (۸۰/۸۰٪) از افراد تحت مطالعه متاهل و ۳۳ نفر مجرد بودند (جدول ۱).

اینکه، طی ۱۲ ماه گذشته چند مورد گزارش دهی خطا داشته‌اند، می‌باشد.

آخرین سوالات پرسشنامه در مورد اطلاعات دموگرافیک، سابقه کار در واحد فعلی، تعداد ساعات کاری در هفته، پست سازمانی و سابقه کار در حرفه فعلی است. در این پرسش‌نامه برای بدست آوردن نظرات پاسخ‌دهندگان از مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالف ۵=کاملاً موافق) استفاده شده است. برای توصیف نتایج به دست آمده ابتدا نمره کسب شده سوالات هر بعد با همدیگر جمع شده و نمره نهایی هر بعد محاسبه شد و برای مقایسه امتیاز بعدهای مختلف با یکدیگر به دلیل اینکه تعداد سوالات ابعاد مختلف با یکدیگر متفاوت بود درصد امتیاز کسب شده برای هر بعد مشخص شد. در نهایت برای بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار درصد امتیاز کسب شده برای هر یک از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بر اساس طیف لیکرت [۳۶ تا ۲۰٪ (خیلی ضعیف)، ۳۶ تا ۵۲٪ (ضعیف)، ۵۲ تا ۶۸٪ (متوسط)، ۶۸ تا ۸۴٪ در صد (خوب) و ۸۴ تا ۱۰۰٪ (عالی)] مورد سنجش قرار گرفت. با توجه به اینکه پرسش‌نامه استاندارد بود روایی ابزار پس از ترجمه از طریق اعتبار محتوی و با استفاده از نظرات سه مربی رشته پرستاری و ۴ استادیار رشته مدیریت در دانشکده پرستاری و پیراپزشکی تایید شد و ضریب شاخص محتوی ۰/۷۹ به دست آمد و پایایی این ابزار در

جدول شماره ۱: تعداد پرستاران تحت مطالعه بر اساس وضعیت تاهل، گروه سنی، نوع استخدام و وضعیت تاهل

نوع استخدام	وضعیت تاهل		تحصیلات		
	متاهل	مجرد	کارشناس ارشد	کارشناسی	کاردانی
رسمی	۵۶	۸	۲	۴۰	۶
پیمانی	۶۸	۱۹	۰	۷۴	۹
قراردادی	۸	۳	۰	۹	۰
طرحی	۱۱	۳	۰	۱۴	۰
گروه سنی (سال)	۳۰-۲۰	۵۱	۱۶	۵۴	۶
	۴۰-۳۰	۶۰	۱۳	۵۶	۶
	۵۰-۴۰	۲۶	۴	۲۳	۱
	۶۰-۵۰	۶	۰	۴	۲

پس از جمع آوری پرسشنامه ها نمره کسب شده در گویه های مختلف هر یک از ابعاد با یکدیگر جمع و میانگین و انحراف معیار آن بعد محاسبه گردید همچنین برای مقایسه گویه های مختلف درصد امتیاز کسب شده در هر گویه محاسبه گردید (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: امتیاز کسب شده ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

انحراف معیار	میانگین	درصد	ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار
۲/۷۷	۱۲/۹۹	۶۴/۹۵	درک کلی پرستاران از بهبود مستمر یادگیری سازمانی
۲/۵۱	۱۳/۱۴	۶۵/۷۰	انتظارات پرستاران و اقدامات مدیر جهت ارتقای ایمنی
۲/۷۴	۱۲/۱۹	۶۰/۹۵	درک پرستاران از ارتباطات صریح و روشن
۲/۶۵	۱۲/۸۴	۸۵/۶۰	درک پرستاران از کارگروهی در داخل بخش
۲/۸۰	۸/۰۲	۵۳/۴۶	درک پرستاران از پاسخ واکنش غیر تنبیهی به خطا
۲/۲۸	۸/۰۰	۴۰/۲۵	درک پرستاران از تعداد پرسنل و مسائل مرتبط با آن
۲/۴۲	۸/۳۰	۴۱/۵۰	درک پرستاران از کار تیمی بین واحدها و بخش های مختلف
۲/۷۳	۱۲/۳۰	۶۱/۵۰	درک پرستاران از مدیر ارشد سازمان و حمایت وی از ایمنی بیمار
۲/۸۳	۱۲/۹۱	۶۴/۸۴	درک پرستاران از نحوه نقل و انتقال بیمار از یک واحد به واحد دیگر
۱/۰۳	۲/۹۵	۴۹/۴۴	دیدگاه کلی پرستاران نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار

جدول شماره ۳ میزان اطلاع رسانی بروز خطا توسط نمونه را نشان می دهد.

جدول شماره ۳: میزان اطلاع رسانی در مورد بروز خطا توسط پرستاران تحت مطالعه (n=۱۷۶)

هیچگاه	به ندرت	بعضی وقت ها	اکثر اوقات	همیشه	زمان گزارش
۱۳	۲۸	۴۵	۷۸	۱۲	قبل از آسیب بیمار در اثر خطا*
۷/۴٪	۱۶/۱٪	۲۵/۷٪	۴۳/۸٪	۶/۹٪	
۱۵	۳۸	۶۲	۵۴	۷	هنگام رخ دادن خطا**
۸/۵٪	۲۱/۶٪	۳۵/۳٪	۳۰/۶٪	۴٪	
۱۹	۴۰	۴۶	۵۵	۱۶	بعد از آسیب به بیمار در اثر خطا***
۱۰/۸٪	۲۲/۷٪	۲۶/۱٪	۳۱/۳٪	۹/۱٪	

* هر زمان که اشتباهی رخ می دهد ولی پیش از آن که بیمار را تحت تاثیر قرار دهد کشف و تصحیح می شود.

** هنگامی که اشتباهی رخ می دهد، اما آن اشتباه نتواند به بیمار صدمه بزند.

*** هنگامی که اشتباهی رخ می دهد که می تواند منجر به آسیب زدن به بیمار شود، ولی در نهایت هیچ اتفاقی برای بیمار نمی افتد.

ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار با سایر متغیرها با استفاده از آزمون های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه مورد سنجش قرار گرفت (جدول شماره ۴).

به علاوه مشخص شد که طی ۱۲ ماه گذشته ۶۳ نفر (۳۵/۷٪) از پرستاران هیچ گزارش خطایی ارائه نداده و ۵۳ نفر (۳۰/۱٪) ۱ یا ۲ گزارش خطا ارائه کرده بودند. در گام بعدی برای اثبات فرضیه های این پژوهش رابطه بین

جدول شماره ۴: رابطه بین ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار با سایر متغیرها ($P < 0.05$)

ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار	سابقه کاری پرستاری	ساعات کاری در هفته	سابقه کار در بیمارستان	سابقه کار در واحد فعلی	محل کار	وضعیت استخدام	بیمارستان تحصیلات گروه سنی
انتظارات پرستاران و اقدامات مدیر جهت ارتقای ایمنی	۰/۴۵۶	۰/۳۲۲	۰/۶۷۳	۰/۶۰۹	۰/۷۵۱	۰/۲۲۱	۰/۵۵۱ ۰/۳۷۷ ۰/۳۸۸
درک کلی پرستاران از بهبود مستمر یادگیری سازمانی	۰/۰۲۵	۰/۰۴۹	۱/۱۸۳	۰/۲۱۳	۰/۰۰۲	۰/۰۲۸	۰/۹۹۰ ۰/۲۱۱
درک پرستاران از کارگروهی در داخل بخش	۰/۰۰۸	۰/۳۰۹	۰/۰۴۵	۰/۰۳۰	۰/۳۵۷	۰/۰۲۹	۰/۳۳۶ ۰/۰۰۰
درک پرستاران از ارتباطات صریح و روشن	۰/۰۰۰	۰/۳۹۷	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۵۸۷	۰/۰۰۰	۰/۷۳۳ ۰/۰۰۰
درک پرستاران از پاسخ واکنش غیر تنبیهی به خطا	۰/۲۴۰	۰/۶۴۵	۰/۷۷۰	۰/۲۸۱	۰/۳۳۱	۰/۲۲۳	۰/۴۱۲ ۰/۶۷۴
درک پرستاران از تعداد پرسنل و مسائل مرتبط با آن	۰/۹۶۳	۰/۱۰۱	۰/۸۸۵	۰/۸۶۳	۰/۲۲۸	۰/۶۶۳	۰/۰۳۲ ۰/۱۱۷
درک پرستاران از مدیر ارشد سازمان و حمایت وی از ایمنی بیمار	۰/۰۲۲	۰/۹۳۹	۰/۰۴۳	۰/۰۷۷	۰/۱۱۳	۰/۰۱۲	۰/۵۴۶ ۰/۱۵۲
درک پرستاران از کار تیمی بین واحدها و بخش‌های مختلف	۰/۴۸۰	۰/۲۲۹	۰/۳۱۰	۰/۲۴۳	۰/۴۳۳	۰/۱۴۷	۰/۵۵۵ ۰/۱۲۹
درک پرستاران از نحوه نقل و انتقال بیمار از یک واحد به واحد دیگر	۰/۰۵۹	۰/۴۲۳	۰/۰۷۱	۰/۷۸۶	۰/۶۵۵	۰/۰۲۲	۰/۸۹۴ ۰/۸۰۳
دیدگاه کلی پرستاران نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار	۰/۰۲۲	۰/۳۹۲	۰/۲۲۹	۰/۰۸۲	۰/۰۹۳	۰/۸۹۲	۰/۲۳۹ ۰/۳۰۲

وضعیت استخدامی رسمی ($P < ۰/۰۵$) یا گروه سنی بیشتر یا افرادی که سابقه کار زیادی در بیمارستان داشتند (بیشتر از ۲۱ سال) و یا پرستارانی که بیش از ۲۱ سال در حرفه فعلی تخصص داشتند ($P < ۰/۰۰۱$) به دست آمد. در بعد درک کارکنان از ارتباطات صریح و روشن افراد کم سابقه تر (۱ تا ۵ سال) در بیمارستان و یا افراد با کمتر از ۱ سال سابقه امتیاز کمتری کسب کردند ($P < ۰/۰۱$). علاوه بر این در بعد درک کارکنان از انتقال، جابجایی و تعویض شیفت، افراد با وضعیت استخدام رسمی امتیاز بیشتری نسبت به افراد با وضعیت استخدامی طرحی

برای مشخص کردن گروه‌هایی که در هر یک از ابعاد دارای میانگین متفاوت بودند از آزمون‌های تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج این آزمون مشخص کرد پرستارانی که در هفته بین ۴۰ تا ۵۹ ساعت کار می‌کردند ($P < ۰/۰۵$)، افراد با سابقه کار بیشتر از ۲۱ سال و افراد با وضعیت استخدامی رسمی ($P < ۰/۰۱$) در بعد درک کارکنان از بهبود مستمر یادگیری سازمانی، بیشترین امتیاز را کسب کردند.

همچنین در بعد درک کارکنان از کارگروهی در داخل بخش بیشترین درصد امتیاز کسب شده توسط افراد با

مشخص شد که از بین تمام کارکنان بیمارستان‌ها، پرستاران در این بعد امتیاز بیشتری کسب کرده‌اند^(۲۴). نتایج این پژوهش نشان داد پرستارانی که دارای ساعت کاری بیشتر بودند امتیاز کمتری کسب نمودند ولی پرستاران با سابقه کار بیشتر امتیاز بیشتری نسبت به افراد کم سابقه در این بعد کسب کردند. پرستاران متاهل نسبت به پرستاران مجرد و پرستاران با وضعیت استخدام رسمی نسبت به پرستاران با وضعیت استخدام قراردادی نمره بیشتری کسب کردند، علاوه بر این امتیاز افراد تحت مطالعه در این بعد در بیمارستان‌های مختلف متفاوت بود. نتایج پژوهش ایزدی هم نشان داد که امتیاز کسب شده در این بعد در گروه‌های مختلف سابقه کار و محل کار متفاوت است^(۲۶). خطاها و اتفاقات ناخواسته باید به صورت تجربه و دانش سازمانی درآمده و در اختیار همه کارکنان قرار گیرد. مدیریت و فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها، مدیریت بخش‌ها و تجربه افراد در این موضوع دخیل می‌باشد. مدیران و سرپرستاران باید همواره به یاد داشته باشند که سازمان‌های یادگیرنده در رقابت با سایر سازمان‌ها موفق‌تر هستند. برای ارتقا این بعد سازمانی علاوه بر بهبود فرهنگ سازمانی باید مدیریت دانش در سراسر بیمارستان‌ها پیاده سازی شود.

بعد کارگروهی در داخل بخش بیشترین امتیاز (۸۵/۶۰٪) را به خود اختصاص داد و در جایگاه عالی قرار گرفت. این یافته با نتایج مطالعات مختلفی یکسان است^(۳۱-۳۴). درصد امتیاز کسب شده در گروه‌های مختلف سنی، تاهل، بیمارستان، نوع استخدام، سابقه کار در بیمارستان، سابقه کار در واحد فعلی و سابقه کار در تخصص فعلی متفاوت بود. مطالعات دیگر هم نشان می‌دهد که امتیاز کسب شده در این بعد با ساعات کاری در هفته و بخش محل کار رابطه دارد^(۲۶). عبادی فر اذعان می‌کند که هر چقدر کار تیمی افزایش پیدا می‌کند تعداد گزارش خطاها نیز افزایش پیدا می‌کند^(۲۴). کار تیمی کلید حل بسیاری از مشکلات سازمان‌های مراقبت بهداشتی می‌باشد. سابقه کار بیشتر باعث افزایش تجربه در کار تیمی می‌شود لذا یافته‌های

کسب کردند ($P < 0/05$). دیدگاه کلی پرستاران نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار در افرادی که سابقه کار بیشتری در تخصص فعلی داشتند امتیاز بیشتری نسبت به افراد کم تجربه تر کسب کرد ($P < 0/03$).

بحث و نتیجه گیری

فرهنگ ایمنی بیمار یکی از دغدغه های مهم مدیران و سیاستگذاران حیطه سلامت است. بیمارستان‌ها برای رسیدن به این هدف، راه دشوار و پیچیده‌ای را باید طی کنند و البته ارزیابی اولیه این فرهنگ در بیمارستان‌ها می‌تواند کمک شایانی در ارتقا این مقوله داشته باشد.

نتایج این مطالعه مشخص کرد که امتیاز انتظارات و اقدامات مدیر و سرپرست در جهت ارتقای ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در حد متوسط (۶۵/۷٪) می‌باشد. در مطالعه ای که در کانادا انجام شد، این بعد از فرهنگ ایمنی بیمار از دید پرستاران بسیار ضعیف ارزیابی شد^(۲۵) در حالی که این بعد در مطالعه ایزدی ۷۶٪ امتیازات را کسب کرد^(۲۶)، همچنین این بعد در بعضی از مطالعات بیشترین امتیاز را نسبت به سایر ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار کسب کرده بود^(۲۴،۲۷). بعد مذکور با هیچکدام از متغیرهای پژوهش رابطه معناداری نداشت ولی در مطالعه ی ایزدی مشخص شد که امتیاز این بعد در بخش‌های زنان و سی‌سی‌یو نسبت به سایر بخش‌ها بیشتر است^(۲۶). این بعد می‌تواند با حفظ و تقویت ارتباطات سازمانی، ایجاد فعالیت‌های گروهی، فراهم نمودن منابع کافی تقویت شود^(۲۸). اگر مدیران مشکل ایمنی را مشکل سیستم بدانند و ارتباط مستقیم با کارکنان داشته و موانع حمایتی آنها را رفع نمایند می‌توانند این بعد فرهنگ ایمنی را ارتقا دهند. میانگین بعد بهبود مستمر یادگیری سازمانی با کسب امتیاز ۶۴/۹۵٪ در حد متوسط ارزیابی شد. در مطالعه ElJardali این بعد بالاترین امتیاز را کسب کرد^(۲۹) و در مطالعه دیگر این بعد امتیاز ۷۳٪ را کسب کرد^(۲۶) ولی در مطالعه Snijders فقط ۱۹/۵ درصد به این بعد پاسخ مثبت داده بودند^(۳۰). در مطالعه عبادی فر و همکاران

کارکنان نسبت به واکنش مدیران در برابر گزارش خطا باشد^(۳۶). در مطالعه‌ای مشخص شد که کارکنان بخش اورژانس همیشه برای گزارش دادن اشتباهات خود نگران سرزنش و توبیخ هستند^(۳۵). علاوه بر این در مطالعه خانه‌های پرستاری در آمریکا مشخص شد که نیمی از پرستاران به دلیل ترس از سرزنش خطاهای خود را گزارش نمی‌کنند^(۳۵). علی‌رغم اینکه خطاهای اتفاق افتاده نشان دهنده ضعف در فرهنگ ایمنی بیمار است^(۳۶) اما در صورت عدم گزارش این خطاها بهبود ایمنی بیمار با چالش رو به رو خواهد شد، لذا محیط کاری بیمارستان‌ها باید محیطی سرشار از حمایت و پشتیبانی باشد تا افراد به راحتی بتوانند خطاهای خود را گزارش کنند، همچنین مدیران باید به موضوع فرهنگ ایمنی به صورت سیستمی توجه کنند.

میانگین درصد امتیاز کسب شده بعد پاسخ و واکنش غیر تنبیهی به خطا از دیدگاه پرستاران در جایگاه متوسطی (۵۳/۴۶٪) قرار گرفت. در چندین مطالعه این بعد ضعیف‌ترین بعد در بین سایر بعدهای فرهنگ ایمنی بیمار بود^(۳۲،۳۴) و در مطالعه دیگر این بعد فقط ۳۶٪ امتیازات را کسب کرده بود^(۳۱). این بعد با هیچ یک از متغیرهای پژوهش رابطه معنی‌داری نداشت و در گروه‌های مختلف نیز تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش آقا رحیمی متفاوت است. وی در نتایج کار خود متوجه شد که واکنش غیر تنبیهی با یادگیری سازمانی و کار تیمی رابطه دارد^(۳۷)، با توجه به اینکه واکنش غیر تنبیهی نشان دهنده رفتار مدیران در سازمان می‌باشد به نظر می‌رسد یافته‌های این پژوهش منطقی است. واکنش غیرتنبیهی نگرش افراد نسبت به مدیران را نشان می‌دهد و در تحقیقات مختلف این بعد از جایگاه ضعیفی برخوردار است. مدیران با تغییر سیاست‌های مدیریتی می‌توانند این نگرش را در کارکنان بیمارستان اصلاح و باعث تقویت فرهنگ ایمنی بیمار شوند.

این مطالعه منطقی می‌باشد. مدیران و سیاستگذاران با ارائه راه‌کارهای مختلف می‌توانند به تقویت بیشتر این بعد بپردازند.

بعد ارتباطات صریح و روشن (۶۰/۹۵٪) در بیمارستان‌های تحت مطالعه در جایگاه متوسط قرار داشت. در مطالعه Hellings و همکاران جایجایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش‌ها و از شیفتی به شیفت دیگر با ۴۴٪ پاسخ مثبت به‌عنوان ضعیف‌ترین بعد فرهنگ ایمنی و نقطه‌ای که بیش‌ترین نیاز به بهبود را دارد، یاد شده بود^(۳۱) همچنین در تحقیقی دیگر این بعد ۱۹/۹٪ امتیازات مثبت را کسب کرده بود^(۳۰). امتیاز این بعد در گروه‌های مختلف نوع استخدام، جنسیت و بیمارستان متفاوت بود. افرادی که سابقه کار بین ۱۶ تا ۲۰ سال داشتند امتیاز بیشتری نسبت به افراد کم سابقه تر کسب کردند، که این موضوع در رابطه با سابقه‌کار در واحد فعلی نیز صدق می‌کرد، همچنین پرستارانی که بیش از ۲۱ سال در حرفه فعلی تخصص داشتند امتیاز بیشتری نسبت به کسانی که سابقه بین ۱-۵ سال داشتند کسب کردند. یافته‌های این پژوهش با مطالعه ایزدی در یک راستا بود^(۳۶). تجربه و صرف وقت بیشتر باعث افزایش مهارت‌های ارتباطی می‌شود. ارتباطات رسمی و صریح در سازمان می‌تواند در ارتقا فرهنگ ایمنی در سازمان نقش مهمی ایفا کند. ارتباطات سازمانی صریح و روشن علاوه بر کمک به مدیریت دانش، نقش مهمی در حمایت مدیران و سرپرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار دارد. مدیران می‌توانند با کاهش تعارضات سازمانی، ایجاد سیستم‌های ارتباطی و دیدارهای برنامه‌ریزی شده این بعد را افزایش دهند.

در این مطالعه مشخص شد که به طور میانگین یک سوم پرستاران خطاهای اتفاق افتاده را به ندرت گزارش می‌کنند یا اصلاً گزارش نمی‌کنند، اما Bodur در مقاله خود اشاره می‌کند که سه چهارم پزشکان و پرستاران خطاها را گزارش نمی‌کنند^(۳۴)، علت این نتایج می‌تواند نحوه مدیریت بخش، کمبود کارکنان، نوع کار و نگرش

نشست‌های بین بخشی می‌تواند باعث افزایش این بعد فرهنگ ایمنی بیمار شود.

درصد پاسخگویی به بعد حمایت مدیریت ارشد سازمان از ایمنی بیمار از دیدگاه افراد تحت مطالعه در حد متوسط (۶۱/۵۰٪) بود. Hellings در مطالعه خود پی‌برد که پایین‌ترین امتیازات مربوط به حمایت مدیریت از ایمنی بیمار ۳۵٪ است^(۳۱). این بعد در بیمارستان‌های مختلف متفاوت بود و این موضوع می‌تواند به مدیریت بیمارستان‌ها، محیط کاری و فرهنگ سازمانی و سبک مدیریتی آنها مربوط شود. یکی از مهمترین اصول در ارتقا فرهنگ ایمنی بیمار پذیرش این موضوع توسط مدیران ارشد سازمان و حمایت آنها از ارتقا ایمنی بیمار می‌باشد. با توجه به اینکه پرستاران نقش مهمی در بیمارستان‌ها ایفا می‌کنند و تاثیر مهمی در روند درمان بیماران دارند، مدیران و سرپرستاران می‌توانند با حمایت از پرستاران، ارتقا فرهنگ ایمنی در بیمارستان را تضمین کند.

میزان بعد انتقال، جابجایی و تعویض شیفت با کسب امتیاز ۶۴/۵۰٪ در حد متوسط ارزیابی شد. در تحقیقی این بعد ۶۸٪ و در تحقیق دیگر ۵۶/۴٪ امتیازها را کسب کرده بود^(۲۶،۳۷). امتیاز این بعد در گروه‌های استخدامی متفاوت بود؛ به طوری که افراد با وضعیت استخدام رسمی (۱۳/۶۵) امتیاز بیشتری نسبت به افراد با وضعیت استخدامی طرح (۱۱/۸۶) کسب کردند. پرستارانی که دارای وضعیت استخدامی رسمی هستند از جایگاه بهتری در بیمارستان‌ها برخوردارند لذا این گروه از افراد می‌توانند ارتباط بهتری با دیگر بخش‌ها برقرار کنند. ارتباط بین بخشی تاثیر شگرفی بر ایمنی بیماران دارد لذا باید با ایجاد راهکارهای مناسب این بعد را ارتقا داد.

طی ۱۲ ماه گذشته از شروع مطالعه ۶۳ نفر (۳۵/۷٪) از پرستاران هیچ گزارش خطای ارائه ندادند و ۵۳ نفر (۳۰/۱٪) ۱ یا ۲ گزارش خطا ارائه کرده بودند. در مطالعه‌ای مشخص شد که ۵۳ درصد پاسخ دهندگان طی ۱۲ ماه گذشته هیچ حادثه‌ای را گزارش نکرده بودند^(۲۲) و در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد که ۹۰ درصد شرکت

بعد میزان کارکنان و مسائل مرتبط (۴۰/۲۵٪) کمترین امتیاز را در ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار به خود اختصاص داد و در جایگاه ضعیف قرار گرفت. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های مختلف در یک‌راستا می‌باشد^(۲۹،۳۳) این بعد در بین افراد با تحصیلات مختلف متفاوت بود، ایزدی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که امتیاز این بعد با بخش محل کار در ارتباط است^(۲۶). هرچند استاندارد کاری شاغلین پرستاری ۳۶ ساعت در هفته می‌باشد^(۲۴) اما کمبود نیرو باعث افزایش خطاهای ناخواسته می‌شود^(۳۷). در مطالعه‌ای که بر همه کارکنان یک بیمارستان انجام شد پرستاران کمترین امتیاز را به این بعد اختصاص داده بودند^(۲۴) که نشان دهنده کمبود پرسنل پرستاری و افزایش فشار کاری بر روی پرستاران می‌باشد. کاهش کارکنان باعث افزایش استرس شغلی و بی‌خوابی شده که همین موضوع باعث ایجاد خطا می‌شود. بعضی از بیمارستان‌ها برای جبران این نقص و تکمیل کادر پرستاری از دانشجویان استفاده می‌کنند، استفاده از دانشجویان نه تنها باعث افزایش فرهنگ ایمنی بیمار نشده بلکه به دلیل کاهش تجربه سازمانی باعث کاهش فرهنگ ایمنی بیمار می‌شود.

بعد کار تیمی در بین واحدها و بخش‌های مختلف (۴۱/۵۰٪) پس از بعد کارکنان و مسائل مرتبط کمترین امتیاز را کسب کرد و رتبه ضعیف را به خود اختصاص داد، اما در مطالعه دیگر امتیاز این بعد ۶۲٪ به دست آمد^(۲۶) و در مطالعه Snijders تنها ۱۹٪ از پرستاران نگرش مثبت نسبت به این بعد داشتند^(۳۰). در مطالعه حاضر پرستارانی که سابقه بیشتری داشتند امتیاز بیشتری کسب کرده بودند. یکی از مهمترین مواقعی که امکان دارد ایمنی بیمار به خطر بیفتد هنگام جابجایی بیمار از یک بخش به بخش دیگر یا هنگام جابه‌جایی اطلاعات از یک بخش به بخش دیگر می‌باشد. مسئولین می‌توانند با ایجاد پروتکل‌ها، قوانین و فرایندهای بین‌بخشی از افزایش این گونه خطاها جلوگیری کنند. علاوه بر این جلسات و

کنندگان نیز طی ۱۲ ماه گذشته گزارش هیچ حادثه‌ای را گزارش نداده بودند^(۳۲). بیمارستان‌ها برای ارتقا این بعد باید در زمینه استقرار سیستم گزارش‌گیری خطا اقدام کنند^(۲۶). تمرکز روی سرزنش افراد باعث غفلت از ضعف‌های موجود در سیستم شده و از گزارش‌دهی خطاها جلوگیری می‌کند^(۲۴). بیشترین علل عدم گزارش خطاها ترس از سرزنش، اثر بخش نبودن گزارش و تصور بر فردی بودن خطا است^(۲۷). بر طبق گزارش انستیتو طب اکثر خطاهای پزشکی ناشی از غفلت و کوتاهی افراد نیست بلکه برخاسته از سیستم‌ها و کارکرد نادرست آنها است^(۲۵،۳۰) این در حالی است که زمانی که خطایی توسط یک پرستار انجام می‌گیرد آن پرستار به عنوان یک فرد و نه یک عضو تیم درمان مورد مواخذه قرار می‌گیرد^(۲۸).

دیدگاه کلی پرستاران نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها در حد ضعیف (۴/۴۹٪) ارزیابی شد. در یک مطالعه درک کلی از ایمنی ۵۹٪^(۳۲) و در مطالعه دیگر امتیاز کلی فرهنگ ایمنی بیمار ۴۴٪ به دست آمد^(۳۴)، همچنین متوسط امتیاز کلی ایمنی بیمار در تایوان برای ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار ۶۴٪ به دست آمد^(۳۳). امتیاز این بعد در بین افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد بود. همچنین پرستارانی که سابقه کار بیشتر در تخصص فعلی را داشتند امتیاز بیشتری نسبت به افراد کم تجربه‌تر کسب کردند. نتایج این تحقیق در راستای نتایج مطالعات مختلف نشان داد که ادراک کلی نسبت به فرهنگ ایمنی با سابقه کار در تخصص فعلی در ارتباط است^(۲۶). در مطالعه دیگری بین جنسیت، شغل، وضعیت تاهل، ساعات کارهفتگی و دیدگاه کلی فرهنگ ایمنی بیمار رابطه‌ای یافت نشد^(۳۲). ولی امتیاز دید کلی فرهنگ ایمنی در افراد متاهل بالاتراز بقیه بود^(۳۴). مطالعه حاضر در بیمارستان‌های آموزشی انجام شد و نشان دهنده وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در تمام بیمارستان‌های استان هرمزگان نمی‌باشد و از سوی دیگر این مطالعه از دیدگاه پرستاران انجام شده است؛ بنابراین دیدگاه همه جانبه و چند بعدی را از وضعیت

فرهنگ ایمنی بیمار آشکار نمی‌سازد، لذا در مطالعات آینده علاوه بر اینکه تمام بیمارستان‌ها و افراد باید در نظر گرفته شوند باید به بررسی علل این وضعیت‌ها پرداخته شود.

ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار یکی از اصول مهم حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها است که باعث افزایش کیفیت مراقبت در بیمارستان‌ها می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که مدیران و سرپرستان نقش مهمی در این زمینه ایفا می‌نمایند. رهبران و مدیران علاوه بر فرهنگ‌سازی با حمایت خاص خود از کارکنان می‌توانند باعث تشویق و افزایش انگیزه کاری پرستاران شوند. یافته‌های این پژوهش نشان داد علی‌رغم اینکه کار تیمی در داخل بخش‌ها در حد عالی می‌باشد اما همکاری بین بخشی ضعیف است و نیاز به بهبود دارد. علاوه بر مسائل بالا محیط کار، فرهنگ سازمانی و بازخورد مدیران هم نقش مهمی در ارتقا فرهنگ ایمنی بیمار داشتند، لذا مدیران باید با ایجاد فضای حمایت‌گرایانه، مدیریت مشارکتی و نگرش سیستمی محیطی سرشار از اطمینان و دلگرمی را برای پرستاران در بیمارستان‌ها ایجاد کنند. ضعف فرهنگ ایمنی بیمار باعث ایجاد خسارت‌های زیادی در بیمارستان می‌شود؛ لذا فرهنگ ایمنی بیمار باید یکی از مهم‌ترین اولویت‌ها در هر بیمارستانی باشد و مدیران تاکید ویژه‌ای باید بر این مقوله داشته باشند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان که هزینه‌های این طرح تحقیقاتی را تامین کردند و همه کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند به خصوص پرستاران زحمتکش بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قردرانی و سپاسگزاری می‌شود.

فهرست منابع

1. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Khanna K, Nelson D. Hospital survey on patient safety culture: 2011 user comparative database report: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.
2. Organization WH. World Alliance for Patient Safety Forward Programme. Geneva; 2005.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson M. To Err Is Human—Building a Safer Health System. Institute of Medicine (IoM), Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
4. Akbari Sari A, Doshmangir L. [An overview of methods for identifying and measuring adverse events in healthcare and their strengths and weaknesses]. *Hospital*. 2009; 8(2):51-6. Persian.
5. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *Bmj*. 2001; 322(7285):517-9.
6. Kellogg VA, Havens DS. Adverse events in acute care: an integrative literature review. *Research in nursing & health*. 2003; 26(5):398-408.
7. Pronovost P, Weast B, Holzmueller C, Rosenstein B, Kidwell R, Haller K, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual safety Health Care*. 2003; 12(6):405-10.
8. Clarke S. Perceptions of organizational safety: implications for the development of safety culture. *J Organ Behav*. 1999; 20(2):185-98.
9. Abdi J, Maleki M, Khosravi A. [Staff perceptions of patient safety culture in hospitals of University Tehran]. *Payesh*. 2011; 10(4):411-9. Persian
10. Pizzi L, Goldfarb N, Nash D. Promoting a culture of safety. AHRQ Publication No. 01-E058. 2001.
11. Kristensen S, Bartels P. Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations. European Society for Quality in Healthcare Office for Quality Indicators. 2010.
12. Ravaghi H. [Evaluation of organs culture. Clinical Governance congress] Tehran 2010. persian
13. Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ, et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2004; 30(2):59-68.
14. Warburton RN. Patient safety—how much is enough? *Health policy*. 2005; 71(2):223-32.
15. Hyde P, Braithwaite J, Fitzgerald A, Øvretveit J. Understanding and improving patient safety: the psychological, social and cultural dimensions. *J Health Organ Manag*. 2009;23(6):581-96.
16. Mossavi A, [The role of clinical governance in the Patient Bill of Rights]. *Journal of Medical Ethics*. 2012;(5)18:162-81. Persian.
17. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual*. 2004; 19(3):209-17.
18. Benner P, Sheets V, Uris P, Malloch K, Schwed K, Jamison D. Individual, practice, and system causes of errors in nursing: a taxonomy. *J Nurs Adm*. 2002;32(10):509-23.
19. Lisby M, Nielsen LP, Mainz J. Errors in the medication process: frequency, type, and potential clinical consequences. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005; 17(1):15-22.
20. Krizek TJ. Surgical error: ethical issues of adverse events. *Arch Surg*. 2000; 135(11):1359-66.
21. Moody RF, Pesut DJ, Harrington CF. Creating Safety Culture on Nursing Units: Human Performance and Organizational System Factors That Make a Difference. *Journal of Patient Safety* 2006; 2(4): 198-206.
22. Bonner AF, Castle NG, Men A, Handler SM. Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *J Am Med Dir Assoc*. 2009; 10(1):11-20.
23. Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health policy*. 2008; 85(2):148-61.
24. Rezapoor A, Tanoomand Koushehmehr A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. [Study of patients' safety culture in Selected Training hospitals affiliated with Tehran university of medical sciences]. *Hospital*. 2012;11(2):55-64. Persian
25. Canadian Patient Safety Institute Perceptions of Patient Safety Culture in Six Canadian Healthcare Organizations. Canada: Canadian Patient Safety Institute. 2008

26. Izadi AR, Drikvand J, Ebraze A. [The Patient Safety Culture in Fatemeh Zahra Hospital of Najafabad, Iran]. *Director General*. 2013; 9(6):907. Persian.
27. Agharahimi Z, Mostofi M, Jafari M, Raesi Ahmad A. [Evaluation of staff attitudes about patients' safety culture in Noor & Ali Asghar hospitals in Isfahan-2011]. *Hospital*. 2012;11(3):17-26. Persian
28. Jones K, Skinner A, Xu L, Sun J, Mueller K. The AHRQ hospital survey on patient safety culture: a tool to plan and evaluate patient safety programs. AHRQ2008. URL: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2.2>.
29. 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.
30. Snijders C, Kollen BJ, van Lingen RA, Fetter WP, Molendijk H, Group NS. Which aspects of safety culture predict incident reporting behavior in neonatal intensive care units? A multilevel analysis*. *Crit Care Med*. 2009; 37(1):61-7.
31. 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.
32. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(5):348-55.
33. Chen I-C, Li H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res*. 2010; 10(1):152.
34. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10(1):28.
35. Sorra JS, Neiva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Health care Research and Quality, 2004; 04: 41.
36. Mwachofi A, Walston SL, Al-Omar BA. Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *Int J Health Care Qual Assur*. 2011; 24(4):274-83.
37. Singer SJ, Gaba D, Geppert J, Sinaiko A, Howard S, Park K. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Safety Health Care*. 2003; 12(2):112-8.

Culture of Patient Safety from Nurses' Perspective

Dehghani M¹., MS.

*Hayavie Haghghi MH²., MS.

Salimi J³., BS.

Khorami F⁴., MS.

Abstract

Background & Aim: Patient safety is a major concern for health care organizations. The first step to improve culture of patient safety is its assessment. Accordingly this study was performed with the aim of assessing culture of patient safety from nurses' perspective in the hospitals affiliated to Hormozgan University of Medical Sciences.

Material & Methods: It was a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 190 nurses working in educational hospitals of Hormozgan province who were recruited by stratified random sampling in 2012. Data was collected by Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire (HOSPIC) and analyzed by independent T. test, one-way ANOVA and Post hoc test of LSD using SPSS- PC (v. 16).

Results: Among the different dimensions of patient safety culture, the lowest score was related to the number of employees and its related issues (40.25%) and the highest score was related to team work in the unit (85.60%). In the past 12 months, 63 nurses (35.7%) did not report any errors and 53 nurses (30.1%) reported only 1 or 2 error. Significant differences was seen between the score of different dimensions of patient safety culture and nurses' work experience, the type of employment, hospitals, and the amount of working hours ($p < 0.05$).

Conclusion: Regarding the findings, it is suggested that managers and policy makers identify the factors involved in patient safety culture and improve the working environment, and promote supportive organizational climate in hospitals. Farther research is needed to detect the causes of nurses' failure to report medical errors.

Keywords: Patient safety culture, Medical errors, Nurses

Received: 12 Jan 2015

Accepted: 8 Apr 2015

¹ Lecturer, Medical Record Education, Health information management research center, lecturer of Department of health information technology, Faculty of Para- Medicine, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

² PhD Student, Health Information Management, School of Para medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author). Tel: +989177041089 Email: hayavi2005@gmail.com

³ BS, Mother & child welfare research center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

⁴ PhD Student, Health Information Management, School of Para medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.