

Comparison of the Patient Safety Culture in the Nurses of Vasei Hospital in Sabzevar, Iran (2016-2020)

Shahrbanoo Talebi¹, Ali Tajabadi², Tahoura Afshari Saleh³, Rahele Arabasadi⁴

Abstract

Background & Aims: One of the basic principles of health care is to maintain patient safety. Today, patient safety is a priority for any healthcare system that seeks to ensure and improve the quality of care. Being safe from dangers and injuries when receiving healthcare services is one of the most obvious and fundamental human rights. Despite advances in healthcare, patient safety, and patient-centeredness are still worrying issues around the world. According to the World Health Organization, tens of millions of people die or become disabled annually due to clinical errors or unsafe treatment processes, which is one of the five leading causes of death in the world. Recent reports also show that approximately, 13.5% of hospitalized patients experience at least one adverse event during their hospitalization each year, 44% of which is preventable. The biggest challenge to make the healthcare system safer is changing the culture. Assessing the patient safety culture can provide information on how structures and processes within the system affect patient outcomes. However, the question remains that, given the structure of the existing healthcare system and the fact that in recent years, patient safety has been at the forefront of accreditation of medical centers, has the safety culture been able to find and establish its place in these centers and has the staff of medical centers (especially nurses) paid attention to patient safety culture due to the changes that have taken place in the past years. Therefore, this study was conducted to compare patient safety culture in nurses of Sabzevar Vasei Hospital between 2016 and 2020.

Materials & Methods: The present study is a descriptive-analytical cross-sectional study that was conducted between 2016 and 2020. 123 nurses of Vasei Hospital were selected in 2016 and 124 were selected in 2020 via convenience sampling. Inclusion criteria were having at least 6 months of work experience and consent to participate in the present study, applied in both 2016 and 2020. A two-part questionnaire was used to collect data. In the first part, the demographic information of the samples including age, gender, field and degree, occupation, type of employment, work experience in the hospital, work experience in the recent ward, working hours per week were examined. The second part of the questionnaire included the Persian version of the "Patient Safety Culture Survey" (HSOPSC). The questionnaire was designed by American Agency for Healthcare Research and Quality in 2004. In the present study, the questionnaire was given to 10 experts to confirm the validity, and their opinions were applied. The reliability of the questionnaire was investigated in 2016 using Cronbach's alpha coefficient which was between 0.74-0.81 for safety culture and its various dimensions. This questionnaire has 42 questions designed on a 5-point Likert scale ranging from strongly disagree to strongly agree. Therefore, each question was assigned a score of 1 to 5. This questionnaire has 12 dimensions including the frequency of reporting events, the overall perception of safety, managerial expectations and actions, organizational learning, teamwork within the organization, open communication channels, communication and feedback, non-punitive response to errors, staff-related work issues, safety management support, teamwork out of the organization, transmission and exchange of information. In this study, after calculating the percentage of positive responses in each dimension (sum of completely agree and disagree options), and based on the questionnaire guide and examining the 12 dimensions, an average positive response of at least 70 indicated optimal safety culture, between 50-69 showed a moderate level of safety culture, and below 50 indicated a low

¹. Ms in Nursing, Clinical Research Center of Sabzevar Vasei Hospital, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

². Department of Emergency Medicine, School of Paramedical Sciences, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

³. Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

⁴. BS in Nursing, Clinical Research Center of Sabzevar Vasei Hospital, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran (Corresponding author) Tel: 09151738309 Email: rarabasadi@gmail.com

level of safety culture. Data analysis was performed using descriptive statistics, chi-square, Fisher's exact test, and independent t-test in SPSS version 16, and the significance level was set at $P < 0.05$.

Results: The obtained results regarding the individual characteristics of the study units showed most subjects were women and married. There was no significant difference in terms of demographic characteristics of nurses in 2016 and 2020 ($P > 0.05$). The overall score of patient safety culture in 2016 was $41.9 \pm 6.9\%$ which was low, also the overall score of patient safety culture in 2020 was $51.2 \pm 7.7\%$ which was moderate. In 2016, expectations and managerial actions had the highest score ($63.1 \pm 29.3\%$) and non-punitive response to errors had the lowest score ($11.3 \pm 15.6\%$). In 2020, the dimensions of communication and feedback and non-punitive response to errors had the highest scores ($70.6 \pm 23.4\%$ and $31.8 \pm 24.3\%$ respectively) among the various dimensions of patient safety culture. The comparison of the mean scores of some dimensions in 2016 and 2020 was also statistically significant ($P < 0.001$). The results showed better performance of some dimensions such as the frequency of reporting, open communication channels, communication and feedback, non-punitive response to errors, staff-related work issues, and transmission and exchange of information in 2020 compared to the initial survey in 2016. Regarding the dimensions of organizational learning and teamwork within the organization, the average score was higher in 2016, which was also statistically significant. Comparison of mean changes in other dimensions of the overall perception of safety, management expectations and actions, safety management support, and teamwork outside the organization in 2016 and 2020 were not statistically significant ($P > 0.05$). In 2016, 61% of nursing staff made no errors, which was equal to 47.6% in 2020 and is not statistically significant. Also in 2016, 12.2% of patients reported the safety of the ward to be very good or excellent, which was 26.6% in 2020, and is statistically significant ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings of the study indicate that while there are significant improvements in the overall score of safety culture and some of its dimensions, there are still dimensions of patient safety culture that managers and officials should strive to improve and strengthen. In this regard, general strategies for further improvement of patient safety practices and more investment in determinants of patient safety culture, especially in the areas of organizational learning and teamwork within the organization, should be guided and informed. Also, regular management and assessment of patient safety can enable hospitals to better understand and perform more efficiently.

Keywords: Patient Safety, Culture, Nurses

Conflict of Interest: No

How to Cite: Talebi SH, Tajabadi A, Afshari Saleh T, Arabasadi R. Comparison of the Patient Safety Culture in the Nurses of Vasei Hospital in Sabzevar, Iran (2016- 2020). *Iran Journal of Nursing*. 2021; 34(130):1-14.

Received: 2 March 2021

Accepted: 2 Jun 2021

مقایسه‌ی فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بیمارستان واسعی سبزوار بین سال‌های ۱۳۹۵ و

۱۳۹۸

شهربانو طالبی^۱، علی تاج آبادی^۲، طه‌ورا افشاری صالح^۳، راحله عرب اسدی^۴

چکیده

زمینه و هدف: یکی از اصول مراقبت سلامت، حفظ ایمنی بیمار می‌باشد. ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار می‌تواند اطلاعاتی در مورد چگونگی تأثیر ساختارها و فرآیندهای درون سیستم بر نتایج بیمار ارائه نماید. مطالعه حاضر با هدف مقایسه‌ی فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بیمارستان واسعی سبزوار بین سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ انجام شد.

روش بررسی: مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع تحلیلی است که در دو سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ انجام گرفت. ۱۲۳ نفر از پرستاران بیمارستان واسعی در سال ۱۳۹۵ و ۱۲۴ نفر از آنان در سال ۱۳۹۸ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه دو قسمتی اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه "بررسی فرهنگ ایمنی بیمار" (HSOPSC) استفاده گردید. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی، آزمون آماری کای دو، آزمون دقیق فیشر و χ^2 مستقل انجام گرفت.

یافته‌ها: نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۵، $6/9 \pm 41/9$ و در سطح پایین گزارش شد. همچنین نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۸، $7/7 \pm 51/2$ و در سطح متوسط بود. در سال ۱۳۹۵، انتظارات و اقدامات مدیریتی بالاترین امتیاز ($29/3 \pm 63/1$) و برخورد غیرتنبیهی کمترین امتیاز ($15/6 \pm 11/3$) را به خود اختصاص دادند. در سال ۱۳۹۸ ابعاد ارتباطات و ارائه بازخورد ($23/4 \pm 70/6$) و برخورد غیرتنبیهی پایین‌ترین امتیاز ($24/3 \pm 31/8$) را در میان ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری کلی: اگر چه در نمره کلی فرهنگ ایمنی و برخی از ابعاد آن پیشرفت‌های محسوسی مشاهده می‌شود، هنوز مواردی از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار وجود دارند که مدیران و مسئولین باید در راستای ارتقاء و تقویت آن تلاش نمایند. در این زمینه باید راهبردهای کلی برای بهبود روش‌های ایمنی بیمار و سرمایه‌گذاری بیشتر در تعیین کننده‌های فرهنگ ایمنی بیمار، مخصوصاً در زمینه‌های یادگیری سازمانی و کار تیمی درون‌سازمانی راهنمایی و اطلاع‌رسانی شود.

کلید واژه‌ها: ایمنی بیمار، فرهنگ، پرستاران

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۰۰/۳/۱۳

۱. کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان واسعی سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۲. گروه فوریت پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۳. گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۴. کارشناس پرستاری، مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان واسعی سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران (نویسنده مسئول). شماره

Email: rarabasaki@gmail.com

تماس: ۰۹۱۵۱۷۳۸۳۰۹

مقدمه

مراقبت همه جانبه یکی از ارکان اصلی در زمینه خدمات بهداشت و درمان است. در این بین مراقبت‌های پرستاری دارای اهمیت قابل توجهی هستند، زیرا از یک سو مراقبت، اصلی‌ترین محور رشته پرستاری است و از سوی دیگر پرستاران، بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات بهداشتی را تشکیل می‌دهند و در تداوم مراقبت، ارتقاء و حفظ سلامت، همچنین دستیابی به مطلوب‌ترین برآیندهای سلامتی و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های ارائه شده نقش اساسی ایفا می‌کنند^(۱). یکی از نشانگرهای کیفیت مراقبت‌های پرستاری، ایمنی بیمار است؛ به طوری که ایمنی بیمار هسته مرکزی مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بالاست^(۲). امروزه برای هر نظام مراقبت سلامتی که در پی تضمین و بهبود کیفیت مراقبت است، ایمنی بیمار در اولویت قرار دارد^(۳)، از طرفی حق ایمن بودن از خطرات و آسیب‌ها هنگام دریافت خدمات سلامت، یکی از بارزترین و بنیادی‌ترین حقوق انسان‌ها است^(۴).

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، ایمنی بیمار اجتناب از آسیب‌های بی‌مورد یا بالقوه مرتبط با خدمات مراقبت سلامت است^(۳). ولی امروزه با وجود پیشرفت‌ها در مراقبت سلامتی، ایمنی بیمار و بیمار محوری، در سراسر دنیا هنوز موضوع نگران کننده‌ای است^(۵)، به طوری که طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی ده‌ها میلیون نفر سالانه در اثر خطاهای بالینی و فرآیندهای غیرایمن درمانی جان خود را از دست داده و یا دچار ناتوانی می‌شوند و یکی از پنج علت مهم مرگ و میر در جهان است^(۶). همچنین تازه‌ترین گزارشات نشان می‌دهد که سالانه تقریباً ۱۳/۵ درصد از افراد بستری در بیمارستان، در طول بستری خود حداقل یک اتفاق ناگوار را تجربه می‌کنند، که ۴۴ درصد از آن‌ها قابل پیشگیری است^(۷).

تلاش برای بهبود وضعیت ایمنی بیماران یکی از اعمال کلیدی است که در شروع قرن بیست و یکم مورد توجه سازمان‌های بهداشتی قرار گرفته است^(۶). فرهنگ ایمنی، یکی از عوامل اصلی تعیین کننده میزان ایمنی سازمان

است^(۸)، فرهنگ ارائه دهندگان خدمات درمانی رابطه با ایمنی بیمار نیز، یعنی قبول ایمنی بیمار و توجه به آن به عنوان اولین اولویت و ارزش معمول در سازمان و یا به عنوان ارزش‌ها، عقاید، ادراک و گرایش‌های رایج کارمندان خدمات بهداشتی نسبت به ایمنی بیماران توصیف می‌گردد که در رفتار آن‌ها متجلی می‌شود^(۹).

به گفته‌ی مؤسسه پزشکی ایالات متحده، بزرگترین چالش برای حرکت به سمت نظام سلامت امن‌تر، تغییر دادن فرهنگ است، به طوری که به جای سرزنش افراد به خاطر اشتباهاتشان و مدنظر قرار دادن خطا به عنوان نارسایی فردی، سازمان‌ها سعی کنند تا خطاهایی که اتفاق افتاده را مورد بررسی قرار دهند. در نتیجه‌ی این رویکرد، فرصت بهبود سیستم و جلوگیری از آسیب فراهم خواهد شد^(۱۰). بنابراین اگر بیمارستان‌ها بخواهند ایمنی بیمار را بهبود دهند، باید برای افزایش درک فرهنگ ایمنی بیمار توسط کارکنان خود اهمیت قائل شوند^(۳)؛ در چنین شرایطی کارکنان می‌توانند بدون واگم، خطاها و عوارض ناخواسته را گزارش و فرصت یادگیری از اشتباهات خود را به دست آورند، که خود باعث پیشگیری از خطاهای سیستماتیک و افزایش ایمنی بیمار می‌شود^(۶).

البته هر تغییری به راحتی ایجاد نمی‌شود و این مهم مستلزم گذر زمان است، چرا که در گذر زمان است که می‌توان فرهنگ مناسب را نهادینه نمود و در این مدت درک رفتار ایمنی توسط کارکنان و البته حمایت و پشتیبانی مدیران ارشد سازمان، لازم و ضروری است. گام نخست در این زمینه، ارزیابی فرهنگ ایمنی فعلی است^(۱۰). علاوه بر ارزیابی فرهنگ ایمنی، باید متخصصان و مدیران را از نتایج این ارزیابی‌ها و همچنین انجام اقدامات لازم به منظور ارائه خدمات ایمن به بیماران، حفظ شرایط مطلوب و ارتقاء شرایط نیازمند مداخله، مطلع ساخت^(۱۱).

مطالعات مختلف جهت سنجش فرهنگ ایمنی انجام شده است و نتایج آن نشان می‌دهد که فرهنگ ایمنی بیماران در نظام‌های مراقبت سلامت دارای اهمیت بسیاری

است^(۱۵-۱۲)، در این بین پرستاران در خط مقدم مراقبت از بیماران هستند^(۱۶) و به دلیل نزدیکی به بیمار در حین ارائه مراقبت سلامت، موقعیت منحصر به فردی دارند که همین امر به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند عوامل دست اولی که بر روی ایمنی بیمار تأثیر می‌گذارد را شناسایی کنند. در نتیجه برای کسب موفقیت در اجرای فرآیندهای ایمنی بیمار، پرستاران نقش اساسی دارند^(۱۷).

اما جای این سؤال باقی است که با توجه به نظام سلامت موجود و نظر به این‌که در سال‌های اخیر ایمنی بیمار در رأس اعتباربخشی مراکز درمانی قرار گرفته است آیا فرهنگ ایمنی توانسته است جایگاه خود را در این مراکز پیدا و تثبیت نماید و این‌که در سال‌های گذشته با توجه به تغییرات انجام گرفته، فرهنگ ایمنی به چه اندازه مورد توجه کارکنان مراکز درمانی مخصوصاً پرستاران قرار گرفته است. با عنایت به جایگاه ویژه پرستاران و موضوع فرهنگ ایمنی بیماران و با توجه به بررسی وضعیت موجود و لزوم سنجش آن در سال‌های اخیر، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بیمارستان واسعی سبزوار بین سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ انجام گرفته است.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که بین سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ در بیمارستان واسعی شهر سبزوار انجام گرفت. جامعه‌ی پژوهش تمامی پرستاران شاغل در بخش‌های بالینی بیمارستان (۲۸۵ نفر در سال ۱۳۹۵ و ۲۶۱ نفر در سال ۹۸) بودند که در سال ۹۵، ۱۲۳ نفر و در سال ۹۸، ۱۲۴ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد پژوهش شدند. نمونه‌های پژوهش در طی این دو سال تغییرات زیادی نداشته، و نمونه‌های پژوهش در سال ۱۳۹۸ تقریباً مشابه نمونه‌های پژوهش در سال ۱۳۹۵ بود.

معیارهای ورود به مطالعه داشتن حداقل شش ماه سابقه کار و رضایت به شرکت در پژوهش حاضر بود که در هر دو سال ۹۵ و ۹۸ اعمال گردید. معیار خروج شامل

مخدوش و یا ناقص بودن پرسشنامه‌ها بود که پرسشنامه‌های مخدوش و ناقص از پژوهش به طور کل خارج گردید. پس از اخذ مجوز و هماهنگی لازم، پژوهشگر به بخش‌های بالینی بیمارستان مراجعه نمود و پس از بیان اهداف و اهمیت پژوهش، پرسشنامه در اختیار پرستاران گذاشته شد. همچنین سعی شد در زمان‌هایی به بخش‌ها مراجعه شود که پرستاران کمتر درگیر کار باشند و زمان آزاد بیشتری برای تکمیل پرسشنامه داشته باشند، از طرفی پژوهشگر تا زمانی که پرستاران فرصت تکمیل پرسشنامه را داشته باشند صبر نمود. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه دو قسمتی استفاده گردید. در قسمت اول اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌ها شامل سن، جنسیت، رشته و مقطع تحصیلی، رسته شغلی، نوع استخدام، سابقه کار در بیمارستان، سابقه کار در واحد اخیر و متوسط ساعت کار در هفته مورد بررسی قرار گرفت. قسمت دوم پرسشنامه شامل نسخه فارسی پرسشنامه "بررسی فرهنگ ایمنی بیمار Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) بود. این پرسشنامه توسط "آژانس کیفیت و پژوهش‌های آمریکا" Agency for Health Research and Quality (AHRQ) در سال ۲۰۰۴ طراحی گردیده است. این ابزار بارها در مطالعات مختلف جهت ارزیابی فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های مختلف دنیا استفاده شده است^(۱۷، ۱۶، ۱۵). این پرسشنامه دارای ۴۲ سؤال در مقیاس پنج قسمتی لیکرت از طیف کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم طراحی شده است. البته ۲۳ سؤال دارای بار منفی بود که تغییرات لازم در کدهای آنان صورت گرفت، تا درصدهای بالاتر دارای وضعیت مطلوب‌تر باشد. بنابراین هر یک از سؤالات نمره ۱ تا ۵ را به ترتیب به خود اختصاص می‌داد. این پرسشنامه دارای ۱۲ بعد شامل تناوب گزارش‌دهی (سه سؤال)، درک کلی از ایمنی (چهار سؤال)، انتظارات و اقدامات مدیریتی (چهار سؤال)، یادگیری سازمانی (سه سؤال)، کار تیمی درون سازمانی (چهار سؤال)، بازبودن مجاری ارتباطی (سه سؤال)، ارتباطات و ارائه بازخورد

مشارکت‌کنندگان و وضعیت فرهنگ ایمنی در ابعاد مختلف استفاده شد. از شاخص‌های چولگی و کشیدگی جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده شد. با توجه به این که مقادیر چولگی و کشیدگی در بازه ۲ و ۲- می‌باشد، جهت بررسی مقایسه متغیرهای کمی بین دو سال ۹۵ و ۹۸ از آزمون t مستقل استفاده شد. همچنین جهت مقایسه متغیرهای اسمی بین دو سال از آزمون کای دو و دقیق فیشر استفاده گردید. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. مقاله‌ی حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب با شماره ۹۹۰۸۵ و کد اخلاق IR.MEDSAB.REC.1399.081 توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار است.

یافته‌ها

نتایج به دست آمده در رابطه با ویژگی‌های فردی واحدهای مورد پژوهش نشان داد که بیشتر افراد تحت مطالعه زن و متأهل بودند. تفاوت معنی‌داری از نظر سایر مشخصات جمعیت شناختی در پرستاران در دو سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ وجود نداشت ($p > 0/05$) (جدول شماره ۱). میانگین و انحراف معیار سن در بین شرکت‌کنندگان در سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ به ترتیب $33/1 \pm 8/21$ و $34/2 \pm 7/7$ سال بود. میانگین و انحراف معیار متوسط ساعت کاری در هفته در سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ به ترتیب $45/6 \pm 7/8$ و $44/8 \pm 7/8$ ساعت بود. همچنین با توجه به آزمون t مستقل تفاوت معنی‌داری از نظر سن ($p = 0/384$) و متوسط ساعت کاری در هفته ($p = 0/487$) در بین دو سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ وجود نداشت.

(سه سؤال)، برخورد غیرتنبیهی (سه سؤال)، مسائل کارکنان (چهار سؤال)، حمایت مدیریت از ایمنی (سه سؤال)، کار تیمی برون سازمانی (چهار سؤال)، تبادل و انتقال اطلاعات (چهار سؤال) است. در انتها پرسشنامه دارای دو سؤال است مبنی بر این که پاسخ دهندگان به طور کلی چه نمره‌ای را برای ایمنی بیمار در واحد خود در نظر می‌گیرند و این که طی ۱۲ ماه گذشته چند مورد گزارش‌دهی خطا داشته‌اند. در این پژوهش بعد از محاسبه ی درصد پاسخ مثبت هر بعد (مجموع گزینه‌های کاملاً موافقم و موافقم)، و طبق راهنمای پرسشنامه و در بررسی ابعاد دوازده گانه، کسب میانگین پاسخ مثبت حداقل ۷۰ نشان دهنده‌ی سطح فرهنگ ایمنی مطلوب، بین ۵۰ تا ۶۹ نشان دهنده‌ی سطح فرهنگ ایمنی متوسط و زیر ۵۰ نشان دهنده‌ی سطح فرهنگ ایمنی پایین در نظر گرفته شد.

روایی و پایایی پرسشنامه توسط مطالعات مختلفی که به انجام رسیده مورد قبول بوده است (۲۱-۱۸). در مطالعه‌ی حاضر برای تأیید روایی پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید صاحب نظر قرار داده شد و نظرات آنان اعمال گردید. در این مطالعه نیز پایایی پرسشنامه با روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در سال ۱۳۹۵ محاسبه گردید و فرهنگ ایمنی و ابعاد مختلف آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۱ به دست آمد. پرسشنامه‌ی مذکور در شهریور ماه سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ پس از کسب رضایت آگاهانه، توسط پرستاران تکمیل و پس از بررسی صحت پرسشنامه‌ها، اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل گردید. از آمار توصیفی و شاخص‌های توزیع فراوانی و میانگین برای گزارش مشخصات فردی و شغلی

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

اطلاعات جمعیت شناختی	۱۳۹۵ (درصد) تعداد	۱۳۹۸ (درصد) تعداد	نتایج آزمون
جنسیت*	۲۶ (۲۱/۲)	۳۰ (۲۴/۲)	$\chi^2 = 0/329$ df= ۱ p= 0/566
مرد	۹۷ (۷۸/۸)	۹۴ (۷۵/۸)	
زن			
تاهل*	۳۲ (۲۶/۸)	۳۷ (۲۹/۹)	$\chi^2 = 0/448$ df= ۱ p= 0/503
مجرد	۹۱ (۷۳/۲)	۸۷ (۷۰/۱)	
متاهل			
وضعیت رسمی	۴۴ (۳۵/۸)	۴۱ (۳۳/۰)	p= 0/915
استخدامی**	۲۹ (۲۳/۶)	۲۷ (۲۱/۸)	
پیمانی			

	۴ (۳/۲)	۴ (۳/۳)	قراردادی
	۱۶ (۱۲/۹)	۱۷ (۱۳/۸)	شرکتی
	۳۶ (۲۹/۱)	۲۹ (۲۳/۵)	طرحی
$\chi^2= ۶/۹۷۵$	۱۵ (۱۲/۱)	۱۰ (۸/۱)	سابقه کار*، سال
df= ۵	۱۹ (۱۵/۳)	۲۶ (۲۱/۲)	۲-۵
p= ۰/۲۲۲	۴۰ (۳۲/۳)	۲۹ (۲۳/۶)	۶-۱۰
	۱۸ (۱۴/۵)	۲۴ (۱۹/۵)	۱۱-۱۵
	۱۹ (۱۵/۳)	۲۶ (۲۱/۱)	۱۶-۲۰
	۱۳ (۱۰/۵)	۸ (۶/۵)	≥۲۱
p= ۰/۴۹۱	۱۷ (۱۳/۷)	۱۲ (۹/۷)	نوع نوبت کاری**
	۵ (۴/۰)	۳ (۲/۴)	ثابت صبح
	۱۰۲ (۸۲/۳)	۱۰۸ (۸۷/۸)	ثابت عصر
			در گردش

*آزمون کای دو- **آزمون دقیق فیشر

غیرتنبیهی کمترین امتیاز ($۱۱/۳ \pm ۱۵/۶$) را به خود اختصاص دادند. در سال ۱۳۹۸ ابعاد ارتباطات و ارائه بازخورد بالاترین امتیاز ($۲۳/۴ \pm ۷۰/۶$) و برخورد غیرتنبیهی پایین‌ترین امتیاز ($۲۴/۳ \pm ۳۱/۸$) را در میان ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار به خود اختصاص دادند (جدول شماره ۲).

بر حسب درصد پاسخ‌های مثبت، نمره‌ی کلی فرهنگ ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۵، $۶/۹ \pm ۴۱/۹$ گزارش شد که در سطح پایین است، همچنین نمره‌ی کلی فرهنگ ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۸، $۷/۷ \pm ۵۱/۲$ و در سطح متوسط بود که نسبت به سال ۱۳۹۵ افزایش معنی‌داری داشت ($p < ۰/۰۰۱$). در سال ۱۳۹۵، انتظارات و اقدامات مدیریتی بالاترین امتیاز ($۲۹/۳ \pm ۶۳/۱$) و برخورد

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف استاندارد درصد پاسخ‌های مثبت در ابعاد دوازده گانه فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بین سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸

نتایج آزمون t مستقل	میانگین و انحراف استاندارد درصد		ابعاد دوازده گانه فرهنگ ایمنی بیمار
	پاسخ‌های مثبت سال ۱۳۹۸	پاسخ‌های مثبت سال ۱۳۹۵	
p= <۰/۰۰۱ df=۲۴۵ t=-۷/۲۸	۵۴/۱ ± ۲۵/۳	۳۱/۵ ± ۲۵/۲	تناوب گزارش دهی
p= ۰/۵۶۰ df=۲۴۴/۷۷۰ t=-۰/۵۸۷	۴۸/۲ ± ۳۰/۸	۴۶/۵ ± ۲۹/۸	درک کلی از ایمنی
p= ۰/۴۵۰ df=۲۴۵ t=۰/۷۵۶	۵۹/۶ ± ۳۰/۱	۶۳/۱ ± ۲۹/۳	انتظارات و اقدامات مدیریتی
p= <۰/۰۰۱ df=۲۳۶/۹۰۱ t=۵/۱۵۹	۴۲/۳ ± ۳۳/۲	۶۲/۹ ± ۲۷/۵	یادگیری سازمانی
p= <۰/۰۰۱ df=۲۱۲/۷۰۷ t=۶/۸۵۶	۳۸/۸ ± ۲۰/۶	۶۰/۹ ± ۲۹/۱	کار تیمی درون سازمانی
p= <۰/۰۰۱ df=۲۴۱/۷۲۰ t=-۳/۷۰۰	۴۹/۴ ± ۲۲/۲	۴۰/۹ ± ۱۹/۴	بازبودن مجاری ارتباطی
p= <۰/۰۰۱ df=۲۴۵ t=-۱۱/۸۰۵	۷۰/۶ ± ۲۳/۴	۳۳/۰ ± ۲۵/۹	ارتباطات و ارائه بازخورد
p= <۰/۰۰۱ df=۲۱۱/۵۴۳ t=-۷/۹۷۸	۳۱/۸ ± ۲۴/۳	۱۱/۳ ± ۱۵/۶	برخورد غیرتنبیهی
p= <۰/۰۰۱ df= ۲۳۶/۳۸۸ t= -۱۲/۶۲۶	۴۵/۹ ± ۱۹/۹	۱۶/۹ ± ۱۶/۳	مسائل کارکنان
p= ۰/۳۲۷ df=۲۴۵ t=-۰/۹۸۳	۵۴/۱ ± ۲۵/۵	۵۰/۹ ± ۲۷/۷	حمایت مدیریت از ایمنی
p= ۰/۳۵۰ df=۲۴۵ t=-۰/۹۳۷	۵۷/۶ ± ۲۶/۷	۵۴/۳ ± ۲۳/۳	کار تیمی برون سازمانی
p= <۰/۰۰۱ df=۲۴۵ t= -۱۰/۲۰۷	۶۲/۳ ± ۲۴/۲	۳۰/۶ ± ۲۴/۸	تبادل و انتقال اطلاعات
p= <۰/۰۰۱ df=۲۳۵/۷۶۳ t=-۱۰/۶۲۷	۵۱/۲ ± ۷/۷	۴۱/۹ ± ۶/۹	نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار

مدیریت از ایمنی و کار تیمی برون سازمانی در سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p > 0/05$) (جدول شماره ۲).

در سال ۱۳۹۵، ۶۱ درصد از کارکنان پرستاری هیچ گزارش خطایی نداشته‌اند که این میزان در سال ۱۳۹۸، ۴۷/۶ درصد است که از نظر آماری معنی‌دار نیست. همچنین در سال ۱۳۹۵، ۱۲/۲ درصد وضعیت ایمنی بیمار واحد خود را بسیار خوب یا عالی گزارش کردند که این میزان در سال ۱۳۹۸، ۲۶/۶ درصد بود، که از نظر آماری معنی‌دار است ($p < 0/05$) (جدول شماره ۳).

مقایسه میانگین نمرات بر حسب درصد پاسخ‌های مثبت در برخی از ابعاد در سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ نیز از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$). نتایج حاکی از عملکرد بهتر برخی از ابعاد مانند تناوب گزارش‌دهی، بازبودن مجاری ارتباطی، ارتباطات و ارائه بازخورد، برخورد غیرتنبیهی، مسائل کارکنان و تبادل و انتقال اطلاعات در سال ۱۳۹۸ در مقایسه با بررسی اولیه در سال ۱۳۹۵ بود. در رابطه با ابعاد یادگیری سازمانی و کار تیمی درون سازمانی، میانگین نمرات در سال ۱۳۹۵ بالاتر بود که از نظر آماری نیز معنی‌دار بود. مقایسه تغییرات میانگین سایر ابعاد درک کلی از ایمنی، انتظارات و اقدامات مدیریتی، حمایت

جدول شماره ۳: تعداد گزارش خطای ۱۲ ماه گذشته و وضعیت ایمنی بیمار و مقایسه آن در سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸

متغیر	وضعیت	۱۳۹۵ (درصد) تعداد	۱۳۹۸ (درصد) تعداد	p-value
گزارش خطا*	صفر	۷۵ (۶۱/۰)	۵۹ (۴۷/۶)	۰/۲۱۴
	۱-۲	۲۸ (۲۲/۸)	۴۳ (۳۴/۷)	
	۳-۵	۹ (۷/۳)	۱۳ (۱۰/۵)	
	۶-۱۰	۷ (۵/۷)	۴ (۳/۲)	
	۱۱-۲۰	۲ (۱/۶)	۳ (۲/۴)	
	۲۰ و بیشتر	۲ (۱/۶)	۲ (۱/۶)	
	وضعیت ایمنی به طور کلی*	بسیار ضعیف	۷ (۵/۷)	
ضعیف		۳۳ (۲۶/۸)	۴۰ (۳۲/۳)	
قابل قبول		۶۸ (۵۵/۳)	۴۳ (۳۴/۷)	
بسیار خوب		۱۱ (۸/۹)	۲۸ (۲۲/۶)	
عالی		۴ (۳/۳)	۵ (۴/۰)	

*آزمون دقیق فیشر

فقط تعداد کمی از کارکنان پرستاری در ۱۲ ماه گذشته‌ی کاری خود گزارش خطا داشتند^(۲۱). در راستای اجرای برنامه‌های دوستدار ایمنی بیمار، گزارش خطاها و یادگیری از آن می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. در این راستا اگرچه هنوز تعداد کارکنانی که خطاهای پزشکی را گزارش نمی‌کنند کم نیست ولی این روند در طی سال‌های قبل روند افزایشی داشته است. یکی از دلایل عدم تمایل کارکنان به گزارش‌دهی موارد خطا می‌تواند فرهنگ تنبیهی حاکم بر بیمارستان‌ها و ترس آن‌ها از عواقب گزارش خطای رخ داده باشد^(۳). البته در این زمینه اقداماتی

بحث و نتیجه‌گیری

از آن‌جا که پرستاران نقش کلیدی در ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار ایفا می‌کنند، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بیمارستان واسعی سبزواری بین سال‌های ۹۸-۱۳۹۵ انجام شده است. بر اساس نتایج پژوهش در سال ۱۳۹۸، نزدیک به نیمی از کارکنان پرستاری طی ۱۲ ماه گذشته هیچ گزارش خطایی نداشتند که این میزان در سال ۱۳۹۵، بیش از نیمی از کارکنان است که البته در مطالعه‌ی یعقوبی فر و همکاران که در سال ۱۳۹۰ در سه بیمارستان شهر سبزواری انجام گرفت،

نموده‌اند. در مطالعات مختلف در ایران میانگین سطوح ابعاد فرهنگ ایمنی در سطح متوسط بوده است^(۳۰،۳۱). همچنین در مطالعه‌ی Gunes و همکاران در ترکیه نیز در سطح متوسط گزارش شده است^(۳۲).

در رابطه با تغییرات ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۸ در مقایسه با سال ۱۳۹۵ مشخص شده است که بیشتر ابعاد تغییرات معنی‌دار مثبتی داشته‌اند. ولی در دو بعد یادگیری سازمانی و کار تیمی درون سازمانی تغییرات به طور معنی‌داری در جهت کاهش میانگین نمرات بوده است. البته در مطالعه‌ی Alswat و همکاران بر روی کارکنان بیمارستان آموزشی در عربستان سعودی، در مقایسه دو سال ۲۰۱۲ و ۲۰۱۵ همه ابعاد روند افزایشی داشته است^(۲۵)، که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد.

بعد ارتباطات و ارائه بازخورد از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار، به معنای این است که به تغییرات صورت گرفته بر اساس گزارش حوادث ناخواسته بازخورد نشان داده شود^(۳۶). در این مطالعه در سال ۱۳۹۸ بیشترین امتیاز مربوط به ابعاد ایمنی بیمار است و در سطح مطلوب قرار می‌گیرد. همچنین میانگین نمرات در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۵ به طور معنی‌داری افزایش داشته است. در مطالعه‌ی امیران و همکاران که در مورد پرستاران و پزشکان شاغل در مرکز درمانی منتخب ارتش جمهوری اسلامی انجام شد، نیز بیشترین میانگین مربوط به این بعد بوده است^(۲۷). همچنین مطالعه‌ی مروری Morello و همکاران^(۲۸) و Lee و همکاران^(۲۹) نیز نشان داد که این بعد در بیشتر مطالعات در وضعیت خوبی قرار دارد. این بعد در مطالعه‌ی Tavares و همکاران که در مورد پرستاران یک بیمارستان آموزشی در برزیل انجام شد با کسب ۷۰ درصد از امتیاز مربوطه نیز در سطح مطلوب قرار گرفت^(۳۰). اگرچه در تعدادی از پژوهش‌ها نیز سطح ارزیابی آن ضعیف و نیازمند به ارتقاء گزارش شده است^(۵،۱۱،۲۱،۲۲). با رعایت این بعد، گزارش دهی وقایع ناخواسته، تبدیل به هنجار سازمان می‌شود.

در جهت رفع مشکل در سال‌های اخیر انجام گرفته است. صدور تشویقی برای افراد یا بخش و واحد گزارش دهنده، از جمله راه کارهایی بود که برای کاهش ترس، دغدغه تنبیه و بازخواست در بین کارکنان انجام شده است.

در سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ تعداد کمی از پرستاران وضعیت ایمنی بیمار در واحد خود را بسیار خوب یا عالی گزارش کردند که با نتایج مطالعه‌ی یعقوبی فر و همکاران^(۳۱) همخوانی دارد. در مطالعه‌ی Macedo و همکاران در مورد پرستاران شاغل در بخش اورژانس کودکان^(۳۲) و در مطالعه‌ی Gunes و همکاران که در مورد پرستاران شاغل در سه بیمارستان عمومی و یک بیمارستان آموزشی در ترکیه انجام گرفت^(۳۳)، حدود نیمی از کارکنان از وضعیت ایمنی بیمار در بخش و واحد خود، رضایت داشتند، که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد. به همان نسبت که عملکرد واحدها و بخش‌های مختلف بیمارستان در زمینه‌ی ایمنی بیمار ارتقاء یافته است، سطح دانش و آگاهی کارکنان نیز در این زمینه افزایش یافته است. بنابراین با توجه به آگاهی بیشتر پرستاران نسبت به مسائل ایمنی بیمار، تعداد کارکنانی که با مقایسه دانش خود از ایمنی بیمار و سطح موجود، آن را در سطح بسیار خوب یا عالی می‌دانند زیاد نیست؛ بنابراین تمامی اقدامات در راستای پیاده سازی کامل مباحث اعتباربخشی که بر پایه ایمنی بیمار است، بایستی در بیمارستان‌ها انجام گیرد.

نمره‌ی کلی فرهنگ ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۵، در سطح پایین و در سال ۱۳۹۸، در سطح متوسط گزارش شد. در همین راستا، نمره‌ی کلی فرهنگ ایمنی بیمار در مطالعه‌ی یعقوبی و همکاران در سال ۱۳۹۰ در سبزوار در سطح ضعیف گزارش شده است^(۳۱). طبق نتایج سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۵ نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار روند افزایشی داشته است. دلیل آن افزایش ادراک پرستاران از ایمنی بیمار در طی آموزش‌های مستمر و مداومی است که در جریان پیاده‌سازی سنج‌های اعتباربخشی (که بیشتر بر پایه ایمنی بیمار پایه‌ریزی شده است) دریافت

مدیریت پرستاری، تحویل و تحول مناسب بیمار در انتقال و اعزام بیمار از جمله موارد پیشنهادی برای ارتقاء این بعد است.

انتظارات و اقدامات مدیریتی در دو سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ نیز مانند بیشتر مطالعات در سطح متوسط قرار گرفته است^(۱۲،۲۲،۲۵،۲۷،۳۰). در مطالعه‌ی مروری Morello و همکاران و Lee و همکاران^(۲۸،۲۹) در بیشتر مطالعات مورد بررسی آنان نمره بالاتر از ۷۰ را نشان دادند. مدیران می‌توانند تعهد خود نسبت به ایمنی بیمار را با کنترل عملکرد پرستاران و مشارکت دادن آنان در امر تصمیم‌گیری در مورد امور مربوط به ایمنی بیمار نشان دهند.

بعد تناوب گزارش‌دهی بیانگر آن است که هنگامی که اشتباهی رخ می‌دهد پیش از آن‌که بیمار را تحت تأثیر قرار دهد، کشف و تصحیح شود^(۳۶). این بعد در سال ۱۳۹۸ با کسب نمره بالاتر از ۵۰ در سطح متوسط قرار گرفته که نسبت به سال ۱۳۹۵ به طور معنی‌داری افزایش نمره داشته است و با نتایج سایر مطالعات همسو است^(۱۲،۲۵،۲۹). بعد تناوب گزارش‌دهی نیز در مطالعه‌ی Al Nadabi و همکاران^(۳۴) و Tavares نمره بالاتر از ۷۰ را کسب نموده است^(۳۰) ولی در مطالعه‌ی یعقوبی فر و همکاران^(۳۱) و Granel و همکاران^(۳۲) نمره پایین‌تر از ۵۰ را کسب نموده و نیازمند ارتقاء است. تیم رهبری و مدیریت نیز بایستی با رویکرد عاری از سرزنش نابجا، منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ منصفانه گزارش‌دهی وقایع ناخواسته درمان را ترویج نمایند.

حمایت مدیریت از ایمنی نیز در سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۸ با کسب میانگین نمره بالاتر از ۵۰ در سطح متوسط دسته‌بندی می‌شود و ارتقاء نمره آن در سال ۱۳۹۸ نیز نسبت به سال ۱۳۹۵ معنی‌دار نبوده است. نتایج مطالعه‌ی حاضر با سایر مطالعات همخوانی دارد^(۲۲،۲۶،۲۸،۳۰،۳۳). در مطالعه‌ی مقری و همکاران، این بعد جزء پایین‌ترین نمرات از ابعاد ایمنی بیمار بوده است^(۱۰). در واقع رهبران سازمان، باید فضائی خلق کنند که در آن تمامی کارکنان به راحتی دغدغه‌های خود را بیان نمایند و ایمنی بیمار در تمام

تبادل و انتقال اطلاعات، توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن است. به طوری که اطلاعات مهم در مورد بیمار در هنگام تحویل و تحول از قلم نیفتد و تغییر نوبت کاری کارکنان کوچک‌ترین شکافی در مراقبت از بیمار ایجاد نکند. بعد تبادل و انتقال اطلاعات در این مطالعه در سال ۱۳۹۸ با کسب امتیاز بالاتر از ۵۰ نمره متوسطی کسب نموده است. به طوری که با مطالعه‌ی امیران و همکاران^(۲۷) و Morello و همکاران^(۲۸) همخوانی دارد. در مطالعه‌ی Wakefield و همکاران که در مورد کارکنان بالینی و مدیریتی بیمارستان انجام گرفت، این بعد با کسب امتیاز کمتر از ۵۰ درصد، ضعیف و نیازمند ارتقاء عنوان شد^(۵). همچنین در مطالعه‌ی Hessels و همکاران که در مورد پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آتلانتیک میانی انجام شد جزء نمرات پایین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بوده است^(۳۱). برای تقویت این بعد مهم، تسهیل کار تیمی و پرورش فرهنگ ایمنی بیمار و فراهم نمودن امکان تبادل اطلاعات کامل مرتبط با شرایط بیمار مورد نیاز است. اجرایی نمودن تکنیک (B:Background, A: S:Situation,) SBAR در بیمارستان در هنگام تحویل نوبت کاری و هنگام انتقال موقت بیمار از بخش‌های داخل بیمارستان، انتقال موقت و یا دائم بیمار به خارج از بیمارستان و تبادل اطلاعات بین تیم بالینی درون بیمارستان با کادر همراه اعزام و نیز مرکز تحویل‌گیرنده بیمار ضروری است.

کار تیمی برون سازمانی نشان می‌دهد واحدهای بیمارستانی با یکدیگر هماهنگ هستند و به‌خوبی با هم کار می‌کنند^(۳۶). با وجود این که میانگین نمرات این بعد در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۵ افزایش یافته است و در سطح متوسط است، ولی از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. در برخی مطالعات نمره بالاتر از ۵۰^(۳۰،۳۱،۳۲،۳۳) و در برخی مطالعات نمره پایین‌تر از ۵۰ را کسب نموده است^(۵،۲۲،۳۲). وجود تعامل بین واحدهای پاراکلینیک و کلینیک در بیمارستان و نظارت و پایش آن توسط تیم

دانند که برای خطاهای مبتنی بر سیستم تنبیه یا سرزنش نخواهند شد و سازمان از روشی برای تشخیص پاسخگویی افراد در قبال اشتباهاتشان استفاده می‌کند^(۳۴).

مسائل کارکنان نشان می‌دهد که آن‌ها ساعات طولانی کار می‌کنند و از کارکنان موقت بیش از حد استاندارد، استفاده می‌شود و سعی می‌گردد حجم زیادی از کار با سرعت بسیار زیاد انجام شود^(۳۶). نتایج مطالعه، افزایش معنی‌دار میانگین نمرات این بعد در سال ۱۳۹۸ نسبت به ۱۳۹۵ را نشان داد ولی میانگین نمرات در سال ۱۳۹۸ همچنان پایین‌تر از ۵۰ درصد بود. این بعد در بیشتر مطالعات نمره پایین‌تر از ۵۰ را کسب نموده است^(۲۲،۲۵،۲۹) و در مطالعه‌ی Hessels و همکاران، پایین‌ترین نمره ایمنی را داشته است^(۳۱). موارد پیشنهادی جهت ارتقاء این بعد تبعیت از قانون ارتقاء بهره‌وری و نظارت بر اجرای درست آن، استفاده از نیروهای جایگزین استعلاجی در سیستم و کاهش بار اضافه‌کاری اجباری، استفاده از روش‌های معتبر در چینش و ضریب نیرو به تخت، توزیع متوازن نیرو در نوبت‌های مختلف کاری و روزهای تعطیل متناسب با ضریب اشغال تخت بخش است.

یادگیری سازمان یعنی سازمان از خطاهای گذشته تجربه کسب کرده و می‌آموزد. در فرهنگ منصفانه، این موضوع درک می‌گردد که کارکنان حرفه‌ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند ولی بی‌مبالاتی‌ها قابل پذیرش و قابل تحمل نیست. میانگین نمرات این بعد از فرهنگ ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۵ به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده است و میانگین نمره آن زیر ۵۰ درصد و در سطح ضعیف دسته‌بندی می‌شود. در برخی مطالعات این بعد نمره بالاتر از ۵۰ و در سطح متوسط داشته است^(۷،۲۱،۳۳،۳۵) همچنین در برخی مطالعات با کسب نمره بالاتر از ۷۰ درصد در رده مطلوب دسته‌بندی شده است^(۲۰،۲۴،۲۵،۲۷،۲۸،۳۰)، که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارند. در این مورد به اشتراک‌گذاری سیستمی خطاهای

سطوح عملکردی بیمارستان به یک ارزش سازمانی نهادینه شده تبدیل گردد.

در مورد بعد باز بودن مجاری ارتباطی اگرچه میانگین نمره در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۵ به طور معنی‌داری ارتقاء یافته است، ولی همچنان نمره پایین‌تر از ۵۰ را دارد، که با مطالعه‌ی Granel و همکاران همخوانی دارد^(۳۲). این بعد در مطالعه‌ی Alswat و همکاران نمره بالاتر از ۷۰ را کسب نموده است^(۲۵) که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد. اقداماتی که پیشنهاد می‌شود بیشتر مورد توجه قرار گیرد، شامل اجرائی شدن هفت قانون دارودهی در بیمارستان (قانون هفتم: حق کارکنان در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی)، برگزاری تریبون آزاد و تجمعات پرسش و پاسخ کارکنان با تیم رهبری و مدیریت و وجود برنامه یا ساعات ملاقات حضوری با تیم رهبری و مدیریت است.

بعد درک کلی از ایمنی نیز در سال ۱۳۹۸ با کسب نمره پایین‌تر از ۵۰ در سطح ضعیف قرار دارد، ولی نسبت به سال ۱۳۹۵ ارتقاء نمره داشته که از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. این نتایج با مطالعه‌ی Granel و همکاران همسو است^(۳۲)، ولی در تعدادی از مطالعات نمره بالاتر از ۵۰ و در سطح متوسط را کسب نموده است^(۵،۱۲،۲۱،۲۸،۲۹). با توجه به نتایج درک کلی کارکنان از فرهنگ ایمنی در یک سازمان با فرهنگ ایمنی بالا، بیشتر است. مشخصات یک سازمان واجد فرهنگ ایمنی، امنیت روانی، رهبری فعال، شفافیت و انصاف است. در امنیت روانی افراد می‌دانند که دغدغه‌هایشان پذیرش شده و با احترام با آن‌ها برخورد می‌شود. رهبری فعال نیز شامل تشریح اطلاعات، دعوت سایر اعضای تیم به مشارکت با مهارت‌ها و دغدغه‌هایشان، در دسترس بودن و ترویج بیان آزادانه نظرات و عقاید (Speak Up) است. شفافیت، بررسی آسان خطاها، در میان گذاشتن یافته‌ها در درون سازمان، یادگیری سایرین درون سازمان و پیش‌گیری از وقایع مشابه، تمایل برای اطلاع‌رسانی به عموم و یادگیری از سوی سایر سازمان‌ها است. در حیطه انصاف افراد می

۵۰ درصد را کسب نموده است^(۲۷). تمایل نداشتن بعضی از کارکنان جهت تکمیل پرسشنامه و همچنین مخدوش بودن برخی از پرسشنامه‌ها از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، البته قبل از تکمیل پرسشنامه توضیحات کافی به پرستاران داده شد و پرسشنامه‌های مخدوش کنار گذاشته و از طرح خارج گردید.

یافته‌های مطالعه حاکی از آن است که در حالی که در نمره کلی فرهنگ ایمنی و برخی از ابعاد پیشرفت‌های محسوسی مشاهده می‌شود، هنوز مواردی از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار وجود دارد که مدیران و مسئولین ذی صلاح باید در راستای ارتقاء و تقویت آن تلاش نمایند. در این زمینه باید راهبردهای کلی برای بهبود بیشتر روش‌های ایمنی بیمار و سرمایه‌گذاری بیشتر در تعیین‌کننده‌های فرهنگ ایمنی بیمار، مخصوصاً در زمینه‌های یادگیری سازمانی و کار تیمی درون سازمانی، راهنمایی و اطلاع‌رسانی شود. همچنین ارزیابی و بازدیدهای منظم مدیریتی در زمینه ایمنی بیمار می‌تواند به بیمارستان‌ها امکان درک بهتر و عملکرد فعال‌تر را فراهم نماید. نتایج پژوهش می‌تواند به مدیران بیمارستان‌ها در زمینه استقرار سیستم اعتباربخشی با محوریت ایمنی بیمار کمک نماید. همچنین بررسی تک تک ابعاد آن در زمینه‌سازی و اشاعه‌ی فرهنگ ایمنی کمک‌کننده است. پژوهش‌های بعدی در جهت بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در بخش‌ها و واحدهای پاراکلینیک مختلف، ارزیابی مستمر آن و همچنین انجام مداخلات اثربخش در جهت تغییر فرهنگ ایمنی بیمار توصیه می‌گردد.

تضاد منافع: هیچگونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

رخ داده شده به صورت سناریو، خبرنامه و غیره در یادگیری همگانی و جلوگیری از ارتکاب موارد مشابه کمک‌کننده است.

در مورد کار تیمی درون سازمانی، میانگین نمرات این بعد از فرهنگ ایمنی بیمار در سال ۱۳۹۸ نسبت به سال ۱۳۹۵ به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده است. همچنین بر خلاف نتایج به دست آمده این بعد از فرهنگ ایمنی بیمار در بیشتر مطالعات جزء قوی‌ترین بعد فرهنگ ایمنی بیمار است^(۲۰،۲۱،۲۵،۳۵،۳۶). می‌توان اجرایی شدن مراقبت موردی در بیمارستان (کیس متد) در سال‌های اخیر را یکی از دلایل کاهش میانگین نمرات این بعد دانست؛ اگر چه راه اندازی برنامه مراقبت موردی در ارتباط با کاهش خطرات و خطاهای احتمالی برای بیمار می‌باشد، ولی ممکن است از نظر پرستاران مخصوصاً در وهله نخست اجرای آن، مانعی جهت انجام کار تیمی باشد. توصیه می‌شود این مهم به صورت اصولی و بر اساس سطوح مراقبتی بیماران انجام شود و در صورت اقدامات نیازمند حیات برای بیماران کار تیمی تا زمان به ثبات رسیدن وضعیت بیمار انجام شود، که نظارت بیشتر مسئولین بیمارستان را می‌طلبد.

در مورد برخورد غیرتنبیهی، فرهنگ ایمنی بیمار در یک سازمان، محصول ارزش‌ها، نگرش‌ها، ادراکات، شایستگی‌ها و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهد به مدیریت ایمنی و سلامت سازمانی و روش و کارآمدی آن را نشان می‌دهد. این فرهنگ حاکی از اعتماد دوطرفه است که در آن همه کارکنان می‌توانند آزادانه در خصوص مشکلات ایمنی و چگونگی حل آن‌ها صحبت کنند بدون آن که ترسی از سرزنش غیرمنصفانه یا تنبیه داشته باشند. این بعد نیز با وجود این که با کسب نمره پایین‌تر از ۵۰ درصد هنوز در رده ضعیف دسته‌بندی می‌شود، ولی افزایش نمره آن نسبت به سال ۱۳۹۵ معنی‌دار بوده است. در سایر مطالعات نیز پایین‌ترین نمره را به خود اختصاص داده است^(۲۱،۲۲،۲۶،۳۰،۳۶)، که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. این بعد در مطالعه‌ی امیران و همکاران نمره بالاتر از

مقاله حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب با شماره ۹۹۰۸۵ توسط شورای پژوهشی معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی سبزوار است. بدین وسیله از تمامی پرستاران عزیز که با ما همکاری نمودند و نیز از مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان واسعی سبزوار و همچنین از سرکار خانم عالمه دهنی که ما را یاری نمودند، تشکر می‌نماییم.

References

1. Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management function in nursing. Theory and application. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 2012; 518.
2. Tahan M, Khakshoor F, Ahangari E. The relationship between teaching patient safety culture with promoting safety culture and self-efficacy of nurses. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2019;26(3):226-36. [Persian]
3. McFadden KL, Stock GN, Gowen III CR. Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health Care Manag Rev*. 2015;40(1):24-34.
4. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*. 2013;158(5_Part_2):369-74.
5. Wakefield JG, McLaws ML, Whitby M, Patton L. Patient safety culture: factors that influence clinician involvement in patient safety behaviours. *Quality and Safety in Health Care*. 2010;19(6):585-91.
6. Assefa T, Woldie M, Ololo S, Woldemichael K. Patient safety practices and medical errors: Perception of health care providers at Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia.. *Open J Prev Med*. 2012; 2(2): 162-70.
7. Lopes Campelo C, Alves de Sousa SD, Carvalho Silva LD, Dias RS, Ribeiro Azevedo P, Oliveira Nunes FD, de Souza Paiva S. Patient Safety Culture and the Cultural Nursing Care. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*. 2018;12(9):2500-6.
8. Shahrabadi R, Moeini B, Roshanai GH, Dashti S, Kafami V, Haghghi M. Assessing Hamadans nurses perceptions of patient safety cultures dimensions. *Journal of Hospital*. 2014;12(4):83-90. [Persian]
9. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Quality Health Care*. 2009;21(5):348-55.
10. Moghri J, AKBARI SA, RAHIMI FA, Arab M. Patient safety culture status in general hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Hakim Research Journal*. 2013; 16(3): 243-50. [Persian]
11. Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: a cluster randomised trial. *Br J Gen Pract*. 2015;65(634):e319-29.
12. 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 Quality Health Care*. 2018;30(9):660-77.
13. Okuyama JH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: a systematic review and meta-analysis. *Scien World J*. 2018:1-12
14. Cappelen K, Aase K, Storm M, Hetland J, Harris A. Psychometric properties of the nursing home survey on patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC health services research*. 2016;16(466):2-12.
15. Galvão TF, Lopes MC, Oliva CC, Araújo ME, Silva MT. Patient safety culture in a university hospital. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2018;26:e3014.
16. Tajabadi A, Ahmadi F, Sadooghi Asl A, Vaismoradi M. Unsafe nursing documentation: A qualitative content analysis. *Nursing ethics*. 2020;27(5):1213-24.

17. Hughes CM, Lapane KL. Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(4):281-6.
18. Songur C, Özer Ö, Gün Ç, Top M. Patient safety culture, evidence-based practice and performance in nursing. *System Pract Act Res*. 2018;31(4):359-74.
19. Toso GL, Golle L, Magnago TS, Herr GE, Loro MM, Aozane F, Kolankiewicz AC. Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective. *Revista gaucha de enfermagem*. 2016 15;37.
20. Shahian DM, Liu X, Rossi LP, Mort EA, Normand SL. Safety culture and mortality after acute myocardial infarction: A study of medicare beneficiaries at 171 hospitals. *Health Serv Res*. 2018;53(2):608-31.
21. Yaghoobi FM, 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]
22. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza SD, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016;50:756-62.
23. Güneş ÜY, Gürlek Ö, Sönmez M. A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian*. 2016;23(2):225-32.
24. Al Nadabi W, McIntosh B, McClelland T, Mohammed M. Patient safety culture in maternity units: a review. *Int J Health Care Quality Assurance*. 2019;32(4):662-76.
25. Alswat K, Abdalla RA, Titi MA, Bakash M, Mehmood F, Zubairi B, Jamal D, El-Jardali F. Improving patient safety culture in Saudi Arabia (2012–2015): trending, improvement and benchmarking. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):1-4.
26. Gunawan D, Hariyati RT. The implementation of patient safety culture in nursing practice. *Enfermeria clinica*. 2019;29:139-45.
27. Pour RM, Fatemi MA. Evaluation of patient safety culture based on the viewpoint of nurses and physicians employed in a Military hospital. *Military Caring Sciences*. 2018; 5(1). 26-33. [Persian]
28. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ quality & safety*. 2013;22(1):11-8.
29. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. *West J Nurs Res*. 2019;41(2):279-304.
30. Tavares AP, Moura EC, Avelino FV, Lopes VC, Nogueira LT. Patient safety culture from the perspective of the nursing team. *Rev Rene*. 2018;19: 1-7.
31. Hessels A, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse patient events. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(4):287–94.
32. Granel N, Manresa-Domínguez JM, Barth A, Papp K, Bernabeu-Tamayo MD. Patient safety culture in Hungarian hospitals. *Int J Health Care Quality Assur*. 2019;32(2):412-24.
33. Fan CJ, Pawlik TM, Daniels T, Vernon N, Banks K, Westby P, Wick EC, Sexton JB, Makary MA. Association of safety culture with surgical site infection outcomes. *J Am College Surg*. 2016;222(2):122-8.
34. Li Y, Zhao Y, Hao Y, Jiao M, Ma H, Teng B, Yang K, Sun T, Wu Q, Qiao H. Perceptions of patient safety culture among healthcare employees in tertiary hospitals of Heilongjiang province in northern China: a cross-sectional study. *Int J Qual i Health Care*. 2018;30(8):618-23.
35. Arrieta A, Suárez G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. *Int J Qual Health Care*. 2018;30(3):186-91.
36. Berry JC, Davis JT, Bartman T, Hafer CC, Lieb LM, Khan N, Brill R. Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system. *J patient safety*. 2020;16(2):130-6.