

بررسی وضعیت مولفه‌های فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز آموزشی – درمانی کرمانشاه

سیروس کبودی^۱ - مسعود قنبری^{۲*} - حسین اشتریان^۳ - فرحناز باقری^۴ - الهه عجمی^۵

mghanbari@kums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۹

چکیده

مقدمه: هر سال شاهد میزان بالایی از حوادث و رخداد‌های قابل پیش‌گیری برای بیماران بستری در مراکز درمانی هستیم که برای جلوگیری از این حوادث نیاز به شناخت کافی از مولفه‌های آن می‌باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین مولفه‌های فرهنگ ایمنی بیمار با میزان رخداد این خطاها و چگونگی کاهش آن‌ها انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۳۸۰ نفر از کارکنان مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه در سطح شهر کرمانشاه و با استفاده از پرسش‌نامه فرهنگ ایمنی بیمار، نسخه بیمارستانی انجام گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-19 و روش‌های آماری، تحلیل واریانس و همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز درمانی مورد مطالعه در سطح نامطلوبی بود. از بین مولفه‌های فرهنگ ایمنی، مسایل مربوط به کارکنان با ۲۳ درصد و گزارش دهی با ۲۶ درصد کم‌ترین میانگین نمره مثبت و مولفه‌های کار تیمی درون واحدها با ۵۹ درصد و یادگیری سازمانی با ۵۷ درصد بیش‌ترین میانگین نمره مثبت را به خود اختصاص دادند. ۵۸ درصد شرکت‌کنندگان نیز هیچ خطایی گزارش نکردند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر بر ایجاد جو سازمانی پذیرنده، لزوم مشارکت کارکنان در سطوح مختلف تصمیم‌گیری و ایجاد فرهنگ گفت و گو و گزارش دهی خطاها به منظور بازشناسی علل ایجادکننده آن‌ها در جهت افزایش ارتقاء فرهنگ ایمنی بیماران تاکید دارد.

کلمات کلیدی: ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار، کارکنان بیمارستان

- ۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، قطب آموزش پزشکی جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
- ۲- دکتری بهداشت حرفه‌ای، مرکز تحقیقات عوامل محیطی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
- ۳- دکتری آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
- ۴- کارشناس ارشد مدیریت، معاونت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
- ۵- کارشناس مامایی، مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

مقدمه

یکی از اضلاع سه گانه بیمارستان‌های با حاکمیت بالینی، توجه به کاهش خطرات کادر درمانی و حفظ و ارتقاء ایمنی بیماران می‌باشد (۱) گرچه در دهه گذشته پیشرفت‌های زیادی در عرصه ایمنی بیمار اتفاق افتاده است، اما همچنان میزان آسیب‌های وارده به بیماران به علت اشتباهات بسیار بالاست (۲).

در کشورهای توسعه یافته از هر ده بیمار دریافت کننده مراقبت‌های بیمارستانی، یک نفر دچار حوادث پزشکی می‌گردند، این در حالی است که در کشورهای در حال توسعه این میزان به مراتب بیش‌تر می‌باشد (۳). مطالعات انجام گرفته در کانادا (۲۰۰۴) مشخص ساخته که ۷/۵ تا ۱۲/۷ درصد افراد بستری در بیمارستان‌ها در معرض حوادث پزشکی قرار گرفته اند (۴). طبق بر آورد آماری در آمریکا، سالانه ۱/۵ میلیون حادثه قابل پیش‌گیری رخ می‌دهد، یعنی ۴۴ هزار از ۹۸ هزار مرگ بر اثر این‌گونه حوادث رخ می‌دهد (۵).

آمار صحیحی از بروز خطاهای پزشکی رخ داده در سیستم‌های مراقبتی کشور وجود ندارد، ولی با توجه به شواهدی از قبیل افزایش موارد گزارش شده خطاهای رخ داده توسط پزشکان (۶) و یا بروز ۱۹/۵ درصدی خطاهای دارویی توسط پرستاران در یک دوره زمانی ۳ ماهه (۷)، می‌توان بروز این گونه از حوادث در سیستم مراقبتی- درمانی کشور را جدی تلقی کرد.

بزرگ‌ترین چالش برای حرکت به سمت نظام سلامت امن‌تر، تغییر دادن فرهنگ حاکم بر سازمان‌های ارائه دهنده مراقبت‌های درمانی است، به‌طوری که به جای سرزنش افراد به خاطر بروز اشتباه و در نظر گرفتن خطا به عنوان نارسایی فردی،

سازمان‌ها باید سعی کنند تا خطای رخ داده را مورد بررسی قرار دهند. این‌گونه رویکرد سبب بهبود سیستم و جلوگیری از آسیب خواهد شد. از آنجا که فرهنگ ایمنی بیمار عامل شکل‌گیری عمل‌کرد کارکنان و موثر بر رفتارهای ارائه دهنده‌گان مراقبت سلامت می‌گردد لذا باعث می‌گردد که آن‌ها حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار را به عنوان یکی از بالاترین اولویت‌های خود در ارائه مراقبت سلامت مد نظر قرار دهند (۸).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز مورد مطالعه در کشور، در سطح مطلوبی قرار ندارد (۹،۱۰) و عواملی از قبیل، ناکافی بودن تعداد کارکنان، بالا بودن حجم ساعت کاری کارکنان، گزارش دهی پایین خطاهای واقع شده، نگرانی کارکنان از ثبت اشتباهات آنان در پرونده کارکنانی و وجود محیط بسته که در آن کارکنان اجازه شرکت در تصمیم‌گیری‌ها را ندارند، سبب کاهش سطح فرهنگ ایمنی مراکز درمانی کشور شده است (۱۱، ۱۰). در مطالعات انجام گرفته درخصوص ایمنی بیماران، محققین به دنبال کسب نتیجه بروز صفر درصدی بروز خطا در واحدهای مورد مطالعه نمی‌باشند، بلکه بیش‌تر به دنبال شناخت راه‌های حداقل نمودن بروز این خطاها هستند (۱۲)، چرا که مهم‌ترین چالش برای ارائه دهندگان خدمات بیمارستانی همین حداقل سازی بروز خطاها می‌باشد (۱۳).

متخصصین بهداشتی مجموع علل ایجاد کننده رخ داد خطاها در سیستم‌های مراقبتی را به‌صورت یک مثلث در نظر می‌گیرند که قاعده آن را عوامل سیستمی (با فراوانی بالا) و راس آن را عوامل انسانی (با فراوانی کم) معرفی می‌کنند (۱۴). لذا هم‌زمان با مجموعه اقداماتی که در راستای

آوری گردید. برآورد حجم نمونه مورد نیاز این مطالعه با توجه به مطالعه عبادی فرد آذر (۱۷) که در آن میانگین سطح فرهنگ ایمنی مطالعه خود را ۶۲ درصد مشخص کرده بود، و با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه بر اساس میانگین، با درصد اطمینان ۹۵٪ و خطای مطلق (d=۰/۰۵)، تعداد حجم نمونه مورد نظر ۳۸۰ نفر تعیین گردید.

پرسش‌نامه‌های مورد استفاده برای گردآوری داده‌های پژوهشی شامل موارد زیر بود:

۱- پرسش‌نامه فرهنگ ایمنی بیمار نسخه بیمارستانی (HSOPSC)، روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه جواد مقری و همکاران (۱۸) در حد مطلوب گزارش گردیده است. عبادی فرد آذر (۱۷) آلفای کرونباخ مولفه‌های پرسش‌نامه فرهنگ ایمنی بیمار را بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ گزارش کرده است. پرسش‌نامه مذکور دارای ۴۲ سوال می‌باشد، که ۱۲ بعد مختلف فرهنگ ایمنی شامل: کار تیمی درون واحدها، انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ارتقاء ایمنی بیمار، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی، بهبود مداوم، درک کلی از ایمنی بیمار، ارایه بازخورد به خطاها، باز بودن مجاری ارتباطی، فراوانی گزارش دهی وقایع، کار تیمی بین واحدها، مسایل کاری مربوط به کارکنان، تحویل و تحول در بیمارستان و پاسخ غیر تنبیهی به خطاها را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس سوالات فرهنگ ایمنی بیمار به صورت لیکرت ۵ گزینه ای در این پرسش‌نامه جواب‌های کاملاً موافقم / موافقم و اغلب اوقات /

ارتقاء وضعیت نیروی انسانی سیستم مراقبتی انجام می‌گیرد باید به ایجاد دگرگونی‌های اساسی در سیستم‌های سازمانی واحدهای مراقبتی نیز توجه داشت تا زمینه ارتقاء سطح ایمنی بیماران را فراهم نمود (۱۵). ارزش‌یابی دوره‌ای و منظم از سیستم‌های ارایه دهنده مراقبت‌های بهداشتی، به‌عنوان اولین گام در راستای نیل به ارتقاء فرهنگ ایمنی مورد نظر می‌باشد. انجام اقدامات ایمنی بدون ارزش‌یابی مناسب، نتیجه ای جز ایجاد موقعیت‌های بحرانی جدید و پیش‌بینی نشده در بر نخواهد داشت (۱۶). لذا مطالعه اخیر با هدف برآورد صحیحی از وضعیت فرهنگ ایمنی در بین بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در سطح شهر کرمانشاه و مشخص نمودن سهم هر کدام از مولفه‌های آن انجام گرفته است.

روش کار

این پژوهش که در سال ۱۳۹۴ انجام گردید، توصیفی و از نوع مقطعی بود که بر روی کلیه کارکنان مراکز آموزشی درمانی سطح شهر کرمانشاه انجام گرفت. این کارکنان شامل، پزشک، رده پرستاری (بهیار، پرستار، سرپرستار و تکنسین اتاق عمل)، رده مامایی (کاردان، کارشناس و کارشناس ارشد مامایی)، کارکنان آزمایشگاه و کارکنان رادیولوژی بودند. شرط ورود به مطالعه، داشتن حداقل یک‌سال سابقه کاری و عدم اشتغال به‌کار به‌صورت اضافه کاری و یا مامور در آن بیمارستان بود. برای انتخاب آزمودنی‌ها از هر مرکز متناسب با تعداد کارکنان شاغل در آن، افراد مورد نیاز مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها از سوی آنان، داده‌ها جمع

همیشه، به عنوان پاسخ های مثبت برای سؤالات مثبت و جواب های کاملاً مخالف/مخالفم و هرگز / به ندرت نیز به عنوان پاسخ های مثبت بر ای سؤالات منفی تلقی می شوند. در نهایت سطح هر بعد یا حیطة با جمع کردن درصد پاسخ های مثبت به هر سؤال و تقسیم آن بر تعداد سؤالات هر بعد یا حیطة محاسبه و استخراج می شوند. ابعادی که امتیاز مثبت آن ها حداقل ۵۰ درصد باشد وضعیتی مطلوب و ابعاد دارای امتیاز کم تر از این میزان، وضعیت نامطلوبی خواهند داشت.

۲- پرسش نامه اطلاعات دموگرافیکی شامل، نوع بخش، رده شغلی، میزان ساعت کاری در هفته، سابقه کار، سابقه کار در بخش اخیر و سابقه کار در بیمارستان بود.

۳- دو پرسش در مورد این که پاسخ دهندگان در زمینه رعایت ایمنی بیمار چه نمره ای به عمل کرد بیمارستانی که در آن کار می کنند، می دهند و دیگر این که در ۱۲ ماه اخیر بروز خطای درمانی در بخشی که کار می کنند را داشته اند و در صورت مثبت بودن به چه تعداد بوده است.

برای جمع آوری داده ها سعی گردید که پرسش نامه ها در اوقات فراغت کارکنان تکمیل گردد تا مشکل کاری ایجاد نشود، همچنین شرکت کنندگانی که تمایل شخصی به مشارکت در مطالعه داشتند در این مطالعه وارد شدند. پس از جمع آوری اطلاعات و وارد کردن آن ها در برنامه SPSS - 19 تجزیه و تحلیل مناسب آماری با سطح معنی داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد. از نمودارها، شاخص های مرکزی و پراکندگی و جداول توزیع فراوانی برای توصیف داده های جمع آوری شده و از آزمون های تحلیل واریانس،

آزمون بونفرونی و نیز هم بستگی پیرسون، برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید.

≡ یافته ها

۶۱ درصد (۲۳۲ نفر) از شرکت کنندگان زن و ۳۹ درصد مرد بودند. ساعت کار هفتگی ۵۸ درصد شرکت کنندگان (۲۲۰ نفر) تا ۴۴ ساعت در هفته، ۳۵ درصد (۱۳۳ نفر) بین ۴۵-۶۰ ساعت در هفته و ۲۷ درصد بیش از ۶۰ ساعت در هفته بود. از نظر تحصیلات، ۳ درصد شرکت کنندگان (۱۱ نفر) دیپلم بهیاری بودند، ۴ نفر (۱ درصد) مدرک کاردانی، ۸۱ درصد (۳۱۱ نفر) مدرک کارشناسی، ۸ درصد (۳۰ نفر) دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۲۴ نفر پزشک عمومی بودند (جدول ۱).

۳۴ درصد (۱۳۱ نفر) شرکت کنندگان ایمنی واحد کاری خود را در سطح عالی و خوب، ۵۶ درصد (۲۱۲ نفر) قابل قبول و ۱۰ درصد (۳۷ نفر) در سطح ضعیف و مردود اعلام کرده بودند. ۴۱/۶ درصد آنان وجود یک یا چند خطا در محل کار خود را گزارش نمودند و از بین افرادی که وجود خطا را گزارش کردند، ۲۸/۷ درصد آن ها (۱۰۹ نفر) تنها یک خطا را در یک سال اخیر در محل کار خود گزارش دادند (جدول ۲).

از نظر مولفه های فرهنگ ایمنی بیمار، مولفه های مسایل کاری کارکنان با ۲۳ درصد و فراوانی گزارش دهی خطاها با ۲۶ درصد پاسخ های مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار، کم ترین و مولفه های کار تیمی درون واحدها با ۵۹ درصد و یادگیری سازمانی، بهبود مداوم با ۵۷ درصد پاسخ های مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار، بیش ترین پاسخ مثبت از فرهنگ ایمنی در مطالعه اخیر را دارا بودند (جدول ۳).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه و ارتباط با مولفه‌های فرهنگ ایمنی بیمار

| رده شغلی | رده پرستاری: | | | | | | پزشک | رادیولوژی | آزمایشگاهی | رده مامایی | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|-------------|--------------|--------------|---------------|-----------|----------|
| | بیمار | کارشناس پرستاری | سرپرستار | کارشناس ارشد | تکنسین اتاق عمل | کارشناس ارشد | | | | کارشناس | کاردان | | |
| تعداد | ۱۱ | ۲۴۷ | ۱ | ۲۳ | ۵ | ۲۴ | ۲۱ | ۱۷ | ۴ | ۲۰ | ۷ | | |
| درصد | ۳ | ۶۵ | ۰/۳ | ۶ | ۱/۳ | ۶ | ۵/۶ | ۴/۶ | ۱ | ۵/۳ | ۱/۸ | | |
| بخشهای کاری | دانشگاه | نسبت نرس/ار | زبان | کودکان | اورژانس | مراقبت‌های ویژه | دفتر پرستاری | آزمایشگاه | رادیولوژی | بخش فعلی | | | |
| | | | | | | | | | | غذایی | قلب و عروق | چشم و گوش | درمانگاه |
| تعداد | ۶۳ | ۵۸ | ۲۰ | ۵ | ۶۳ | ۶۲ | ۱۷ | ۱۶ | ۲۶ | ۱۱ | ۷ | ۱۷ | ۱۵ |
| درصد | ۱۶/۵ | ۱۵ | ۵/۲ | ۱/۳ | ۱۶/۵ | ۱۶/۵ | ۴/۴ | ۴/۴ | ۶/۸ | ۲/۸ | ۱/۸ | ۴/۴ | ۴/۳ |
| سابقه | | | | | | | | | | | | | |
| مدت | استخدام | | | | | | بخش فعلی | | | | | | |
| | سال | ۲ تا ۵ سال | ۱۰ تا ۱۵ سال | ۱۶ تا ۲۰ سال | بیش از ۲۰ سال | سال | ۱ تا ۵ سال | ۶ تا ۱۰ سال | ۱۱ تا ۱۵ سال | ۱۶ تا ۲۰ سال | بیش از ۲۰ سال | | |
| تعداد | ۱۳ | ۱۳۰ | ۱۱۹ | ۴۸ | ۲۹ | ۵۹ | ۲۰۰ | ۷۳ | ۲۶ | ۱۴ | ۸ | | |
| درصد | ۳/۳ | ۳۴/۳ | ۳۱/۵ | ۱۲/۴ | ۱۰/۹ | ۱۵/۵ | ۵۲/۸ | ۱۹ | ۶/۹ | ۳/۸ | ۲ | | |

جدول ۲. برآورد شرکت کنندگان از تعداد خطاها و سطح فرهنگ ایمنی

| تعداد وقایع گزارش شده در ۱۲ ماه گذشته | بدون خطا | ۱ الی ۲ خطا | | | ۳ الی ۵ خطا | | | ۶ الی ۱۰ خطا | | | ۱۱ الی ۲۰ خطا | | | ۲۱ خطا و بیش تر | | |
|---------------------------------------|----------|--------------|-----------|-----------------|--------------|-----------|-----------------|-------------------|-----------|-----------------|-------------------|-----------|-----------------|-----------------|-----------|-----------------|
| | | تعداد | درصد | کارکنان | تعداد | درصد | کارکنان | تعداد | درصد | کارکنان | تعداد | درصد | کارکنان | تعداد | درصد | کارکنان |
| ۲۲۲ | ۵۸/۴ | ۲۸/۷ | ۸/۹ | ۳۴ | ۳/۸ | ۱۴ | ۰/۳ | ۱ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ |
| میزان درک سطوح ایمنی | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تعداد | درصد | رده پرستاری | | | پزشک | | | کارکنان رادیولوژی | | | کارکنان آزمایشگاه | | | رده مامایی | | |
| | | ضعیف و مردود | قابل قبول | عالی و خیلی خوب | ضعیف و مردود | قابل قبول | عالی و خیلی خوب | ضعیف و مردود | قابل قبول | عالی و خیلی خوب | ضعیف و مردود | قابل قبول | عالی و خیلی خوب | ضعیف و مردود | قابل قبول | عالی و خیلی خوب |
| ۹۸ | ۳/۲ | ۳۰ | ۱۶۰ | ۹۸ | ۲ | ۱۸ | ۶ | ۱۳ | ۲ | ۶ | ۱۱ | ۲ | ۹ | ۲ | ۱۲ | ۱۸ |
| درصد | ۳/۲ | ۱۰/۴ | ۵۳/۸ | ۸/۷ | ۷۸/۳ | ۳۱/۸ | ۹/۱ | ۵۹/۱ | ۳/۹ | ۵۰ | ۱۱/۱ | ۵۶/۲ | ۳۷/۵ | ۳/۱ | ۴/۱ | ۴/۱ |

هم‌بستگی مثبت و معنی دار را با فرهنگ کلی ایمنی بیمار دارا بودند، و تنها مولفه پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطا ($t = -0/011$ ، $p > 0/05$) هم‌بستگی منفی با فرهنگ ایمنی بیمار در مطالعه را نشان داد (جدول ۴). در این مطالعه هیچ کدام از مولفه‌های فرهنگ ایمنی با جنسیت ارتباط آماری نداشتند

از بین مولفه‌های دوازده گانه فرهنگ ایمنی در مطالعه اخیر کار تیمی درون واحدی ($t = 0/649$ ، $p < 0/001$)، انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار ($t = 0/615$ ، $p < 0/001$) و ارتباطات و آرایه بازخورد در مورد خطاها ($t = 0/592$ ، $p < 0/001$)، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار ($t = 0/548$ ، $p < 0/001$) بیشترین

جدول ۳. میانگین درصد پاسخ های مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار

| حیطه‌ها یا ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار | تعداد سؤالات | میانگین درصد پاسخ های مثبت |
|--|--------------|----------------------------|
| کار تیمی درون واحدها | ۴ | ۵۹ درصد |
| انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار | ۴ | ۵۱ درصد |
| حمایت مدیریت از ایمنی بیمار | ۳ | ۳۸ درصد |
| یادگیری سازمانی، بهبود مداوم | ۳ | ۵۷ درصد |
| درک کلی از ایمنی بیمار | ۴ | ۴۵ درصد |
| ارتباطات و آرایه بازخورد در مورد خطاها | ۳ | ۴۷ درصد |
| باز بودن مجاری ارتباطی | ۳ | ۴۱ درصد |
| فراوانی گزارش دهی وقایع | ۳ | ۲۶ درصد |
| کار تیمی ما بین واحدها | ۴ | ۳۴ درصد |
| مسایل کاری مربوط به کارکنان | ۴ | ۲۳ درصد |
| تحویل و تحول در بیمارستان | ۴ | ۴۲ درصد |
| پاسخ غیر تنبیهی در موارد بروز خطا | ۳ | ۵۱ درصد |
| فرهنگ ایمنی کلی | ۴۲ | ۴۳ درصد |

جدول ۴. میزان هم‌بستگی پیرسون بین مولفه‌های فرهنگ ایمنی با خود و فرهنگ ایمنی کلی مطالعه

| O | N | M | L | H | G | F | E | D | C | B | A |
|---|---|---|---|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | | | | | | | | | | - |
| | | | | | | | | | | - | ۰/۰۶۶ |
| | | | | | | | | | - | **۰/۳۶۵ | **۰/۱۶۷ |
| | | | | | | | | | **۰/۲۲۶ | **۰/۱۹۴ | **۰/۲۴۶ |
| | | | | | | | | | **۰/۳۸۰ | **۰/۲۰۶ | **۰/۲۲۷ |
| | | | | | | | | **۰/۲۹۹ | **۰/۲۳۰ | **۰/۱۴۰ | **۰/۲۵۴ |
| | | | | | | | | **۰/۲۳۲ | **۰/۲۲۹ | **۰/۱۷۴ | **۰/۳۴۷ |
| | | | | | **۰/۳۵۰ | **۰/۳۷۰ | **۰/۳۸۸ | **۰/۲۶۶ | **۰/۱۷۴ | **۰/۱۷۴ | **۰/۳۴۷ |
| | | | | | **۰/۱۱۹ | **۰/۱۳۰ | -۰/۰۷۹ | ۰/۰۰۹ | **۰/۲۰۲ | -۰/۰۸۹ | -۰/۰۵۸ |
| | | | | | **۰/۱۳۱ | -۰/۰۹۴ | ۰/۰۱۶ | -۰/۰۵۸ | **۰/۱۳۰ | ۰/۰۵۱ | -۰/۰۲۳ |
| | | | | | ۰/۰۶۹ | **۰/۱۱۷ | **۰/۳۱۲ | **۰/۱۸۸ | **۰/۲۶۴ | **۰/۱۹۳ | **۰/۴۱۱ |
| | | | | | **۰/۳۰۸ | **۰/۱۰۲ | **۰/۱۲۸ | **۰/۱۰۰ | **۰/۱۸۹ | **۰/۱۲۲ | **۰/۲۰۵ |
| | | | | | ۰/۰۸۳ | ۰/۰۴۱ | **۰/۱۳۳ | **۰/۱۹۷ | **۰/۱۶۶ | **۰/۱۴۴ | ۰/۰۸۳ |
| | | | | | **۰/۱۲۵ | **۰/۴۴۱ | **۰/۵۴۸ | **۰/۱۶۳ | -۰/۰۱۱ | **۰/۵۹۲ | **۰/۴۸۶ |
| | | | | | **۰/۴۴۳ | **۰/۴۴۱ | **۰/۵۴۸ | **۰/۱۶۳ | -۰/۰۱۱ | **۰/۵۹۲ | **۰/۴۸۶ |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

A- فراوانی گزارش دهی وقایع B- درک کلی از ایمنی بیمار C- انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار

D- یادگیری سازمانی، بهبود مداوم E- کار تیمی درون واحدی F- باز بودن مجاری ارتباطی G- ارتباطات و آرایه بازخوردها در مورد خطاها H- پاسخ غیر تنبیهی در مورد بروز خطا

L- مسایل کاری کارکنان M- حمایت مدیریت از ایمنی بیمار N- کار تیمی بین واحدها O- تحویل و تحول در بیمارستان T- فرهنگ ایمنی کلی

حجم بالای کار و عدم هماهنگی بین بخش‌ها را بیان می‌کردند. بین میزان ساعات کاری شرکت کنندگان در مطالعه با هیچ کدام از مولفه‌های فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط آماری وجود نداشت. متغیر سابقه استخدام و سابقه کار در بخش با هیچ کدام از مولفه‌های فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط آماری نشان نداد. هم‌چنین بین سطوح مدارک تحصیلی شرکت کنندگان در مطالعه با مولفه‌های

($f=1/0.93$ ، $p=0/366$). مولفه‌های مسایل کاری کارکنان ($f=3/62$ ، $p<0/0.07$) کار تیمی بین واحدها ($f=5/46$ ، $p<0/0.01$) با متغیر رده شغلی شرکت کنندگان مطالعه ارتباط معنی داری داشت، بررسی آماری با آزمون بونفرونی بیان‌گر این بود که کارکنان رده پرستاری به نسبت سایر رده‌های شغلی در مطالعه، به‌طور معنی داری مشکلات بیش‌تری در مورد ناکافی بودن تعداد کارکنان،

جدول ۵. بعضی گویه‌های فرهنگ ایمنی بیمار

| گویه‌ها | کاملاً مخالف و مخالف | | نظری | موافق و کاملاً موافق |
|--|----------------------|-------|------|----------------------|
| | هرگز، گاهی اوقات | ندارم | | |
| اطلاعات مهم در مورد مراقبت از بیمار اغلب به هنگام تغییر شیفت از بین می‌رود (گم می‌شود) | ۳۲/۳ | ۱۸/۳ | ۴۹/۵ | |
| ما از اشتباهاتی که در بخش رخ می‌دهد مطلع می‌شویم | ۳۸ | ۹/۹ | ۵۲ | |
| به ما درباره تغییراتی که بر اساس گزارش‌های حوادث ناخواسته صورت می‌پذیرد، باز خورد داده می‌شود | ۴۱ | ۱۹/۸ | ۳۹ | |
| کارکنان در صورت مشاهده کاری که ممکن است برای بیمار ایجاد مشکل کند آزادانه درباره آن صحبت کنند | ۴۲/۴ | ۱۳/۶ | ۴۴ | |
| کارکنان احساس می‌کنند می‌توانند آزادانه در رابطه با تصمیمات و فعالیت‌های مسوولین سوال کنند | ۵۴/۳ | ۲۰/۶ | ۲۵ | |
| در این واحد تعداد کافی کارکنان، برای انجام کارها وجود دارد | ۵۲/۱ | ۱۶/۲ | ۳۱/۸ | |
| وقتی حادثه‌ای گزارش می‌شود احساس می‌شود که بیش‌تر در رابطه با شخص نوشته می‌شود تا خود مساله | ۲۵/۸ | ۲۵/۹ | ۴۹ | |
| کارکنان احساس می‌کنند همیشه اشتباهاتشان را برایشان نمایان می‌سازند | ۲۱/۹ | ۳۱/۲ | ۴۷ | |
| کارکنان نگرانند که اشتباهاتشان در پرونده کارکنان ثبت شود | ۲۶/۴ | ۱۶/۲ | ۵۷/۳ | |
| افراد در این واحد در کارهایشان به همدیگر کمک می‌کنند | ۱۶ | ۱۴ | ۷۰ | |
| در این واحد کارکنان با احترام با یکدیگر برخورد می‌کنند | ۱۳/۷ | ۲۰/۳ | ۶۵/۷ | |
| ما فعلاً هر کاری انجام می‌دهیم تا ایمنی بیمار را افزایش دهیم | ۱۳/۲ | ۱۶/۵ | ۷۰/۳ | |
| پس از آن‌که به منظور بهبود ایمنی بیمار تغییراتی ایجاد کردیم، اثر بخشی تغییرات را مورد ارزیابی قرار می‌دهیم | ۱۸ | ۲۵/۹ | ۵۶/۱ | |

و مبادله اطلاعات با سایر واحدهای بیمارستان با مشکل مواجه می‌شوند. این یافته همخوان با نتایج دیگر مطالعه انجام گرفته قبلی بود (۱۹).

تنها ۴۳ درصد شرکت کنندگان در مطالعه اخیر، فرهنگ ایمنی کلی محیط کار خود را مثبت ارزیابی کرده اند که نشان از پایین بودن سطح فرهنگ ایمنی بیمار در واحدهای درمانی مورد مطالعه بود. این نتیجه با مطالعه صباحی و همکاران (۱۳۹۰) که به منظور بررسی وضعیت ایمنی بیمار در مراکز درمانی کاشان انجام گرفت، همخوانی داشت (۹) ولی با یافته‌های دیگر مطالعات انجام گرفته در کشور که در آن‌ها سطح ایمنی بیمار در وضعیت بهتری برآورد شده بود، ناهمخوان بود (۱۷، ۱۰). علیرغم سطح پایین فرهنگ ایمنی بیمار و نیز با تاکید بر این مساله که تنها ۴۴ درصد شرکت کنندگان ابراز داشتند که می‌توانند آزادانه درباره کاری که ممکن است برای بیمار مشکل ایجاد کند صحبت کنند، و نیز فقط ۲۵ درصد آنان ابراز داشتند که می‌توانند آزادانه درباره تصمیمات و فعالیت‌های مسوولین از آن‌ها سوال کنند همانند دیگر مطالعات انجام گرفته (۱۰)

فرهنگ ایمنی بیمار در مطالعه اخیر هیچ ارتباط آماری مشاهده نشد. در بررسی بعضی گویه‌های مطالعه مشخص شد که ۴۹/۵ درصد (۱۸۸ نفر) از شرکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند که به هنگام تغییر شیفت اطلاعات مهم بیماران از بین می‌رود (جدول ۵).

بحث

در پژوهش اخیر هیچ تفاوت معنی داری در ارتباط با مولفه‌های فرهنگ ایمنی بین زنان و مردان مطالعه وجود نداشت، که این یافته هم‌سو با نتایج دیگر مطالعات انجام گرفته بود (۱۰، ۹). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، کارکنان رده پرستاری به نسبت دیگر رده‌های شغلی در مولفه‌های مسایل کاری کارکنان و کار تیمی بین واحدی با مشکل مواجهه هستند. آنان بر این باور بودند که کارکنان کافی جهت انجام امور محوله وجود ندارد و آن‌ها مجبور هستند تا حجم بالایی از کار را در حداقل زمان ممکن انجام دهند و نیز بر این باور بودند که هماهنگی خوبی بین واحدهای بیمارستان وجود ندارد و اغلب در هنگام هماهنگی

گزارش اشتباهات رخ داده می‌گردد که نتیجه آن حذف یک منبع با ارزش اطلاعاتی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعدی و عاملی تسهیل کننده برای بروز دوباره همان اشتباهات قبلی می‌باشد (۲۲). فرهنگ سرزنش، مهم‌ترین منبع خطاهای پزشکی و مسبب ارایه کیفیت پایین مراقبت از بیماران می‌باشد (۲۳). فرهنگ سرزنش باعث عدم تمایل به ریسک پذیری و پذیرش مسوولیت اشتباهات به دلیل ترس از انتقادات و یا مجازات‌ها می‌گردد (۲۴). در مطالعه اخیر مولفه فراوانی گزارش دهی بروز خطاها با مولفه‌های مسایل کاری کارکنان و پاسخ غیر تنبیهی در هنگام بروز خطا هم‌بستگی منفی داشت، یعنی هرچه کارکنان با مشکلات کمبود نیروی انسانی کم‌تر مواجهه باشند و نیز ترس کم‌تری از عواقب خطای رخ داده، داشته باشند، میزان فراوانی گزارش دهی، هنگام بروز خطاها افزایش می‌یابد. ویژگی فرهنگ ایمنی متعهد به ارتقاء کیفیت، گزارش مهار نشده حوادث به صورت سریع و انجام تحقیق کافی به صورت رسمی و غیر رسمی در خصوص علل آن حوادث و به اشتراک گذاری و ریشه یابی علل به وجود آمدن واقعه رخ داده می‌باشد (۲۵).

حدود نیمی از شرکت کنندگان در مطالعه اخیر، پاسخ‌های غیر تنبیهی ارایه شده هنگام بروز خطا از سوی مدیریت و مسوولان بیمارستانی را غلط و ناصحیح ارزیابی کرده بودند. علیجان زاده (۱۳۹۳) در مطالعه ای که به بررسی فراوانی انواع خطاهای دارویی و عوامل موثر بر عدم گزارش دهی آنان داشت، نگرانی از برچسب بی کفایتی خوردن و نگرانی از بازتاب پخش خبر اشتباه رخ داده توسط فرد در سایر مراکز درمانی را از جمله مهم ترین علل عدم گزارش دهی اشتباهات رخ داده دانست (۲۲).

تنها ۱۰ درصد آزمودنی‌ها در ارزیابی خود ایمنی بیمارستان‌های محل کار خود را نامناسب (ضعیف و مردود) اعلام کردند که این یافته می‌تواند دلیلی بر بسته بودن جو سازمانی واحدهای مورد مطالعه باشد (۱۰).

مولفه‌های مسایل کاری کارکنان و فراوانی گزارش دهی بروز خطاها به ترتیب با ۲۳ و ۲۶ درصد میانگین مثبت پاسخ دهی، در کم‌ترین سطح و مولفه کار تیمی درون واحدی در بهترین وضعیت قرار داشت. به منظور تبیین این نتایج، در بررسی گویه‌های مسایل کاری کارکنان مشخص شد که ۵۲ درصد شرکت کنندگان معتقد بودند که کارکنان کافی برای انجام کارها وجود ندارد همچنین ۵۹ درصد آنان بیان داشتند که کارها در حالت بحرانی و به صورت کار بیش‌تر و سریع‌تر انجام می‌گیرد. عدم برنامه ریزی صحیح نیروی انسانی سبب پیامدهای وخیمی از قبیل کاهش بهره وری، کاهش کیفیت عمل‌کرد، افزایش غیبت کارکنان (۲۰) و اثرات منفی بر ایمنی بیماران می‌گردد (۲۱). نتایج اخیر هم‌خوان با یافته‌های سایر مطالعات انجام گرفته بود (۱۹، ۲۱).

فراوانی گزارش دهی خطاها یکی از ضعیف ترین مولفه‌های فرهنگ ایمنی بیمار در مطالعه اخیر بود که با مولفه پاسخ‌های غیر تنبیهی در هنگام بروز خطا هم‌بستگی منفی داشت. در بررسی گویه‌های مولفه پاسخ‌های غیر تنبیهی، ۵۷/۳ درصد شرکت کنندگان نگران درج اشتباهات در پرونده کارکنان و ۴۹ درصد معتقد به این بودند که در هنگام گزارش حوادث موارد بیش‌تر در رابطه با شخص نوشته می‌شود تا خود مساله خطا. ترس از سرزنش و توبیخ شدن از سوی مدیران، واکنش همکاران و اقدامات قانونی بعدی ناشی از بروز خطا، باعث عدم

با مولفه پاسخ غیر تنبیهی، همبستگی منفی داشت. کار تیمی بین واحدی دارای بیشترین همبستگی مثبت با فرهنگ ایمنی بیمار بود. رایج مراقبت‌های بهداشتی یک کار تیمی است که در آن رهبری خوب و وجود ارتباطات و هماهنگی سبب افزایش ایمنی بیمار می‌گردد (۳۱) در دیگر مطالعات انجام گرفته نیز بر تاثیر و همبستگی مثبت این مولفه با فرهنگ ایمنی بیمار تاکید شده است (۲۱، ۳۲). ناظران و سرپرستان باید گزارش دهی خطاها را تشویق کنند (۲۱). ترس از گزارش حوادث باعث کاهش فرصت‌های یادگیری می‌شود، لذا مشخص نشدن خطاها باعث می‌گردد که هیچ برنامه عملی برای رفع آن ایجاد نگردد (۲۱). از بین پنج مولفه ذکر شده، چهار مولفه آخر با اعمال مدیریتی در ارتباط بودند که نشان از درجه بالای تاثیر گذاری مدیریت بر فرهنگ ایمنی بیماران در سازمان‌های رایج دهنده خدمات مراقبتی می‌باشد. کنوانسیون طبقه‌بندی اشتباهات درمانی، تنها عوامل انسانی را، مقصر بروز خطاها دانستن، یک اشتباه شکست خورده می‌داند که باید تغییر کند (۳۳). مدیریت به‌جای این‌که در هنگام بروز خطاها با آن برخورد واکنشی داشته باشد سعی در شناسایی اشتباهات و آموزش راه‌های کاهش بروز آن‌ها می‌نماید (۳۴). هم‌چنین سیستم مدیریتی باید بجای فرهنگ انطباقی صرف که در آن مدیران بر کارکنان تحت مدیریت خود نقش نظارتی دارند، به سیستم مشارکتی که در آن کارکنان مشارکت موثرتر و بیش‌تری در تصمیم‌گیری‌های سازمانی دارند تغییر جهت دهد (۲۳).

سازمان‌های رایج دهنده مراقبت‌های بهداشتی باید به‌عنوان یک مجموعه مرتبط و هماهنگ جهت ارتقاء فرهنگ ایمنی بیماران خود را ملزم به رعایت

پیشنهاد‌های بسیاری برای افزایش میزان گزارش دهی رایج شده است که از جمله می‌توان عدم افشای نام گزارش دهنده و محرمانه بودن آن، غیر تنبیهی برخورد کردن و عدم پیگیری قانونی گزارشات را نام برد (۲۶)، در مطالعه‌ای که بر روی علل عدم گزارش دهی خطاها در کادر پرستاری انجام گرفته شده بود، ترس از عواقب حقوقی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین علل آن ذکر گردیده بود (۲۷).

پایین بودن سطح مشارکت کارکنان و عدم توجه به پیشنهادات آنان (۲۵ درصد) برای تصمیم‌گیری در خصوص بهبود ایمنی بیماران به‌همراه سطح پایین مجاری باز ارتباطی (۴۱ درصد) بین کارکنان با مجموعه مدیران بیمارستانی در مطالعه اخیر، نشان از وجود نقص جدی در سیستم مدیریتی است. تحقیقات مشخص ساخته که بالا بودن قابلیت اطمینان در یک واحد بهداشتی از طریق باز بودن خطوط ارتباطی و اشتراک گذاری اطلاعات حساس به‌صورت بدون قید و شرط، بین سلسله مراتب آن سنجیده می‌شود (۲۸). اگر سیستم مجال خوبی برای رایج گزارشات حوادث فراهم نکند، فراوانی گزارش‌دهی اشتباهات از سوی کارکنان آن سازمان کاهش می‌یابد (۲۹). لذا برای رفع این معضل مدیریت می‌تواند حمایت خود از ایمنی بیمار را با حفظ کانال‌های باز ارتباطی با کارکنان، آموزش و تقویت آنان (یادگیری سازمانی) برای شناسایی خطرات و برجسته نمودن ایمنی بیمار به‌عنوان یک مسوولیت مشترک و سازمانی ارتقاء دهد (۳۰).

فرهنگ ایمنی در مطالعه اخیر با مولفه‌های کار تیمی درون واحدی، انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار، ارتباطات و رایج بازخورد در مورد خطاها و حمایت مدیریت از ایمنی بیمار بیش‌ترین همبستگی مثبت آماری و

نیست، بلکه به‌طور عمده به علل سیستمیک بروز خطاها مرتبط می‌باشد. لذا سیستم مدیریتی باید از فرهنگ انطباقی صرف کارکنان که در آن مدیران نقش نظارتی بر عهده دارند به سوی سیستم مشارکتی کارکنان و مشارکت بیشتر آنان در تصمیم‌گیری‌ها تغییر روش دهد. برای نیل به این هدف مدیریت واحد باید اقداماتی از قبیل مهیا کردن زمینه ابراز اشتباهات رخ داده از سوی کارکنان، تعهد به باز نگه داشتن جو سازمانی، ایجاد فرهنگ گفت و گو و گزارش دهی خطاها به منظور بازشناسی بیشتر آن‌ها برای ارتقاء سطح فرهنگ ایمنی بیماران را انجام دهد.

≡ تشکر و قدردانی

معاونت محترم تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه که منابع مالی این تحقیق را فراهم نمودند و نیز از ریاست و کارکنان محترم مراکز آموزشی درمانی و مشارکت کنندگان در این تحقیق کمال تشکر و قدر دانی به‌عمل می‌آید.

≡ REFERENCES

- 1-Edwin .Chandrarahan, Sabaratnam. Arulku-
maran. Clinical governance. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine. July 2007
;Volume 17 (Issue 7): 222-4
- 2- Abdi Zh, Maleki MR, Khosravi A. Perceptions
of patient safety culture among staff of selected
Hospitals affiliated to Tehran University of Medical
Sciences. Payesh. 2011; 10(4): 411-9[Persian]
- 3- Bates D. (2010). Patient safety research in-
troduitory course Session 1. What is patient
safety? Geneva:WorldHealthOrganization.
Available from: <http://www.who.int/patient->

هفت گام اساسی، ایجاد فرهنگ ایمنی در سازمان، رهبری و حمایت از افراد مرتبط با بیماران، متمرکز کردن فعالیت‌های مدیریت بحران، ترویج گزارش دهی در بین کارکنان، درگیری و ارتباط مستقیم با بیماران و عموم مردم، یادگیری و به اشتراک گذاری درس‌های ایمنی و پیاده سازی راه‌حل‌های مناسب برای جلوگیری از آسیب‌های احتمالی و شناخته شده بنمایند(۳۴).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی از نظر عدم تعیین روابط علل و معلولی بود. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اجرای پژوهش‌های مداخله‌ای مد نظر پژوهش‌گران قرار گرفته و به بررسی بیشتر در خصوص اثر گذاری نقش کمیته‌های ارزیابی فرهنگ ایمنی در هر واحدهای درمانی به‌خصوص در مجاب کردن سطوح مدیریتی در ایجاد رویه‌های ذکر شده بالا توجه شود.

≡ نتیجه گیری

برآورد کلی نشان داد، که ارتقاء فرهنگ ایمنی بیماران تنها مرتبط با کارکنان یک واحد درمانی

- safety/research/ps_online_course_session1_ intro_1in1_english_2010_en.pdf. accessed 26
March 2014)
- 4- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R,
Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse
Events Study: the incidence of adverse events
among hospital patients in Canada. Can Med
Assoc J 2004;170:1678-86.
- 5- Pham JC, Aswani MS, Rosen M, Lee H, Hud-
dle M, Weeks K, et al. Reducing medical er-
rors and adverse events. Annu Rev Med.
2012;63:447-63.

- 6- Najafi H. Medication prescription error is one of the most common errors in medical professional. Proceedings of the First International Congress Forensic Medicine; 2009 May 25-27; Tehran, Iran; 2009 [Persian]
- 7- Joolae S, Hajibabae F, Peyrovi H, Haghani H, Bahrani, N .The relationship between incidence and report of medication errors and working conditions. International nursing review.2011; 58.1: 37-44
- 8-Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations.Quality and Safety in Health Care. 2003;12(suppl 2):ii17-ii23.
- 9-Beedgoli S M , Shahri S , Kebriaee A , Seyedi HR , Sarafraz Z . Patient safety climate in medical centers of Kashan. JHPM. 2012; 1 (1) :62-72[Persian]
- 10-Baghaee R, Nourani D, Khalkhali H, Pirnejad H. Evaluating patient safety culture in personal of academic Hospitals in Urmia university of medical sciences in 2011. 2012;10(2):155-64 [Persian]
- 11- Mohebi Far R, Alijan zade F, Safari Variani A, Khoshtarkib H, Ghanati E, Teymouri F, Zakaria Kiaei M; Ziaeiha . Studying patient safety culture from the viewpoint of staffs in educational hospitals in Tehran City. JHSW 2015, 5(1): 57-64 [Persian]
- 12- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001
- 13-Bigham BL, Buick JE, Brooks SC, Morrison M, Shojanian KG, Morrison LJ. Patient safety in emergency medical services: a systematic review of the literature.Prehosp Emerg Care 2012 Jan;16:20-35.
- 14- Kalra J, Karla N, Baniak N. Medical error, disclosure and patient safety: A global view of quality care. Clinical Biochemistry.2013;46: 1161-9
- 15- Pronovost PJ, Weast B, Holzmuller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB ea. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. Qual Saf Health Care. 2003; 12:405-10
- 16-Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. Int J Qual Health Care. 2009 Oct;21(5):348-55.
- 17- Ebadi fard azar F, Rezapoor A, Tanoomand Khoushehmehar A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. Study of patients'safety culture in Selected Training hospitals affiliated with Tehran university of medical sciences. Journal of Hospital. 2012; 2(12):55-64 [Persian]
- 18- Moghri J, Ghanbarnezhad A, Moghri M, Rahimi Forooshani A, Akbari Sari A, Arab M. Validation of Farsi version of hospital survey on patient Safety culture questionnaire, using confirmatory factor analysis method. Journal of Hospital. Winter 2012; 12(2) :19-30 [Persian]
- 19- Arshadi Bostanabad M, Jebreili M, kargari Rezapour M. Patient safety culture assessment in neonatal intensive care units of tabriz from the perspective of nurses in 2013. Iranian Journal of Nursing Research. Autumn 2015; Vol 10 No.3 (Serial 38):26-35[Persian]
- 20- Tosi MA, Saebi M. [Translation of Personnel and human resource management in canada]

- Shimon L Dolan, Randall S. Schuler (Author). Tehran: Agah Publications. 2014; 738 [Persian]
- 21- Amarapathy M, Sridharan S, Perera R, Handa Y. Factors Affecting Patient Safety Culture In A Tertiary Care Hospital In Sri Lanka. International Journal of Scientific & Technology Reserch. March 2013; Volume2, Issue 3.
- 22- Alijanzadeh M, Mohebifar R, Azadmanesh Y, Faraji M. The Frequency of Medication Errors and Factors Influencing the Lack of Reporting Medication Errors in Nursing at Teaching Hospital of Qazvin University of Medical Sciences 2012. Journal of Health. 2015; 6 (2) : 169-179 [Persian]
- 23- Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. Health Care Manage Rev. 2009 Oct-Dec; 34:312-22
- 24- Morrison AL, Beckmann U, Durie M, Carless R, Gillies DM. The effects of nursing staff inexperience (NSI) on the occurrence of adverse patient experiences in ICUs. Aust Crit Care 2001; 14:116-21
- 25- Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. Qual Saf Health Care. 2007;16:313-20
- 26- Liu BA, Knowles SR, Mittmann N, Einarson T, Shear NH. Reporting of fatal adverse drug reactions. Can J Clin Pharmacol 2001;8:84-8.
- 27- Fein S, Hilborne L, Singer MK. A Conceptual model for disclosure of medical errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, editors. Advances in patient safety: from research to implementation. Texas, AP: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005
- 28- Bagian JP. Patient safety: lessons learned. Pediatr Radiology. April 2006; 36(4):287-290
- 29- Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M: Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. Qual Saf Health Care. 2006; 15:39-43
- 30- Hudson P: Applying the lessons of high risk industries to health care. Qual Saf Health Care. 2003; 12(1):i7-i12
- 31- Nabilah H, Mohd Idris O, Eliana M, Roslinah A, Aishah A B, Noriah B, et al. Do we communicate openly in healthcare delivery?. International Journal of Current Research and Academic Review. October 2014; Special Issue-1,30-37.
- 32- Armellino. Structural empowerment and Patient safety culture of Nursus working in Critical care Units. New York. 2010
- 33- Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. Qual Saf Health Care 2003;12:405-10.
- 34- Seven steps to patient safety in general practice, National Patient Safety Agency. Available at: <http://www.npsa.nhs.uk/nrls>. Accessed 01 June 2009.

Assessing elements of patient safety culture in Kermanshah health care and educational centers

*Siros Kabodi*¹, *Masoud Ghanbari*^{2*}, *Hossien Ashtarian*³, *Farahnaz Bagheri*⁴, *Elahe Ajamin*⁵

¹ M.Sc., Center of Excellence for Community Oriented Medicine Education, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

² Ph.D., Research Center for Environmental Determinants of Health (RCEDH), Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

³ Ph.D., Department of Health Education, School of Health Sciences, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

⁴ M.Sc., Deputy of Education, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

⁵ Expert Midwife, Kermanshah City Health Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Abstract

Introduction: Annually, many accidents and preventable events happen for the patients hospitalized in treatment centers. Therefore, the related causing factors should be recognized in order to reduce the medical errors. Accordingly, the present study aimed to assess the relationship between patient's safety culture elements and medical errors and also the ways to tackle them.

Material and Method: This cross-sectional study was conducted among 380 employees working in the education and treatment centers affiliated with Kermanshah University of Medical Sciences in 2015. The hospital version of patient safety culture questionnaire was used for data collection. Data were analyzed by SPSS software, version 19 using different statistical tests including multivariate analysis of variance and Pearson's correlation.

Result: The patient safety culture was at an undesirable level in the study centers. Of the elements related to safety culture, the lowest positive scores belonged to 'issues related to employees', and 'reporting' with scores of 23% and 26%, respectively. On the other hand, 'team working in the organizations' (59%) and 'organizational learning' (57%) obtained the highest positive scores. Fifty-eight percent of the respondents did not report any errors.

Conclusion: The results of present study emphasize on creating a desirable organizational atmosphere, the need for staff participation in various levels of decision making, and creating the culture of reporting errors in order to recognize the causing factors and to promote patient safety culture.

Keywords: *Hospital Safety, Patient Safety Culture, Patient Safety*

* Corresponding Author Email: mghanbari@kums.ac.ir