

doi: 10.22034/8.2.197

## مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۰/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۸/۲/۲۸

## مجله بهداشت و توسعه

سال هشتم / شماره ۲ / تابستان ۱۳۹۸

## بررسی نقاط قوت و ضعف فرهنگ ایمنی بیمار: مطالعه موردی بیمارستان

## امام رضا (ع) کرمانشاه

مرضیه جعفرپناه<sup>۱</sup>، بهروز رضائی<sup>۲</sup>

## چکیده

**مقدمه:** امروزه بررسی و تقویت فرهنگ ایمنی بیمار به طور گسترده مورد توجه سازمان‌های مراقبتی قرار گرفته است و اولین مرحله از ارتقای ایمنی بیمار، ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار است؛ لذا مطالعه حاضر با هدف شناسایی نقاط قوت و ضعف فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران انجام شد.

**روش‌ها:** در این پژوهش مقطعی، توصیفی-تحلیلی، نمونه‌ای در دسترس شامل ۲۱۴ نفر از پرستاران بیمارستان آموزشی امام رضا (ع) کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ انتخاب شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان (HSOPSC) به روش خودگزارش‌دهی در ۱۲ حیطه جمع‌آوری شد و با آزمون‌های من ویتنی یو و کروسکال - وایس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

**نتایج:** حیطه یادگیری سازمانی - بهبود مداوم با کسب ۷۵/۸۶٪ امتیاز مثبت، نقطه قوت فرهنگ ایمنی بیمار بود. درحالی‌که حیطه‌های ارائه بازخورد به خطاها (۴۵/۶۴٪)، تناوب گزارش‌دهی وقایع (۴۱/۷۰٪)، مسائل کاری کارکنان (۲۷/۳۳٪)، باز بودن مجاری ارتباطی (۲۴/۶۳٪) و پاسخ غیر تنبیهی به خطاها (۱۵/۵۹٪) نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیمار بودند. امتیاز کلی فرهنگ ایمنی بیمار در سطح نامطلوب (۴۸/۹۳٪) و نیازمند ارتقاء بود. فرهنگ ایمنی با متغیرهای فردی پرستاران رابطه معنی‌داری نداشت ( $P > 0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های مطالعه، فرهنگ ایمنی به ویژه در حیطه‌های باز بودن مجاری ارتباطی، پاسخ غیرتنبیهی به خطاها و مسائل کاری کارکنان در سطح مطلوبی نبوده و نیازمند مداخلات مدیریتی جهت بهبود است. ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار می‌تواند زمینه تدارک مراقبت‌های ایمن و با کیفیت را فراهم آورد.

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

## مقدمه

ناگواری است که ممکن است حین ارائه خدمات به بیماران آسیب رساند (۴). از طرفی تقویت فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان یک عامل مهم در بهبود کیفیت مراقبت شناخته شده است (۳) و امروزه به طور گسترده‌ای مورد توجه سازمان‌های مراقبتی قرار گرفته است (۳،۵). بر اساس الگوی آژانس ملی ایمنی بیمار انگلستان، ایجاد فرهنگ ایمنی به عنوان اولین

اقدامات درمانی یکی از پرخطرترین فعالیت‌ها در عرصه ارائه خدمات است (۱) و این واقعیت سبب شده تا ایمنی بیماران به عنوان یکی از نگرانی‌های سلامت در جهان مطرح شود (۲). ایمنی بیمار، بخشی حیاتی در کیفیت مراقبت‌های سلامتی است (۳) و به معنای پیشگیری و کاهش وقوع حوادث و پیامدهای

۱- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فلاورجان، اصفهان، ایران.

Email: beh.rezaei@gmail.com

نویسنده‌ی مسئول: بهروز رضائی

آدرس: اصفهان، فلاورجان، بلوار دانشگاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، دانشکده پرستاری و مامایی تلفن: ۰۳۱۳۷۴۲۰۱۳۵ فاکس: ۰۳۱۳۷۴۳۲۶۰۱

گام جهت دستیابی به ایمنی بیمار معرفی شده است (۶). فرهنگ ایمنی به صورت مجموعه‌ای از ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای مشترک کارکنان در توجه به ایمنی بیماران و پذیرش و به‌کارگیری آن به عنوان نخستین اولویت سازمان تعریف شده است (۷،۸).

فرهنگ ایمنی مثبت، شرط کلیدی برای حفظ و ارتقای ایمنی است و رفتارهای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را به گونه‌ای هدایت می‌کند تا ایمنی بیمار را به یکی از بالاترین اولویت‌های سازمانی تبدیل نماید (۵،۹). از این رو باید در نظر داشت اساسی‌ترین مانع برای ارتقای مراقبت ایمن، فقدان فرهنگ ایمنی مثبت، است (۱۰). سازمان‌های با فرهنگ ایمنی مثبت بر پایه ارتباطات مطلوب و اعتماد متقابل بین کارکنان بنا شده و با درک مشترک از اهمیت ایمنی و اثربخشی اقدامات پیشگیرانه شناخته می‌شوند (۱). فرهنگ ایمنی یک مفهوم چندبعدی است که از مهم‌ترین ابعاد آن می‌توان تعهد مدیریت برای ایمنی، ارتباطات باز مبتنی بر اعتماد، آموزش ایمنی، کار گروهی، اعتقاد مشترک در مورد اهمیت ایمنی و برخورد غیرتنبیهی با حوادث ناخواسته و خطاها را نام برد (۱۱،۱).

اکثر پژوهش‌های گذشته حاکی از نامناسب بودن وضعیت ایمنی در مراقبت از بیماران بوده و بر بهبود فرآیندها و رویه‌های درمانی تأکید دارند (۳،۴،۱۲،۱۳). در بیشتر این مطالعات ضعف فرهنگ ایمنی در حیطه‌های انتقال و گزارش‌دهی، پاسخ غیرتنبیهی به خطاها و مسائل کاری کارکنان، کار تیمی بین واحدها و حمایت مدیریت از ایمنی گزارش شده است (۱،۶،۱۳،۱۴). Reis و همکاران در مرور سیستماتیک خود نشان دادند که فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها، عمدتاً ضعیف یا توسعه نیافته بوده و نیازمند بهبود بوده است (۳). درحالی‌که در مطالعه

Patel و Wu بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان در مطالعه درک مثبتی از فرهنگ ایمنی بیمار داشتند (۲). از طرفی یافته‌های مطالعه صلواتی و همکاران نشان داد نقاط قوت فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های آموزشی و خصوصی، مربوط به یادگیری سازمانی و پاسخ غیر تنبیهی به خطاها بود؛ اما نقطه ضعف فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های آموزشی، مربوط به ارائه بازخورد به خطاها بود. درحالی‌که در بیمارستان‌های خصوصی مربوط به انتقال و تبادل اطلاعات بیمار بود (۵).

از سوی دیگر بهبود ایمنی تنها یک موضوع بالینی نبوده و با ابعاد سازمانی هم مرتبط است (۱۳) و از طریق مداخلات چندجانبه در همه ابعاد فرهنگ سازمانی امکان‌پذیر است (۱۱). صاحب‌نظران معتقدند که بیمارستان‌ها به منظور ارتقای کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها، بایستی همگام با مداخلات ساختاری در سازمان، فرهنگ ایمنی بیمار را نیز در میان کارکنان خود حکم‌فرما سازند (۱۶-۱۳)؛ لذا ارزیابی فرهنگ ایمنی بایستی به طراحی راهبردهای بهبود فرهنگ ایمنی در سراسر بیمارستان منجر شود (۳) چرا که بهبود فرهنگ ایمنی با ارتقای مراقبت‌های ایمن و نتایج مطلوب بیمارستانی همراه است (۱،۳). تحقیقات گذشته نیز نشان می‌دهد بیمارستان‌هایی که در آن‌ها فرهنگ ایمنی مثبت‌تری حکم‌فرماست، عملکرد بهتری داشته و میزان بروز حوادث در آن‌ها کمتر و رضایت بیماران بالاتر بوده است (۱۹-۱۷،۳). برای مثال مطالعه Sammer و همکاران نشان داد زمانی که یک فرهنگ ایمنی مثبتی در بیمارستان حاکم است، کارکنان در اقدامات ایمنی مشارکت بیشتری داشته و بیماران رضایت و تجربه مثبت‌تری از مراقبت‌ها دارند و احتمال بروز علل تهدید کننده

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی، توصیفی - تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه بود. نمونه‌ای به تعداد ۲۱۴ نفر با استفاده از فرمول کوکران ( $N=470$ ,  $Z=1/95$ ,  $P=0/5$ ,  $d=0/05$ ) و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از میان پرستاران این بیمارستان در سال ۱۳۹۵ انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل نسخه فارسی پرسشنامه پیمایش بیمارستان در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار (Hospital Survey on Patient Safety Culture) HSOPSC بود که به شیوه خودگزارش‌دهی تکمیل شد. اطلاعات دموگرافیک نیز شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، بخش محل کار، سابقه کار و رده شغلی (پرستار بالین، سرپرستار، سوپروایزر) بودند.

پرسشنامه استاندارد فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان به وسیله آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت در سال ۲۰۰۴ طراحی گردیده است و یک ابزار اثربخش برای سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های کشورهای مختلف است. این پرسشنامه دارای ۴۲ گویه است که فرهنگ ایمنی بیمار را در ۱۲ حیطه ارزیابی می‌کند (۲۲، ۳، ۱۵). این ۱۲ حیطه از هفت سطح بخشی شامل انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ارتقاء ایمنی بیمار (۴ گویه)، یادگیری سازمانی - بهبود مداوم (۳ گویه)، کار تیمی درون واحدها (۴ گویه)، باز بودن مجاری ارتباطی (۳ گویه)، ارائه بازخورد به خطاها (۳ گویه)، پاسخ غیر تنبیهی به خطاها (۳ گویه)، مسائل کاری مربوط به کارکنان (۴ گویه) و سه سطح بیمارستانی شامل: حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (۳

ایمنی بیماران به حداقل می‌رسد (۱۹). در مطالعه رواقی و همکاران نیز در بیمارستان‌هایی که امتیاز کلی فرهنگ ایمنی بیمار از دید ارائه‌دهندگان مراقبت بالاتر بود، بیماران خطاهای کمتری را تجربه کرده بودند. به علاوه وقتی از دید ارائه‌دهندگان مراقبت، انتقال و تبادل اطلاعات بیماران در بیمارستان، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار و تناوب گزارش‌دهی حوادث بهتر بود، بیماران خطاهای کمتری را تجربه کرده بودند (۴). بنابراین ضروری است مدیران بیمارستانی به منظور کاهش خطاهای مراقبتی تلاش بیشتری برای ارتقای فرهنگ ایمنی داشته باشند (۱۸، ۲۰).

از طرف دیگر، دیدگاه و عملکرد پرستاران از مهم‌ترین عوامل ارتقاء ایمنی بیمار و کلید اساسی در این زمینه محسوب می‌گردد (۱۶). در این راستا، بررسی دیدگاه پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه مراقبتی حائز اهمیت است (۱). در سال‌های اخیر در پاسخ به وقوع روزافزون خطاهای پزشکی و افزایش توجه افکار عمومی، وزارت بهداشت موضوع ایمنی بیمار را در اولویت برنامه‌های خود قرار داده است و همواره از تلاش‌هایی که در این زمینه صورت می‌گیرد، حمایت می‌کند (۲۱). از آنجایی که اولین مرحله از طرح ارتقای ایمنی بیمار، ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان است، بررسی دیدگاه پرستاران در جهت کشف نقاط قوت و ضعف و برنامه‌ریزی انجام مداخلات مناسب مدیریتی از اهمیت زیادی برخوردار است؛ لذا مطالعه حاضر با هدف شناسایی نقاط قوت و ضعف فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران در بزرگ‌ترین بیمارستان آموزشی غرب کشور انجام شد.

گویه)، کار تیمی بین واحدها (۴ گویه)، تحویل و تحول در بیمارستان (۴ گویه) و دو بخش پیامدی شامل درک کلی از ایمنی بیمار (۴ گویه) و فراوانی گزارش‌دهی خطاها (۳ گویه) تشکیل شده است. در حیطه‌های سطح بخشی، درک پاسخگویان از فرهنگ ایمنی در درون واحد یا بخش آن‌ها ارزیابی می‌شود (۲۳). پاسخ سؤالات در مقیاس لیکرت پنج رتبه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم / همیشه تا هرگز) است. گزینه‌های کاملاً موافق، موافق / و همیشه و اغلب اوقات برای سؤالات مثبت به عنوان پاسخ‌های مثبت، گزینه بدون نظر به عنوان پاسخ خنثی و گزینه‌های کاملاً مخالف و مخالف / هرگز و به ندرت برای سؤالات منفی به عنوان پاسخ مثبت در نظر گرفته می‌شود. امتیاز هر حیطه برابر با میانگین درصد پاسخ‌های مثبت آن حیطه است. برای هر فرد درصد پاسخ‌های مثبت در هر حیطه محاسبه و سپس میانگین پاسخ مثبت تمام شرکت‌کنندگان محاسبه شد (۱۶). ضمناً میانگین کل امتیازات فرهنگ ایمنی با محاسبه معدل میانگین پاسخ مثبت حیطه‌های دوازده‌گانه پرسشنامه به دست آمد.

حیطه‌هایی که دارای درصد پاسخ مثبت بالاتر از ۷۵٪ هستند به عنوان نقاط قوت، ابعادی که درصد پاسخ مثبت آن‌ها بین ۵۰ تا ۷۵ درصد باشد به عنوان ابعاد قابل قبول و ابعادی که درصد پاسخ مثبت آن‌ها پایین‌تر از ۵۰٪ باشد به عنوان ابعاد ضعیف در نظر گرفته می‌شود (۵). در مطالعات گذشته روایی سازه نسخه فارسی پرسشنامه فرهنگ ایمنی با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی تأییدی، همبستگی درونی و همبستگی بینابینی و پایایی آن به روش آزمون مجدد و با ضریب آلفای ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ تأیید شده است (۲۶-۲۲، ۱۶).

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ها در طی یک هفته در نوبت کاری مختلف بین پرستاران مورد مطالعه توزیع شد و پس از تکمیل در همان روز جمع‌آوری گردید. شرایط ورود به مطالعه شامل حداقل شش ماه سابقه کار بالینی، داشتن مدرک کارشناسی و یا کارشناسی ارشد پرستاری و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. تعداد ۱۱ پرسشنامه ناقص تکمیل شده بود که از مطالعه خارج شد.

تشریح اهداف طرح و کسب رضایت آگاهانه از پرستاران برای شرکت در طرح، بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها، محرمانگی اطلاعات و آزادی شرکت‌کنندگان برای ورود و خروج از طرح در هر مرحله‌ای، اخذ تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه (IR.MUI.REC.1395/20/4) از ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹، در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های آماری فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی برای بررسی نرمالیتی داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های من ویتنی-یو، کروسکال - والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

### نتایج

نرخ تکمیل پرسشنامه‌ها ۹۴/۸۶ درصد (۲۰۳ نفر) بود. اکثریت شرکت‌کنندگان (۷۸/۸ درصد) را پرستاران زن و بیش از نیمی از آن‌ها (۵۲/۷ درصد) مجرد بودند. همچنین ۸۷/۷ درصد افراد مورد مطالعه دارای

تحصیلات کارشناسی پرستاری بودند (جدول ۱). سال و میانگین سابقه کار آن‌ها  $3/59 \pm 5/68$  سال بود. میانگین سنی پرستاران مورد مطالعه  $31/64 \pm 6/05$

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک پرستاران مورد مطالعه

متغیرها	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۴۳	۲۱/۲
زن	۱۶۰	۷۸/۸
تاهل		
مجرد	۱۰۷	۵۲/۷
متاهل	۹۳	۴۵/۸
مطلقه	۳	۱/۵
سن		
کمتر از ۳۰	۹۳	۴۵/۸
۳۱-۴۰ سال	۹۱	۴۴/۸
بیشتر از ۴۰	۱۹	۹/۴
تحصیلات		
کارشناسی	۱۷۸	۸۷/۷
کارشناسی ارشد	۲۵	۱۲/۳
سابقه خدمت		
کمتر از ۵ سال	۱۰۰	۴۹/۳
۵-۱۰ سال	۹۵	۴۶/۸
بیشتر از ۱۰ سال	۸	۳/۹
رده شغلی		
سوپروایزر	۳	۱/۵
سرپرستار	۳	۱/۵
جانشین سرپرستار	۱۰	۴/۹
پرستار	۱۸۷	۹۲/۱

شناخته شد. از طرفی حیطه‌های ارائه بازخورد به خطاها، تناوب گزارش‌دهی وقایع، مسائل کاری مربوط به کارکنان، باز بودن مجاری ارتباطی و پاسخ غیر تنبیهی به خطاها، امتیاز کمتر از ۵۰ درصد داشته و به عنوان نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیمار در نظر گرفته شد. فرهنگ ایمنی بیمار در سایر حیطه‌ها از دیدگاه پرستاران در سطح قابل قبول بود (جدول ۲). علاوه بر این از دیدگاه بیش از نیمی از پرستاران مورد مطالعه (۵۴/۷ درصد)، وضعیت کلی ایمنی بیمار در بیمارستان مورد مطالعه در سطح قابل قبول بود.

یافته‌های حاصل از امتیازات پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار نشان داد که میانگین درصد پاسخ مثبت کل ابزار ۴۸/۹۳ درصد بود و بر اساس شیوه تفسیر ابزار، فرهنگ کلی ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در سطح نامطلوب و نیازمند ارتقاء ارزیابی شد. از طرفی حیطه یادگیری سازمانی - بهبود مداوم بالاترین (۷۵/۸۶ درصد) و حیطه پاسخ غیر تنبیهی به خطاها پایین‌ترین (۱۵/۵۹ درصد) میانگین درصد پاسخ مثبت را داشت. بر اساس رتبه‌بندی امتیازات پرسشنامه، حیطه یادگیری سازمانی - بهبود مداوم در سطح مطلوب بوده و به عنوان تنها نقطه قوت فرهنگ ایمنی بیمار

جدول ۲: نقاط قوت و ضعف فرهنگ ایمنی بیمارستان از دیدگاه پرستاران بر اساس میانگین پاسخ مثبت

حیطه‌ها	تعداد سؤالات	میانگین پاسخ مثبت	رتبه حیطه	نقطه قوت/قابل قبول/نقطه ضعف
کار تیمی درون واحدها	۴	۶۶/۶۲	۲	قابل قبول
انتظارات و اقدامات مدیر در جهت ارتقاء ایمنی بیمار	۴	۶۱/۶۹	۳	قابل قبول
حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۳	۵۵/۳۳	۶	قابل قبول
یادگیری سازمانی - بهبود مداوم	۳	۷۵/۸۶ <sup>oo</sup>	۱	قوت
درک کلی از ایمنی بیمار	۴	۵۷/۱۴	۴	قابل قبول
ارائه بازخورد به حوادث و خطاها	۳	۴۵/۶۴ <sup>o</sup>	۸	ضعف
باز بودن مجاری ارتباطی	۳	۲۴/۶۳ <sup>o</sup>	۱۱	ضعف
تناوب گزارش دهی حوادث	۳	۴۱/۷۰ <sup>o</sup>	۹	ضعف
کار تیمی بین واحدها	۴	۵۰/۰	۷	قابل قبول
مسائل کاری مربوط به کارکنان	۴	۲۷/۳۳ <sup>o</sup>	۱۰	ضعف
انتقال و تبادل اطلاعات بیمار	۴	۵۶/۸۹	۵	قابل قبول
پاسخ غیرتنبیهی به خطاها	۳	۱۵/۵۹ <sup>o</sup>	۱۲	ضعف
نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار	۴۲	۴۸/۹۳ <sup>o</sup>		

<sup>o</sup> میانگین درصد کمتر از ۵۰ درصد

<sup>oo</sup> میانگین درصد بیشتر از ۷۵ درصد

با توجه به توزیع غیرنرمال داده‌ها ( $Z=0/066$ )، نشان داد نمرات فرهنگ ایمنی با متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه خدمت و رده شغلی پرستاران رابطه معنی‌داری نداشت ( $P>0/05$ ).

با توجه به توزیع غیرنرمال داده‌ها ( $Z=0/066$ )، به منظور بررسی ارتباط نمرات فرهنگ ایمنی با متغیرهای فردی و شغلی پرستاران از آزمون‌های ناپارامتریک من ویتنی یو و کروسکال - والیس استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها در جدول ۳

جدول ۳: رابطه نمرات فرهنگ ایمنی با متغیرهای فردی و شغلی پرستاران مورد مطالعه

متغیرها	طبقات متغیر	میانگین رتبه	آماره آزمون	P-value
جنسیت	مرد	۱۰۲/۹۴	-۰/۱۱۹	۰/۹۰۶
	زن	۱۰۱/۷۵		
تأهل	مجرد	۱۰۵/۲۲	۲/۳۶	۰/۳۰۶
	متأهل	۹۹/۸۱		
	جدا شده	۵۵/۱۷		
گروه سنی	کمتر از ۳۰ سال	۱۰۸/۵۶	۲/۸۰	۰/۲۴۶
	۳۱-۴۰ سال	۹۴/۳۸		
	بیشتر از ۴۰	۱۰۶/۳۹		
تحصیلات	کارشناسی	۱۰۲/۶۶	-۰/۴۲۸	۰/۶۶۹
	کارشناسی ارشد	۹۷/۳۰		
سابقه خدمت	کمتر از ۵ سال	۱۰۱/۳۱	۰/۰۲۸	۰/۹۸۶
	۵-۱۰ سال	۱۰۲/۷۱		
	بیشتر از ۱۰ سال	۱۰۲/۱۹		
رده شغلی	سوپروایزر	۱۲۱/۰۰	۳/۱۹	۰/۳۶۲
	سرپرستار	۱۵۷/۶۷		
	جانشین سرپرستار	۱۰۶/۷۵		
	پرستار	۱۰۰/۵۵		

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقاط قوت و ضعف فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه انجام شد. بر اساس یافته‌ها، حیطه‌های ارائه بازخورد به خطاها، باز بودن مجاری ارتباطی، تناوب گزارش‌دهی خطاها، مسائل کاری کارکنان و پاسخ غیرتنبیهی به خطاها از نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیمار شناخته شدند که نیازمند بهبود بودند. به ویژه دو حیطه پاسخ غیرتنبیهی به خطاها و باز بودن مجاری ارتباطی که کمترین امتیاز را داشتند. در مقابل حیطه یادگیری سازمانی - بهبود مداوم بالاترین امتیاز را کسب نموده و به عنوان تنها نقطه قوت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان مورد مطالعه شناخته شد.

بر اساس یافته‌های مطالعه، نقطه قوت فرهنگ ایمنی در بیمارستان مورد مطالعه مربوط به حیطه یادگیری سازمانی - بهبود مداوم بود. همسو در اکثر مطالعات داخلی و خارجی قوی‌ترین حیطه فرهنگ ایمنی بیمار مربوط به حیطه‌های «یادگیری سازمانی و بهبود مداوم» و «کار تیمی درون واحدها» بوده است (۳۳-۲۳، ۲۷، ۲۱، ۱۳، ۵-۳). در مرور سیستماتیک Reis و همکاران در مقالات فرهنگ ایمنی بیمار در ۲۱ کشور جهان و نیز در مطالعه Badr و همکاران در بیمارستان‌های خصوصی کویت، حیطه‌های کار تیمی درون بخش‌ها و یادگیری سازمانی - بهبود مداوم از قوی‌ترین ابعاد فرهنگ ایمنی گزارش شده است (۳، ۲۷). همچنین در مطالعه Famolaro و همکاران که در میان تعدادی از بیمارستان‌های آمریکا در سال ۲۰۱۶ انجام گرفت، حیطه یادگیری سازمانی بیشترین امتیاز مثبت را کسب نمود (۳۴). این یافته‌ها با مطالعه حاضر همسو است. در مطالعه ارشدی

بستان‌آباد و همکاران حیطه انتظارات مدیریت در جهت ارتقای ایمنی (۳۵) و در مطالعه مؤمنی و همکاران، حیطه تناوب گزارش‌دهی حوادث (۲۱) و در مطالعه صابر و همکاران، حیطه حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (۳۶) به عنوان نقاط قوت فرهنگ ایمنی گزارش شده است که همسو با نتیجه مطالعه حاضر نیست. تفاوت یافته‌ها احتمالاً به دلیل اختلاف در برنامه‌ها و فعالیت‌های مرتبط با فرهنگ ایمنی بیمارستان در محیط‌های مورد مطالعه و تفاوت در دیدگاه‌های افراد مورد مطالعه است.

باید توجه داشت که یکی از شیوه‌های مهم در بهبود فرهنگ ایمنی بیمار یادگیری فردی و سازمانی و کسب تجربه از خطاهایی است که در بیمارستان روی داده است، روشن است که این موضوع نیازمند رهبری مناسب در گروه‌های ارائه‌دهنده مراقبت و وجود فرهنگی است که این فرآیند را تشویق و تسهیل نماید (۳۰). با توجه به این که یکی از ابعاد مهم اجرای برنامه حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های کشور تأمین و ارتقای ایمنی بیماران است، به نظر می‌رسد اجرای این برنامه در بهبود برخی از حیطه‌های فرهنگ ایمنی به ویژه یادگیری سازمانی - بهبود مستمر و کار تیمی درون واحدها مؤثر بوده است؛ اما احتمالاً به دلیل وجود مشکلات در حیطه‌های مجاری ارتباطی، جو غیرتنبیهی، مسائل کاری کارکنان و تناوب گزارش‌دهی خطاها از دیدگاه پرستاران، این حیطه‌ها از وضعیت مطلوبی برخوردار نبوده است.

از سوی دیگر در مطالعه حاضر فرهنگ ایمنی بیمار در حیطه‌های پاسخ غیرتنبیهی به خطا، باز بودن مجاری ارتباطی و مسائل مرتبط به کارکنان کمترین امتیاز را داشته و به عنوان مهم‌ترین نقاط ضعف

بیمارستان مورد مطالعه در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار شناخته شدند. همسو با این مطالعه، در اکثر مطالعات داخلی و خارجی این حیطه‌ها به عنوان نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیمار گزارش شده‌اند (۳۷-۲۸، ۲۳، ۲۱، ۱۳، ۴، ۳). همچنین در برخی مطالعات حیطه‌های بازخورد به خطاها (۵)، تناوب گزارش‌دهی خطاها و تبادل و انتقال اطلاعات بیمار (۲۷، ۳۷، ۳۸) به عنوان ضعیف‌ترین حیطه‌های فرهنگ ایمنی گزارش شده است. در مطالعه Badr و همکاران انتظارات و اقدامات مدیریت در زمینه ایمنی به عنوان ضعیف‌ترین حیطه فرهنگ ایمنی بیمار گزارش شده است (۲۷) که همسو با نتیجه مطالعه حاضر نبود. علاوه بر این نتایج مطالعه حاضر از نظر قوی‌ترین و ضعیف‌ترین حیطه فرهنگ ایمنی بیمار با مطالعه آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت آمریکا در سال ۲۰۰۹ نیز همسو است (۳۸). اختلاف یافته‌ها می‌تواند به واسطه تفاوت سیاست‌ها، برنامه‌ها و اقدامات انجام شده در راستای توسعه فرهنگ ایمنی بیمار و اختلاف در فرهنگ سازمانی حاکم بر بیمارستان‌های مورد مطالعه در پژوهش‌های مختلف باشد. توجه به فرهنگ ایمنی بیمار از سوی ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی امری ضروری است (۳۶). ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار می‌تواند اطلاعات مناسبی در زمینه ساختارها و فرآیندهایی که بر نتایج بیمار اثر گذارند، در اختیار مدیران بیمارستانی قرار دهد (۳۴). از طرفی مدیران بیمارستان‌ها بایستی عملکرد و فعالیت‌های کارکنان را در یک فضای باز ارتباطی و یک فرهنگ غیرتنبیهی ارتقاء دهند (۲۷). در این راستا تحلیل سیستماتیک علل وقوع حوادث در مقایسه با شیوه سنتی برخورد تنبیهی، می‌تواند میزان گزارش‌دهی خطاهای مراقبتی توسط کارکنان را

افزایش داده و زمینه را برای بهبود ایمنی بیماران فراهم سازد (۴۰، ۳۹). باید گفت در صورتی‌که بیمارستان‌ها بخواهند کیفیت و ایمنی مراقبت‌های سلامتی خود را ارتقاء دهند، بهبود فرهنگ ایمنی بیمار امری حیاتی و اجتناب‌ناپذیر خواهد بود (۳۳). به نظر می‌رسد در محیطی که فرهنگ بازخورد تنبیهی به حوادث و خطاها حاکم است، کارکنان به هنگام ارتکاب خطا به جای تلاش در جهت گزارش خطا و پیشگیری از پیامدهای آن، تمایل به پنهان نمودن آن خواهند داشت، این عمل ممکن است به وخیم‌تر شدن تبعات خطای اولیه بیانجامد و آثار جبران‌ناپذیری برای بیماران و سازمان داشته باشد.

در زمینه ضعیف بودن حیطه مسائل کاری کارکنان در مطالعه حاضر نیز به نظر می‌رسد کمبود پرستاران، شیفت کاری طولانی، ساعات زیاد کار ماهانه و حجم بالای کار پرستاران در طول شیفت کاری در بیمارستان مورد مطالعه، سبب شده تا دیدگاه ضعیفی نسبت به این حیطه داشته باشند. این مسئله می‌تواند در درازمدت منجر به ایجاد نارضایتی و فرسودگی شغلی پرستاران شده و پیامدهای منفی برای ارائه مراقبت کیفی و ایمن به همراه داشته باشد.

از دیدگاه بیش از نیمی از پرستاران مورد مطالعه، وضعیت کلی فرهنگ ایمنی بیمارستان در سطح قابل قبول بود. این یافته با بیشتر مطالعات داخلی (۳۵، ۳۰، ۵) همسو است؛ اما با نتایج مطالعه اکبری و همکاران که بیش از نیمی از پرستاران سطح کلی ایمنی بیمار در بخش‌های زنان و مامایی بیمارستان‌های ایلام را ضعیف گزارش نمودند (۲۸)، همسو نیست. در مقابل در مطالعه Badr و همکاران در بررسی فرهنگ ایمنی در سه بیمارستان خصوصی کویت، ۵۵/۳٪ از ارائه‌کنندگان مراقبت سلامتی وضعیت ایمنی بیمار را



خوب ارزیابی نمودند (۲۷). تفاوت این دیدگاه‌ها می‌تواند به دلیل تفاوت در میزان فعالیت‌ها و اقدامات در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار و نیز ویژگی‌های افراد مورد مطالعه باشد. به نظر می‌رسد در بیمارستان‌هایی که کارکنان دیدگاه مثبت‌تری به فرهنگ ایمنی دارند، تمایل بیشتری برای ارزیابی مثبت ایمنی بیمار وجود دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین امتیازات فرهنگ ایمنی با متغیرهای فردی و شغلی پرستاران (شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه خدمت و رتبه شغلی) رابطه معنی‌دار وجود نداشت. همسو با این نتایج، در بیشتر مطالعات قبل متغیرهای جنسیت، تحصیلات و سن پرستاران با فرهنگ ایمنی رابطه معناداری نداشته است (۲۹، ۱۶، ۱۳، ۵)؛ اما غیر همسو با این نتایج، در مطالعه الماسی و همکاران سابقه کار پرستاران و در مطالعه Badr و همکاران تحصیلات پرستاران با فرهنگ ایمنی همبستگی مثبت معناداری داشته است (۲۷، ۱۶). در مطالعه Vlayen و همکاران در بیمارستان‌های بلژیک، پرستاران شاغل در بخش‌های کودکان و روان‌پزشکی در مقایسه با پرستاران اورژانس و اتاق عمل و پرستاران با سابقه کمتر از یک سال دیدگاه مثبت‌تری در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار گزارش کرده‌اند (۳۷). به نظر می‌رسد در این زمینه تحقیقات بیشتری لازم است.

به هر حال باید گفت توجه روزافزون به دنیای فناوری و پیشرفت در امر مراقبت و درمان بیماران در بیمارستان‌ها نباید مانع از توجه ویژه به نقش پرستاران به عنوان بزرگ‌ترین گروه ارائه‌کننده مراقبت گردد. کمبود نیروی انسانی پرستاری در بخش‌ها، ساعات کاری طولانی، بارکاری زیاد، وظایف و نقش‌های

شغلی متعدد از جمله مشکلات کاری پرستاران هستند که در کنار مشکلات ارتباطی و جو تنبیهی موجب شده که فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران مطلوب نباشد. برنامه‌ریزی و مداخلات مدیریتی در تأمین نیروی انسانی کافی پرستاری در بخش‌های بیمارستانی و حل مشکلات کاری پرستاران می‌تواند به تقویت فرهنگ ایمنی بیمار کمک نماید.

انجام مطالعه در یک مرکز مراقبتی و جمع‌آوری داده‌ها به صورت خودگزارشی از محدودیت‌های این مطالعه بوده است که می‌تواند در تعمیم‌پذیری نتایج مؤثر باشد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در نیمی از حیطه‌ها به ویژه مجاری ارتباطی، بازخورد به خطاها و مسائل کاری کارکنان در بیمارستان مورد مطالعه در سطح مطلوبی نیست و نیازمند توجه مدیریت بیمارستان است. این مطالعه نقاط قوت و ضعف فرهنگ ایمنی بیمار و مشکلات مرتبط را در بیمارستان مورد مطالعه شناسایی نمود. با توجه به این که پرستاران بزرگ‌ترین و یکی از اصلی‌ترین گروه ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی در بیمارستان‌ها هستند، ضعیف بودن نیمی از حوزه‌های فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه این گروه از کارکنان، نیازمند توجه، برنامه‌ریزی و مداخلات مدیریتی جدی است. از آنجا که وقوع خطاها در بیمارستان‌ها علاوه بر خطرات جانی برای بیماران، هزینه‌های هنگفتی برای بیماران و بیمارستان به دنبال دارد، سرمایه‌گذاری در جهت استقرار و ارتقای فرهنگ ایمنی، ضمن تضمین مراقبت ایمن برای بیماران می‌تواند بازگشت سرمایه را برای بیمارستان‌ها به همراه داشته باشد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد و با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان انجام شده است. نویسندگان از تمامی مدیران و پرستاران بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه که در انجام مطالعه حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

### تعارض منافع

در مطالعه حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

یافته‌های این مطالعه می‌تواند به تبیین نقش فرهنگ ایمنی در پیشگیری از خطاهای مراقبتی در بیمارستان مورد مطالعه کمک نماید و اطلاعات مناسبی برای راهبردهای کشوری ارتقای ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها فراهم نماید. ایجاد فضای باز ارتباطی، برخورد سیستمی و غیر تنبیهی با خطاها و توجه جدی به مسائل کاری پرستاران بالینی و تقویت و تشویق گزارش‌دهی داوطلبانه حوادث مراقبتی از مهم‌ترین اقدامات مدیریتی است که می‌تواند موجب تقویت فرهنگ ایمنی در میان پرستاران مورد مطالعه گردد.

### References

- Jafarjalal E, Jafarpour H, Dehghan Nayeri N, Haghani H. Relationship between Perceptions of Organizational Culture with Patients' Safety Behavior among Nurses in Babol. *Hayat* 2013;19(3):5-16. Persian
- Patel S, Wu AW. Safety Culture in Indian Hospitals: A Cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire. *J Patient Saf* 2016;12(2):75-81. doi: 10.1097/PTS.0000000000000085.
- Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care* 2018;30(9):660-677. doi: 10.1093/intqhc/mzy080.
- Ravaghi H, Barati Marnani A, Hosseini AF, Takbiri A. The relationship between health care providers' perceptions of patient safety culture and patients' perceptions of medical errors in teaching hospitals in Tehran: 2011. *Journal of Health Administration* 2012;15(48):57-68. Persian
- Salavati S, Fanoosi T, Dehghan D, Tabesh H. Nurses' perspectives on patient safety culture. *Iran Journal of Nursing* 2013;26(84):24-33. Persian
- National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety the full reference guide; 2004 [cited 2016 Jun 20]. <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150505145833/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>
- Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Improving patient safety culture in primary care: a systematic review. *J Patient Saf* 2016;12(3):152-8. doi: 10.1097/PTS.0000000000000075.
- 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. doi: 10.1093/intqhc/mzp035.
- Bishop AC, Boyle TA. The Role of Safety Culture in Influencing Provider Perceptions of Patient Safety. *J Patient Saf* 2016;12(4):204-9. doi: 10.1097/PTS.0000000000000092
- Goldstein DH, Nyce JM, Van Den Kerkhof EG. Safety perceptions of health care leaders in 2 Canadian academic acute care centers. *J Patient Saf* 2017;13(2):62-8. doi: 10.1097/PTS.0000000000000112.
- Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf* 2011;20(4):338-43. doi: 10.1136/bmjqs.2010.040964.
- Cooper D. Safety culture. *Professional safety* 2002; 47(6):30-6.
- Moghri J, Akbari Sari A, Rahimi Forooshani A, Arab M. Patient safety culture status in general hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Hakim Health Sys Res* 2013;16(3):243-50. Persian
- Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, van der Wal G, Groenewegen PP. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care* 2009;18(4):292-6. doi: 10.1136/qshc.2007.025965.
- 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.

16. Almasi A, Pourmirza Kalhori R, Ahmadi Jouybari T, Godarzi A, Ahmadi A. Evaluation of patient safety culture in personnel of hospitals in Kermanshah, 2013. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences* 2015; 4(1):14-23. Persian
17. Hartmann CW, Meterko M, Rosen AK, Shibe Z, Shokeen P, Singer S, et al. Relationship of hospital organizational culture to patient safety climate in the Veterans Health Administration. *Med Care Res Rev* 2009;66(3):320-38. doi: 10.1177/1077558709331812.
18. Stock GN, McFadden KL. Improving service operations: linking safety culture to hospital performance. *Journal of Service Management* 2017;28(1):57-84. doi.org/10.1108/JOSM-02-2016-0036
19. Sammer C, Hauck LD, Jones C, Zaiback-Aldinger J, Li M, Classen D. Examining the Relationship of an All-Cause Harm Patient Safety Measure and Critical Performance Measures at the Frontline of Care. *J Patient Saf* 2018. doi: 10.1097/PTS.0000000000000468.
20. Ford EW, Silvera GA, Kazley AS, Diana ML, Huerta TR. Assessing the relationship between patient safety culture and EHR strategy. *Int J Health Care Qual Assur*. 2016 Jul 11;29(6):614-27. doi: 10.1108/IJHCQA-10-2015-0125.
21. Momeni B, Golpira R, Mayelafshar M. The study of the domains of patient safety culture in Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center in 2012. *Cardiovascular Nursing Journal* 2014;3(1):34-41. Persian
22. Abdi Z, Maleki MR, Khosravi A. Perceptions of patient safety culture among staff of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Payesh* 2011; 10(4):411-9. Persian
23. Chen IC, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res* 2010;10:152. doi: 10.1186/1472-6963-10-152.
24. 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. *Hospital* 2012;11(2):19-30. Persian
25. Ebadi fard azar F, Rezapoor A, Tanoomand Khoushehmehr 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
26. Moghri J, Arab M, Saari AA, Nateqi E, Forooshani AR, Ghiasvand H, Sohrabi R, Goudarzi R. 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.
27. Badr HE, AlFadalah T, El-Jardali F. Towards promoting patient safety practices: Baseline assessment of patient safety culture in three private hospitals. *International Journal of Healthcare Management*. 2017:1-8. doi: 10.1080/20479700.2017.1390958
28. Akbari N, Malek M, Ebrahimi P, Haghani H, Aazami S. Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam province, Iran: a census survey using HSOPSC tool. *Pan Afr Med J* 2017;27:268. doi: 10.11604/pamj.2017.27.268.9776
29. Afshari A, Piruzi M, Afshari S, Hejab K. Patient safety culture assessment in Seidolshohada hospital of Semirom. *Iranian Journal of Nursing Research* 2016;11(1):1-8. Persian
30. Yaghoobi Far MA, Takbiri A, Haghgoshaye E, Tabarraye Y. The survey of patient safety culture and recognizing its weaknesses and strengths in Sabzevar hospitals: 2011. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2013; 20(2): 154-64. Persian
31. van Noord I, de Bruijne MC, Twisk JW. The relationship between patient safety culture and the implementation of organizational patient safety defences at emergency departments. *Int J Qual Health Care* 2010;22(3):162-9. doi: 10.1093/intqhc/mzq013
32. Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care* 2010;19(5):e17. doi: 10.1136/qshc.2009.033258.
33. Ali H, Ibrahim SZ, Al Mudaf B, Al Fadalah T, Jamal D, El-Jardali F. Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in Kuwait. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 158. doi: 10.1186/s12913-018-2960-x
34. Famolaro T, Yount ND, Burns W, Flashner E, Liu H, Sorra J. Hospital survey on patient safety culture: 2016 user comparative database report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
35. 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* 2015; 10(3):26-35. Persian
36. Saber M, Tehrani H, Hasani Kabootarkhani M, Ghorban Sabagh M, Bagheri M. Acquaintance of Kerman Hospitals' Staff about Patient Safety Culture. *Health Develop J* 2015; 4(2):124-32. Persian
37. Vlayen A, Schrooten W, Wami W, Aerts M, Barrado LG, Claes N, et al. Variability of patient safety culture in Belgian acute hospitals. *J Patient Saf* 2015;11(2):110-21. doi: 10.1097/PTS.0b013e31829c74a3.
38. Sorra J, Famloaro T, Dyer N, Nelson D, Khanna K. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2009 Comparative Database Report.

Agency for Healthcare Research and Quality; 2009. No. 09-0030

39. Ko Y, Yu S. The relationships among perceived patients' safety culture, intention to report errors, and leader coaching behavior of nurses in Korea: a pilot study. *J Patient Saf* 2017;13(3):175-83. doi: 10.1097/PTS.0000000000000224.

40. Burlison JD, Quillivan RR, Kath LM, Zhou Y, Courtney SC, Cheng C, et al. A Multilevel Analysis of U.S. Hospital Patient Safety Culture Relationships With Perceptions of Voluntary Event Reporting. *J Patient Saf* 2016 doi:10.1097/PTS.0000000000000336

## Patient Safety Culture; the Strengths and Weaknesses: A Case study of Imam Reza Hospital of Kermanshah

Marziyeh Jafarpanah<sup>1</sup>, Behrooz Rezaei<sup>2</sup>

### Abstract

**Background:** Nowadays, strengthening Patient safety culture has received widespread attention by healthcare organizations. The first step in improving the safety of the patient is to assess the safety culture of the hospital. Therefore, the aim of this study was to investigate the strengths and weaknesses of Patient safety culture from the nurses' point of view.

**Methods:** In a cross-sectional study, a convenient sample, including 214 nurses, was selected among nurses in Imam Reza university hospital, Kermanshah, 2016. Data were collected by a hospital survey on patient safety culture (HSOPSC) in 12 dimensions via self-reporting method and were analyzed with Mann-Whitney U and Kruskal–Wallis tests using SPSS 19 software.

**Results:** The dimension of "organizational learning - continuous improvement" with 75.86% positive score was the strength of the Patient safety culture. While the dimensions of feedback to errors (45.64%), the frequency of reporting events (41.70%), staffing issues (27.33%), the openness of communication channels (24.63%), and the non-punitive response to errors (15.59%) were the weaknesses of the Patient safety culture. The overall Patient safety culture score was at an undesirable level (48.93%) and needed to improve. The Patient safety culture score was not significantly correlated with individual variables of nurses ( $P>0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the findings, the Patient safety culture, particularly in the dimensions of "communication openness", "non-punitive response to errors", and "staffing issues" was in an undesirable level and required managerial interventions to improve. Improving Patient safety culture can prepare the basis for providing safe and high-quality care.

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

**Citation:** Jafarpanah M, Rezaei B. Patient Safety Culture; the Strengths and Weaknesses: A Case study of Imam Reza Hospital of Kermanshah. Health and Development Journal 2019; 8(2): 197-209. [In Persian] doi: 10.22034/8.2.197

© 2019 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1- MSc, Community Health Research Center, Nursing & Midwifery Faculty, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Nursing, Nursing & Midwifery Faculty, Falavarjan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Behrooz Rezaei **Email:** rezaee@iaufala.ac.ir

**Address:** Faculty of Nursing & Midwifery, Falavarjan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

**Tel:** 03137420135 **Fax:** 03137432601