

بررسی فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی نقاط ضعف و قوت آن در بیمارستان‌های شهر سبزوار در سال ۱۳۹۰

محمدعلی یعقوبی فر^۱، افسانه تکبیری^۲، الهه حق‌گشایی^۳، یاسر تبرایی^۴

^۱ کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مربی گروه بهداشت خانواده، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۲ کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار و ارتقاء کیفیت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۴ کارشناسی ارشد آمار زیستی، مربی گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

نشانی نویسنده مسؤل: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار و ارتقاء کیفیت سلامت، افسانه تکبیری
E-mail: takbiri2010@gmail.com

وصول: ۹۱/۳/۱۱، اصلاح: ۹۱/۶/۲۹، پذیرش: ۹۱/۸/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: در سازمان‌های ارائه‌کننده مراقبت بهداشتی بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، اولین گام ضروری جهت کاهش خطاهای پزشکی و ارتقای ایمنی بیمار می‌باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی نقاط ضعف و قوت آن در سه بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سبزوار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقطعی، در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۰ با استفاده از پرسشنامه بررسی فرهنگ ایمنی بیمار، نسخه بیمارستانی (HSOPSC) انجام شد. ۳۸۵ نفر از کارکنان درمانی (پرستار، پزشک، ماما، کارکنان شاغل در آزمایشگاه و رادیولوژی) در بیمارستان‌های مورد مطالعه به صورت سرشماری، وارد مطالعه شدند.

یافته‌ها: نتایج این بررسی نشان می‌دهد که دو بعد کار تیمی درون واحد و یادگیری سازمانی بهبود مداوم با $74 \pm 73/65$ درصد و $7 \pm 69/16$ درصد، حائز بالاترین میانگین درصد پاسخ‌های مثبت شدند و دو بعد پاسخ غیر تنبیهی هنگام بروز خطاها و امور مربوط به کارکنان به ترتیب با $71 \pm 13/03$ درصد و $70 \pm 22/37$ درصد، کم‌ترین میانگین درصد پاسخ‌های مثبت را داشتند. ۸۹ درصد کارکنان بیان کردند که در ۱۲ ماه گذشته، هیچ خطا یا حادثه‌ای را گزارش نداده بودند. همچنین تنها ۳۱ درصد از کارکنان، وضعیت ایمنی بیمار را در واحد کاری‌شان عالی یا بسیار خوب گزارش کردند.

نتیجه‌گیری: این بیمارستان‌ها می‌توانند با تکیه بر نقاط قوت خود از نظر فرهنگ ایمنی بیمار و تلاش در جهت برطرف کردن نقاط ضعف خود، برای ایجاد محیطی ایمن و جوی مساعد تلاش نمایند. بنابراین لازم است ترس از سرزنش شدن در قبال اشتباهات را حذف و جوی سرشار از ارتباطات باز و یادگیری مستمر را در بیمارستان پیاده سازند.

واژه‌های کلیدی: فرهنگ، ایمنی بیمار، بیمارستان، خطاهای پزشکی.

مقدمه

یکی از مسایل مهم در بخش سلامت، کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه شده به بیماران می‌باشد (۱). بیمار در بیمارستان محور اصلی است و خدمات بیمارستانی به‌خاطر حضور او انجام می‌شود. توجه ویژه انسان به بهبودی و سلامتی خود باعث گردیده که بیماران بستری در بیمارستان‌ها انتظار داشته باشند، خدمات درمانی که به آن‌ها ارائه می‌شود، در نهایت کیفیت باشد (۲). کیفیت مراقبت از عناصری تشکیل شده که ایمنی بیمار یکی از مهم‌ترین آن‌هاست (۱). اما مطالعات مختلف حاکی از این امر می‌باشد که بسیاری از بیماران در مواجهه با سیستم‌های درمانی به جای دریافت کمک در جهت بهبود، آسیب می‌بینند (۳). امروزه خطاهای پزشکی یکی از مشکلات عمده بخش بهداشت و درمان در جهان می‌باشد که سالانه سبب مرگ‌ومیر، عوارض جسمی برای بیماران و سایر افراد خانواده و حتی جامعه می‌شود (۴). خطاهای پزشکی ممکن است در هر نقطه از فرایند مراقبت رخ دهد و نتایج جدی به‌همراه داشته باشد (۵).

این خطاها تهدیدی برای رفاه و سلامت بیمار بوده و تکرار چنین مواردی کیفیت مراقبت ارائه شده را دستخوش تغییر می‌کند (۲). بروز این‌گونه خطاها، علاوه بر ایجاد مرگ‌ومیر و ناتوانی، به لحاظ مالی نیز هزینه هنگفتی را برای بخش سلامت در پی خواهد داشت. گزارشات نشان می‌دهد که بین سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۴ کل هزینه‌ای که در نتیجه صدمات وارده به بیمار به علت خطاهای پزشکی به طرح Medicare ایالات متحده تحمیل شده، در حدود ۸/۸ میلیون دلار بوده است (۶). برای برخورد با خطاها در سیستم‌های بهداشتی و درمانی، دو رویکرد اصلی وجود دارد که عبارتند از رویکرد فردی و رویکرد سیستماتیک. در رویکرد فردی، به رفتار افراد توجه می‌شود و خطاهای موجود، از پروسه‌های اشتباه ذهنی افراد مانند فراموشی، بی‌دقتی، کم‌توجهی، بی‌انگیزگی و غیره ناشی می‌شود. طبیعتاً راه حل پیشنهاد شده

نیز مقابله با رفتارهای فردی است (۷). درحالی‌که تحقیقات نشان داده است که در مؤسسات بهداشتی و درمانی قابلیت خطا به شدت تحت تأثیر شرایط نامطلوب محیط کاری قرار می‌گیرد. این شرایط شامل فشارهای کاری، نظارت ناکافی و خصومت‌آمیز، ارتباطات ضعیف و سیستم ارتباطی نامناسب، تضاد و تعارض بین کارکنان، نگهداری نامناسب تجهیزات و ساختمان، اهداف ناسازگار، محیط استرس‌زا، دانش و تجربه ناکافی کارکنان، خستگی آنان و اطمینان بیش از حد به عملکردشان می‌باشد (۸،۹). دانستن این نکته که نظام‌ها و رویه‌های نامشهود بسیاری می‌توانند در بروز خطاها سهم عمده‌ای داشته باشند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد (۱۰). سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی نیازمند ایجاد یک نظام جامع سیستمیک مبتنی بر فرآیندهای ارتقای ایمنی بیمار جهت کاهش خطاها و پاسخگویی مناسب به افراد صدمه دیده می‌باشند که از طریق استقرار فرهنگ ایمنی بیمار و ایجاد ساز و کارهای مناسب سازمانی امکان‌پذیر می‌باشد (۱۱). به‌عبارت دیگر وجود فرهنگ سازمانی مناسب در مؤسسات بهداشتی و درمانی که ایمنی بیماران را مورد حمایت قرار می‌دهد، لازمه و پیش شرط حرکت به سوی ایجاد محیطی ایمن‌تر برای بیماران و کاهش هزینه‌های مربوط به خطاهای پزشکی می‌باشد (۳). فرهنگ ایمنی بیمار، فرهنگی است که کارکنان یک سازمان درباره پتانسیل وقوع خطا، آگاهی فعال و دائمی دارند. همچنین فرهنگی است که در آن بستر باز و منصفانه برای ایمنی وجود دارد و کارکنان تشویق می‌شوند درباره اشتباهات صحبت کنند. در سازمان‌های دارای فرهنگ ایمنی، افراد قادر به یادگیری از اشتباهات و اصلاح آن‌ها و انجام درست امور هستند (۱۲). استقرار فرهنگ ایمنی در سازمان و تغییر فرهنگ سکوت و خاموشی با ایجاد فضای باز برای گزارش خطاها و افزایش یادگیری سازمانی منجر به بهبود ایمنی بیمار می‌شود (۱۳). بنابراین اگر بیمارستان‌ها به دنبال

بهبود ایمنی بیمار هستند باید درباره فرهنگ ایمنی‌شان پیش‌تر بدانند (۱).

با توجه به اهمیت بالای فرهنگ ایمنی در افزایش ایمنی بیماران و کاهش خطاهای پزشکی، ابزارهای متعددی جهت سنجش وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز مختلف بهداشتی و درمانی از جمله بیمارستان‌ها طراحی گردیده‌است (۱۴) که یکی از کامل‌ترین آن‌ها ابزار سنجش فرهنگ ایمنی بیمار نسخه بیمارستانی (Hospital Survey on Patient Safety Culture- HSOPSC) می‌باشد که در سال ۲۰۰۴ توسط آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت بیمارستانی آمریکا طراحی گردید (۱۵). تاکنون تحقیقات زیادی با استفاده از این ابزار، چه در ایالات متحده و چه در سایر کشورهای جهان، صورت گرفته است (۲۰-۱۶). در ایران نیز پژوهش‌هایی در زمینه معتبرسازی این ابزار و استفاده از آن برای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار صورت گرفته است (۲۴-۲۱).

با توجه به اهمیت ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از ارکان اساسی مورد پایش در اعتبار بخشی مراکز درمانی و حاکمیت بالینی، مدل‌های مختلفی برای ارتقای آن ارائه شده است (۲۵، ۲۶) که از جمله آن‌ها، مدل هفت گام به-سوی ایمنی بیمار آژانس ملی ایمنی بیمار انگلستان می‌باشد. در این مدل ایجاد فرهنگ ایمنی اولین گام جهت دستیابی به ایمنی بیمار بیان شده است (۹). از آن‌جا که جهت استقرار فرهنگ ایمنی اولین اقدام، ارزیابی فرهنگ موجود در سازمان و شناسایی نقاط ضعف و قوت آن می‌باشد، نتایج حاصل از این پژوهش در راستای پاسخ به انتظاری است که از مراکز آموزشی و درمانی کشور مبنی بر گسترش فرهنگ ایمنی بیمار می‌رود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی مقطعی، در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۰ در سه بیمارستان شهر سبزوار انجام شد (به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی از ذکر نام بیمارستان‌ها

خودداری می‌گردد و بیمارستان‌ها با نام‌های الف، ب و ج مشخص می‌گردد). جامعه پژوهش شامل کلیه پزشکان، پرستاران، ماماها و کارکنان شاغل در آزمایشگاه و رادیولوژی بود. در این پژوهش به دلیل محدود بودن جامعه (۳۸۵ نفر) نمونه‌گیری انجام نشد و کل جامعه به-صورت سرشماری مورد بررسی قرار گرفت. معیار ورود کارکنان به این مطالعه داشتن حداقل شش ماه سابقه کاری در بیمارستان مورد مطالعه بود. افرادی که مأمور به خدمت در بیمارستان بوده و یا به صورت اضافه کاری در بیمارستان شاغل بودند و پرسشنامه‌هایی که تمامی پاسخ‌های آن یکسان بود و یا به نیمی از سؤالات پاسخی داده نشده بود، از مطالعه خارج شدند. در هر بیمارستان مسئول حاکمیت بالینی آن بیمارستان، بعد از تشریح اهداف و ماهیت طرح و تضمین محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه‌ها را بین کارکنان توزیع و پس از تکمیل، جمع‌آوری نمود. در نهایت ۲۰۷ پرسشنامه به‌صورت کامل جمع‌آوری گردید که نشان‌دهنده میزان پاسخ‌گویی ۵۳ درصد می‌باشد. در بین پاسخ‌گویان ۱۰۶ نفر پرستار، ۴۰ نفر ماما، ۲۸ نفر کارکنان شاغل در آزمایشگاه، ۲۰ نفر پزشک و ۱۳ نفر از کارکنان شاغل در رادیولوژی بودند.

در این پژوهش به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد بررسی فرهنگ ایمنی بیمار، نسخه بیمارستانی (HSOPSC) که توسط آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت بهداشتی آمریکا در سال ۲۰۰۴ طراحی گردید، استفاده شد. این ابزار، ابزاری روا و پایا است که با استفاده از متون مختلف، آزمون‌های شناختی و تحلیل عاملی به‌منظور ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان طراحی شده است (۲۴). ابزار مذکور در ایران (دانشگاه علوم پزشکی تهران) از طریق تحلیل عامل تأییدی با فرهنگ ایران معتبرسازی و به اثبات رسیده است (۲۱). در پژوهش حاضر نیز، مجدداً پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که مقدار آن ۰/۸۷ بود.

پرسشنامه مذکور دارای ۴۲ سؤال می‌باشد که ادراک کارکنان را درباره ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار می‌سنجد. این ابعاد عبارتند از:

- ۱- درک کلی از ایمنی موجود
- ۲- اقدامات و تدارکات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار
- ۳- یادگیری سازمانی - بهبود مداوم
- ۴- کار تیمی درون واحدهای سازمان
- ۵- پاسخ غیر تنبیهی در موقع بروز خطا
- ۶- مسائل کاری مربوط به کارکنان
- ۷- حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار
- ۸- کار تیمی مابین واحدهای سازمانی
- ۹- انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی

۱۰- بازبودن مجاری ارتباطی

۱۱- ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها (۱۲ تناوب گزارش‌دهی رخدادها.

هر بعد دارای ۳ یا ۴ سؤال می‌باشد که مقیاس سؤالات در حیطه‌های ۱ تا ۹ مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم و در حیطه‌های ۱۰ تا ۱۲ مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت از همیشه تا هرگز می‌باشد. علاوه بر این ۱۲ بعد، پرسشنامه حاوی ۲ سؤال منفرد دیگر درباره تعداد حوادث گزارش‌شده در ۱۲ ماه گذشته و ارزیابی وضعیت ایمنی بیمار در واحد کاری می‌باشد.

برای تحلیل داده‌ها، درمورد ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار از میانگین درصد پاسخ‌های مثبت استفاده شده است. بدین‌صورت که ابتدا درصد پاسخ‌های مثبت برای تک تک سؤالات هر بعد مشخص و سپس میانگین درصد پاسخ‌های مثبت برای آن بعد از طریق جمع درصد پاسخ‌های مثبت سؤالات آن بعد تقسیم بر تعداد کل سؤالات آن بعد محاسبه گردید. نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار نیز از طریق محاسبه میانگین، میانگین‌های درصد پاسخ‌های مثبت ۱۲

بعد فرهنگ ایمنی بیمار محاسبه گردید. در تحلیل نهایی و طبق راهنمای استفاده از پرسشنامه ابعادی که میانگین درصد پاسخ‌های مثبت آن، حداقل ۷۰ درصد باشد جزء نقاط قوت فرهنگ ایمنی، بین ۵۰ تا ۷۰ درصد خنثی و در مواردی که این میزان کمتر از ۵۰ درصد باشد، به‌عنوان نقاط ضعف فرهنگ ایمنی محسوب می‌شوند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵/۴ درصد از کارکنان در بیمارستان الف، ۳۰/۰ درصد در بیمارستان ب و ۲۴/۶ درصد در بیمارستان ج مشغول فعالیت بودند. همچنین ۲۳ درصد کارکنان مرد و ۷۷ درصد زن بودند. در جدول شماره ۱ مشخصات زمینه‌ای افراد مورد مطالعه بیان شده است.

نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان الف (۵۲/۳۵±۲۱/۰۹) بالاتر از سایر بیمارستان‌ها بود و پایین‌ترین نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار (۴۵/۰۳±۱۳/۹) مربوط به بیمارستان ب بود. در تمام بیمارستان‌ها بعد کار تیمی درون واحد (بدین معنی که کارکنان از یکدیگر حمایت می‌کنند، با احترام با هم برخورد کرده و به مانند یک تیم با هم کار می‌کنند) بالاترین میانگین درصد پاسخ‌های مثبت را داشت. در بیمارستان الف و ج، پایین‌ترین میانگین درصد پاسخ‌های مثبت مربوط به بعد پاسخ غیر تنبیهی به خطاها (بدین معنی که کارکنان احساس می‌کنند گزارش‌دهی آن‌ها در مورد اشتباهاتشان به ضررشان تمام نمی‌شود و این اشتباهات در پرونده شغلی آن‌ها ثبت نخواهد شد) می‌باشد. اما در بیمارستان ب، بعد امور مربوط به کارکنان که درباره تعداد کارکنان و ساعات کاری آن‌ها می‌باشد، پایین‌ترین میانگین درصد پاسخ‌های مثبت را داشت. همچنین در بین سه بیمارستان، میانگین درصد پاسخ‌های مثبت ۵ بعد از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار کم‌تر از ۵۰ درصد بود که نشان‌دهنده نقاط ضعف فرهنگ ایمنی در بیمارستان می‌باشد. این ابعاد عبارتند از: پاسخ

جدول ۱: مشخصات زمینه‌ای کارکنان درمانی شاغل در بیمارستان‌های شهر سبزوار در سال ۱۳۹۰

مشخصات افراد مورد مطالعه	تعداد	درصد
سن (سال)	۲۱-۳۰	۷۷ / ۴۰/۵
	۳۱-۴۰	۸۶ / ۴۵/۳
	۴۱-۵۰	۲۵ / ۱۳/۲
	<۵۰	۲ / ۱/۱
سابقه کار کلی (سال)	کمتر از یکسال	۳۰ / ۱۴/۵
	۱-۵	۴۴ / ۲۱/۳
	۶-۱۰	۷۱ / ۳۴/۳
	۱۱-۱۵	۳۵ / ۱۶/۹
	۱۶-۲۰	۱۳ / ۶/۳
	۲۱-۳۰	۱۴ / ۶/۸
ساعات کار در هفته (ساعت)	۱۰-۲۴	۳ / ۱/۶
	۲۵-۳۹	۷۲ / ۳۷/۳
	۴۰-۵۴	۱۰۵ / ۵۴/۴
	۵۵-۶۹	۱۱ / ۵/۷
تعامل با بیمار	مستقیم	۱۹۳ / ۹۴/۶
	غیر مستقیم	۱۱ / ۵/۴

درصد به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین میانگین را دارا بودند. بالاترین درصد پاسخ‌های مثبت (۸۷/۵ درصد) مربوط به این گزینه بود که "کارکنان این واحد فعالانه کارهای مختلفی را به منظور بهبود ایمنی بیمار انجام می‌دهند".

در بعد اقدامات و انتظارات مدیر یا سوپروایزر در راستای ارتقاء ایمنی بیمار، میانگین درصد پاسخ‌های مثبت ۵۴/۱۵ درصد بود و بیمارستان الف با ۵۶ درصد و بیمارستان ج با ۵۱/۵۷ درصد به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین میانگین را داشتند. همچنین این گزینه که "سوپروایزر یا مدیر این واحد از مشکلات مربوط به ایمنی بیمار که به میزان زیاد نیز رخ می‌دهد چشم‌پوشی می‌کند" بالاترین درصد پاسخ‌های مثبت (۷۱/۹ درصد) را داشت.

در بعد کار تیمی درون واحد، میانگین درصد پاسخ‌های مثبت در کل بیمارستان‌ها ۷۳/۶۵ درصد بود که این بعد بالاترین میانگین درصد پاسخ‌های مثبت را در بین ابعاد فرهنگ ایمنی در هر سه بیمارستان داشت. بعد کار تیمی درون واحد در بیمارستان الف با ۷۷/۱۱ درصد بالاترین و در بیمارستان ب با ۶۵/۵۲ درصد پایین‌ترین میانگین درصد پاسخ‌های مثبت را دارا بود. در این بعد این گزینه که کارکنان با احترام با یکدیگر برخورد می‌کنند، بالاترین درصد پاسخ‌های مثبت (۸۴/۷ درصد) را داشت.

در مجموع سه بیمارستان، میانگین درصد پاسخ‌های مثبت به بعد پاسخ غیر تنبیهی به خطاها ۱۳/۰۳ درصد بود و بیمارستان ب با ۲۵/۶ درصد بالاترین و بیمارستان الف با ۱۱/۶۶ درصد پایین‌ترین میانگین را داشتند. همچنین بالاترین درصد پاسخ‌های مثبت (۲۱/۱ درصد) مربوط به این گزینه بود که "وقتی حادثه‌ای گزارش می‌شود احساس می‌شود که بیش‌تر در مورد شخص نوشته می‌شود تا خود مسأله".

در بعد امور مربوط به کارکنان، میانگین درصد پاسخ‌های مثبت در سه بیمارستان ۲۲/۳۷ درصد بود که در

غیر تنبیهی به خطاها (۱۳/۰۳±۷/۱ درصد)، امور مربوط به کارکنان (۲۲/۳۷±۶/۰ درصد)، بازبودن مجاری ارتباطی (۳۷/۲۶±۳/۷)، تناوب گزارش‌دهی حوادث (۴۳/۶±۳/۰۳)، ارتباطات و بازخورد درباره خطاها (۴۷/۴۳±۵/۴ درصد) (جدول ۲).

در بعد ادراک کلی از ایمنی بیمار، میانگین درصد پاسخ‌های مثبت در مجموع سه بیمارستان ۵۸/۳۷ درصد بود و این میانگین در بیمارستان ج با ۶۲/۵۵ درصد بالاترین و در بیمارستان ب با ۵۰/۷۵ درصد کم‌ترین میزان را دارا بود. همچنین در بین گزینه‌های این بعد این گزینه که "تنها شانس و اقبال باعث می‌شود که اشتباهات جدی‌تری در اینجا اتفاق نیفتد" با ۷۸/۵ درصد بالاترین درصد پاسخ‌های مثبت را داشت.

در بعد دوم "یادگیری سازمانی و بهبود مداوم" میانگین درصد پاسخ‌های مثبت ۶۹/۱۶ درصد بود و بیمارستان ج با ۷۴/۳ درصد و بیمارستان ب با ۵۸/۶۳

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار درصد پاسخ‌های مثبت ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار به تفکیک بیمارستان‌های مورد مطالعه

کل	میانگین و انحراف معیار درصد پاسخ‌های مثبت							
	بیمارستان ج		بیمارستان ب		بیمارستان الف			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۶/۳	۵۸/۳۷	۱۱/۱	۶۲/۵۵	۱۹/۲	۵۰/۷۵	۴/۲	۶۰/۸۷	ادراک کلی از ایمنی بیمار
۸/۷	۶۹/۱۶	۱۲/۴	۷۴/۳	۹/۶	۵۸/۶۳	۱۰/۶	۷۳	یادگیری سازمانی و بهبود مداوم
۲/۳	۵۴/۱۵	۱۹/۵	۵۱/۵۷	۹/۶	۵۲/۳۵	۲۱/۳	۵۶	اقدامات و انتظارات مدیر در راستای ارتقای ایمنی بیمار
۶/۴	*۷۳/۶۵	۷/۴	*۷۶/۳	۱۱/۳	*۶۵/۵۲	۶/۲	*۷۷/۱	کار تیمی درون واحد
۷/۱	**۱۳/۰۳	۱۶/۴	**۲۱/۱۳	۱۴/۴	۲۵/۶	۱۴/۶	**۱۱/۶۶	پاسخ غیر تنبیهی به خطاها
۶/۰	۲۲/۳۷	۱۴/۹	۲۷/۶۵	۲۶/۶	**۱۵/۸۵	۱۵/۰	۲۳/۷	امور مربوط به کارکنان
۱۵/۳	۵۲/۵۳	۱۳/۴	۳۶/۶۶	۱۶/۰	۵۴/۷۶	۲۰/۶	۶۷/۱۶	حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار
۱۱/۵۱	۵۲/۶۷	۹/۴	۵۰/۶۵	۱۸/۹	۴۱/۳۵	۲۸/۴	۶۴/۲۵	کار تیمی مابین واحدهای سازمانی
۷/۸	۵۶/۳	۱۰/۹	۵۷/۷۵	۲۲/۴	۵۰/۶۷	۶/۵	۶۶/۲۷	انتقال و تبادل اطلاعات بیمار در بیمارستان
۳/۷	۳۷/۲۶	۲۱/۴	۴۲/۲۶	۱۸/۳	۳۶/۷۳	۱۲/۵	۳۵	بازبودن مجاری ارتباطی
۵/۴	۴۷/۴۳	۱۷/۰۸	۴۸/۴۶	۱۶/۱	۴۰/۷۳	۱۳/۰	۵۱/۱۶	ارتباطات و بازخورد درباره خطاها
۳/۰۳	۴۳/۶۶	۱۵/۳	۴۲/۳	۱۲/۳	۴۷/۴۶	۱۲/۵	۴۲/۱	تناوب گزارش‌دهی حوادث
۳/۶	۴۸/۳۷	۱۶/۸	۴۹/۲۹	۱۳/۹	۴۵/۰۳	۲۱/۰۹	۵۲/۳۵	نمره کلی فرهنگ ایمنی بیمار

*بالاترین میانگین درصد پاسخ‌های مثبت

**پایین‌ترین میانگین درصد پاسخ‌های مثبت

در بعد انتقال و تبادل اطلاعات مربوط به بیماران، میانگین درصد پاسخ‌های مثبت در سه بیمارستان ۵۶/۳ درصد بود که در بیمارستان الف (۶۶/۲۷ درصد) بالاترین و بیمارستان ب با ۵۰/۶۷ درصد پایین‌ترین میانگین را داشت. در این بعد بالاترین درصد پاسخ‌های مثبت ۷۳/۶ درصد مربوط به این گزینه بود که "تغییر شیفت کارکنان در این بیمارستان برای بیماران ایجاد مشکل می‌کند".

میانگین درصد پاسخ‌های مثبت در بعد بازبودن مجاری ارتباطی در سه بیمارستان ۳۷/۲۶ درصد می‌باشد که در بیمارستان ج بالاترین ۴۲/۲۶ درصد و در بیمارستان الف پایین‌ترین ۳۵ درصد میانگین می‌باشد. در این بعد بالاترین درصد پاسخ‌های مثبت ۵۱ درصد مربوط به این گزینه است: "کارکنان در مواقعی که احساس می‌کنند اقدامی می‌تواند ایمنی بیمار را به خطر بیندازد از تذکر دادن و جویا شدن دلیل انجام آن هراس دارند".

در بعد ارتباطات و بازخورد درباره خطاها، میانگین درصد پاسخ‌های مثبت در مجموع سه بیمارستان ۴۷/۴۳ درصد بود که بیمارستان الف با ۵۱/۱۶ درصد بالاترین و بیمارستان ب با ۴۰/۷۳ درصد پایین‌ترین میانگین را داشتند. همچنین بالاترین درصد پاسخ‌های

بیمارستان ج (۲۷/۶۵ درصد) بالاترین و بیمارستان ب با ۱۵/۸۵ درصد پایین‌ترین میانگین را داشت. در این بعد بالاترین درصد پاسخ‌های مثبت ۳۸/۸ درصد مربوط به این گزینه بود که "ما از کارکنان موقت بیش از حد استاندارد استفاده می‌کنیم".

در مجموع سه بیمارستان، میانگین درصد پاسخ‌های مثبت به بعد حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار ۵۲/۵۳ درصد بود و بیمارستان الف با ۶۷/۱۶ درصد بالاترین و بیمارستان ج با ۳۶/۶۶ درصد پایین‌ترین میانگین را داشتند. همچنین بالاترین درصد پاسخ‌های مثبت (۵۹/۶ درصد) مربوط به این گزینه بود که "مدیریت بیمارستان جو کاری را به‌وجود آورده است که ایمنی بیمار را ارتقاء می‌بخشد".

میانگین درصد پاسخ‌های مثبت به بعد کار تیمی مابین واحدهای سازمانی ۵۲/۶۷ درصد بود و بیمارستان الف با ۶۴/۲۵ درصد بالاترین و بیمارستان ب با ۴۱/۳۵ درصد پایین‌ترین میانگین را داشتند. همچنین بالاترین درصد پاسخ‌های مثبت (۵۷/۸ درصد) مربوط به این گزینه بود که "کار کردن با سایر بخش‌های بیمارستانی برایمان ناخوشایند است".

تسهیل می‌سازد (۲۷).

در مطالعه مفری که به بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های عمومی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخت، ابعاد بیش‌تری امتیاز کم‌تر از ۵۰ درصد را کسب کرده‌بودند که عبارتند از: حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، بازبودن مجاری ارتباطی، بازخورد و ارتباطات درباره خطاها، تناوب گزارش‌دهی حوادث، امور مربوط به کارکنان، انتقال و تبادل اطلاعات بیمار در بیمارستان، کار تیمی بین واحدها و پاسخ غیرتنبیهی به خطاها (۲). در مطالعه مشابه دیگری امیراسماعیلی و همکاران به بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در یک بیمارستان واقع در شهر تهران پرداختند، در مطالعه آن‌ها تعداد ابعادی که دارای نقاط ضعف می‌باشند، کم‌تر از پژوهش حاضر می‌باشد، این ۴ بعد عبارتند از: حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار، کار تیمی بین واحدها، امور مربوط به کارکنان و پاسخ غیرتنبیهی به خطاها (۲۲). در مقایسه با این دو مطالعه که در آن‌ها دو بعد حمایت مدیریت از ایمنی بیمار و کار تیمی بین واحدها از نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بود، در پژوهش حاضر این ابعاد از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار می‌باشند. باید توجه داشت که برنامه‌های اخیر وزارت بهداشت در راستای ارتقاء کیفیت و ایمنی خدمات، به‌ویژه حاکمیت بالینی که توجه ویژه‌ای به ایمنی بیمار دارد ممکن است در بروز این نتیجه مؤثر باشد چرا که دو پژوهش قبلی در سال ۱۳۸۸ و ۱۳۸۷ صورت گرفته‌اند و پژوهش حاضر در سال ۱۳۹۰، یعنی دو سال پس از ابلاغ دستورالعمل استقرار حاکمیت بالینی به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور اجرا شد. اما دو بعدی که در مطالعه حاضر و دو مطالعه داخلی دیگر از نقاط ضعف می‌باشند، عبارتند از امور مربوط به کارکنان و پاسخ غیرتنبیهی به خطاها که در خور توجه جدی می‌باشند. انجمن پزشکی آمریکا توصیه نموده است که سازمان‌ها برای ارتقاء در این زمینه می‌بایست، این فرهنگ را که خطاها و اشتباهات، ناشی از نارسایی‌های

مثبت ۵۱ درصد در این بعد مربوط به گزینه "ما از خطاهایی که در این واحد اتفاق می‌افتد مطلعیم" است. میانگین درصد پاسخ‌های مثبت در بعد تناوب گزارش‌دهی حوادث در سه بیمارستان ۴۳/۶۶ درصد می‌باشد که در بیمارستان ب بالاترین ۴۷/۴۶ و در بیمارستان الف پایین‌ترین ۴۲/۱ میانگین می‌باشد. در این بعد بالاترین درصد پاسخ‌های مثبت ۶۰/۵ مربوط به این گزینه است: "هنگامی که اشتباهی رخ دهد اما پیش از آن‌که بیمار را تحت تأثیر قرار دهد کشف و تصحیح می‌شود".

میانگین کلی فرهنگ ایمنی نیز در سه بیمارستان ۴۸/۳۷ درصد می‌باشد که در بیمارستان الف دارای بالاترین میانگین ۵۲/۳۵ درصد و بیمارستان ب دارای پایین‌ترین میانگین ۴۵/۰۳ درصد بود. در خصوص ۲ سؤال منفرد پرسشنامه نیز ۸۹ درصد کارکنان بیان کردند که در ۱۲ ماه گذشته هیچ خطا یا حادثه‌ای را گزارش ندادند و تنها ۳۱ درصد از کارکنان وضعیت ایمنی بیمار را در واحد کاری‌شان عالی یا بسیار خوب گزارش کردند.

بحث

در این پژوهش ابعاد باز بودن مجاری ارتباطی، بازخورد و ارتباطات درباره خطاها، تناوب گزارش‌دهی حوادث، امور مربوط به کارکنان و پاسخ غیرتنبیهی به خطاها از وضعیت نامطلوبی برخوردار بوده و نیازمند توجه جدی می‌باشند، به‌ویژه دو بعد امور مربوط به کارکنان و پاسخ غیرتنبیهی به خطاها که امتیاز بسیار پایینی کسب نموده‌اند. اما برخی ابعاد دیگر مثل کار تیمی درون واحد، یادگیری سازمانی و بهبود مداوم، از نقاط قوت بیمارستان در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار به شمار می‌روند. باید توجه داشت که یکی از روش‌های مهم در بهبود ایمنی بیمار یادگیری فردی و سازمانی و کسب تجربه از خطاهایی است که در بیمارستان روی داده است، روشن است که این امر نیازمند رهبری مناسب در تیم‌های ارائه دهنده مراقبت و وجود فرهنگی است که این فرآیند را

پرسنلی و فردی است را کنار گذاشته و خطاها را به عنوان فرصت‌هایی برای یادگیری محسوب کنند (۲۴).

طبق گزارش سال ۲۰۰۹ آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت آمریکا، از نظر کارکنان بیمارستان‌های آمریکا، بعد کار تیمی درون واحد به عنوان قوی‌ترین بعد فرهنگ ایمنی و دو بعد برخورد‌های غیرتنبیهی در پاسخ به اشتباهات و انتقال و تبادل اطلاعات مربوط به بیمار به عنوان ضعیف‌ترین ابعاد فرهنگ ایمنی بوده‌اند (۱۶). نتایج این مطالعه از نظر قوی‌ترین و ضعیف‌ترین ابعاد فرهنگ ایمنی با پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در پژوهش الجردالی و همکاران در لبنان ابعادی که بالاترین نمره مثبت را داشتند، شامل کار تیمی درون واحد، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار و یادگیری سازمانی و بهبود مداوم بود و ابعادی که پایین‌ترین نمره مثبت را داشتند، عبارت بود از: انتقال و تبادل اطلاعات بیمار در بیمارستان، امور مربوط به کارکنان و پاسخ غیرتنبیهی به خطاها (۲۵). نتایج این مطالعه نیز با پژوهش حاضر همسو بود. در مطالعه الجردالی بیش از ۷۰ درصد کارکنان ایمنی بیمار را عالی یا بسیار خوب ارزیابی نمودند، در حالی که در پژوهش حاضر این میزان تنها ۳۱ درصد بود. همچنین در مطالعه الجردالی ۶۰ درصد کارکنان بیان کردند که در ۱۲ ماه گذشته هیچ حادثه‌ای را گزارش نداده‌اند اما در پژوهش حاضر ۸۹ درصد کارکنان هیچ حادثه‌ای را در ۱۲ ماه گذشته گزارش نداده بودند. لازم به ذکر است که هر چه ارائه‌دهندگان مراقبت، گزارش‌دهی بیش‌تری درباره خطاها داشته باشند، این امر یک ویژگی مثبت برای فرهنگ ایمنی آن بخش محسوب می‌شود (۲۸). در واقع سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی از طریق افزایش گزارش‌دهی حوادث ناخواسته توسط کارکنان، می‌توانند کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار را بهبود بخشند (۲۹).

دسترسی مشکل به تعدادی از پرسنل و عدم همکاری آن‌ها به دلیل مشغله کاری زیاد، از جمله محدودیت‌های این مطالعه بود. این امکان وجود دارد که

دیدگاه کارکنانی که پرسشنامه را تکمیل نمودند با دیدگاه کارکنانی که حاضر به همکاری نشدند، در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار متفاوت باشد. به هر حال این پژوهش برای اولین بار در سطح بیمارستان‌های شهر سبزوار به بررسی فرهنگ ایمنی بیمار پرداخت و نتایج به تفکیک هر بیمارستان به مدیران بیمارستان‌ها بازخورد داده شد. بدیهی است بیمارستان‌ها با دانستن نقاط قوت و ضعف خود در زمینه فرهنگ ایمنی، بهتر می‌توانند در مسیر ارتقای ایمنی بیمار گام بردارند. پژوهش‌های بعدی لازم است میزان پیشرفت بیمارستان‌ها را در زمینه ارتقاء فرهنگ ایمنی مورد بررسی قرار دهند.

استقرار فرهنگ ایمنی در سازمان، لازمه و پیش-شرط ایجاد محیط ایمن‌تر در بیمارستان‌ها می‌باشد، همچنین جهت استقرار فرهنگ ایمنی اولین گام ارزیابی وضعیت فعلی آن است (۲). بیمارستان‌های مورد مطالعه در این پژوهش با تکیه بر نقاط قوت خود در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار و اصلاح نقاط ضعف خود می‌توانند در جهت بهبود ایمنی بیمار قدم بردارند. نقاط قوت بیمارستان‌ها در زمینه فرهنگ ایمنی نشان‌می‌دهد که کارکنان و مدیران بخش‌ها در جهت ارتقای فرهنگ ایمنی پتانسیل لازم را دارا هستند، اما اصلاح برخی رویه‌ها و سیاست‌ها در سطح بیمارستان ضروری می‌باشد که از آن جمله می‌توان به اصلاح رویه‌های گزارش‌دهی خطاها در بیمارستان‌ها اشاره کرد. از دیگر موارد، توجه به بهبود شرایط کاری کارکنان و رفع کمبود نیروی انسانی در بخش‌ها به‌ویژه کادر پرستاری و توزیع مناسب کادر پرستاری موجود و نهایتاً کاهش ساعات کاری آن‌ها می‌باشد. ایجاد بستری باز و منصفانه برای صحبت درباره خطاهای به‌وقوع پیوسته و یادگیری از آن‌ها و انجام اقدامات اصلاحی منجر به کاهش وقوع خطاهای مشابه در بخش‌ها می‌گردد. به منظور بهبود بعد پاسخ غیرتنبیهی به خطاها، لازم است در زمان وقوع حوادث، بیمارستان‌ها به دنبال مقصر دانستن یک فرد خاص نباشند و به تحلیل

تحویلی عظیم در تغییر ارزشها، باورها و رفتار کارکنان سازمان همسو با ارزشهای فرهنگ ایمنی دارد و همانند سایر تغییر و تحولات بزرگ، پشتیبانی و حمایت مدیران ارشد سازمان از اساسی‌ترین مؤلفه‌های موفقیت است.

ریشه‌ای خطاها بپردازند، چرا که ممکن است اشکالات اصلی در سیستم‌ها و رویه‌های موجود باشند و فردی دانستن علل خطاها، منجر به تکرار وقوع خطاها در شرایط مشابه گردد. در نهایت باید گفت، فرآیند استقرار فرهنگ ایمنی در سازمان فرآیندی زمان‌بر بوده که نیاز به

References

- 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 Services Research*, 2008; 8: 230.
- Moghri J. Validation of Hospital Survey of Patient Safety Culture (HSOPSC) and assessment patient safety culture from physicians, nurses and radiology and laboratory staff view [M.S thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009.(Persian).
- Azami A, Akbar Zadeh K. The survey of patient satisfaction from services provided by Ilam city hospitals. *Scientific journal of Ilam University of medical sciences*, 2004; 44: 10-16.(Persian) Saunders S. medication errors: clinical information. Joanna Briggs Institute, (2009); URL: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1937753941&sid=2&Fmt=3&clientId=79651&RQT=3>
- Delfan B, Mosadegh A, Nsafir Moghaddas S, Batebi R, Heydar Najafi F, Ahmadi M. The survey of importance of tuition medical errors from general physicians' point of views in Lorestan County: 2009; 10(1): 19-22.
- Alvarez G, Coiera E. Interdisciplinary communication: An uncharted source of medical error? *Journal of Critical Care*, 2006; 21(3), 236-42.
- khalighi Nejad N, Atayee M, Hadizadeh F. The window toward clinical governance and clinical excellence of services. Isfahan: Isfahan University of medical sciences. 2008. .(Persian)
- Sandars J, Cook G. ABC of patient safety.UK. BMJ Books. 2007.
- Patient Safety Incidents. Seven steps to patient safety the full reference guide.2004, URL: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59787>
- Byers JF, White SV. patient safety: principles and practice. New York: springer publishing company. 2004.
- Ravaghi H. The evaluation of organization culture. The summary articles of clinical governance congress, Tehran: Iran University of medical sciences. 2010:13.(Persian)
- Medical Errors Cost Medicare \$8.8 Billion from 2004 to 2006, Health Grades Reports. Health Grades. 2008.
- Saturno PJ, Da Silva Gama ZA, de Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, de Souza-Oliveira AC, Castillo C, Lopez MJ, Ramon T, Carrillo A, Iranzo MD, et al. Analysis of the patient safety culture in hospitals of the Spanish National Health System. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131 (3):18-25.
- Wilson K. A. Dose Safety culture Predict Clinical Outcome? [PHD. Dissertation]. United States-Florida: University of Central Florida; 2007.
14. 15. Campbell EG, Singer S, Kitch BT, Iezzoni LI, Meyer GS. Organizational Change and Learning Patient Safety Climate in Hospitals: Act Locally on Variation Across Units. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2010; 36(7): 319-26.
- Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on safety culture: 2009 comparative database report. U.S. department of health and human services. 2009.
- Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care*, 2010; 19(5): e17.
- Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugles A. Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2007; 20(7):620-32.
- Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research*, 2010, 10: 28.
- Chen ICh, Li HH, Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, 2010; 10:152.
- Moghri J, Arab M, Akbari Saari A, Nateqi E, Rahimi Forooshani A, Ghiasvand H, Sohrabi R, Goudarzi R. The Psychometric Properties of the Farsi Version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" In Iran's Hospitals. *Iranian J Publ Health*, 2012; 41(4):80-6.
- Amiresmaili M, Tourani S, Barati O. Measuring Safety Culture and Setting Priorities for Action at an Iranian Hospital. *Al Ameen J Med Sci*, 2010; 3(3): 237-45.

22. Abdi Zh, Maleki M, Khosravi A. Staff perception about patient safety culture in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Payesh Quarterly*, 2012; 10(4): 411-9.(Persian)
23. Baghayi R, Nourani D, Khalkhali H, Pir Nejad H. The survey of patient safety culture in teaching and therapeutic centers affiliated to Oromiyeh University of medical sciences. *Journal of Oromiyeh nursing and midwifery faculty*, 2012; 10(2): 155-64.(Persian)
24. El.Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. the current state of patient safety culture in Lebanese hospital: a study at baseline. *Int J Qual health care*, 2010; 22(5): 386-95.
25. Chandraharan E, Arulkumaran S. *Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine*, 2007, 17(7): 222-4.
26. Firth-Cozens J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality in Health Care*, 2001; 10(Suppl2):ii26-ii31.
27. Mardon RE, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Famolaro T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J patient Saf*, 2010; 6(4): 226-32.
28. Ricci M, Goldman AP, de Leval MR, Cohen GA, Devaney F, Carthey J. Pitfalls of adverse event reporting in pediatric cardiac intensive care. *Archives of Disease in Childhood*, 2004; 89(9): 856-9.

The survey of patient safety culture and recognizing its weaknesses and strengths in Sabzevar hospitals: 2011

Mohamd Ali Yaghoobi Far,

MS of Health Services Management, Instructor of Public Health Department, School of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Afsaneh Takbiri,

MS of Health Services Management, Patient Safety Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran;

Elahe Haghoshaye,

MS Student in Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Yaser Tabarraye

MS of Statistics, Instructor of Mathematics and Statistics Department, School of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Received:31/03/2012, **Revised:**20/10/2012, **Accepted:**10/11/2012

Corresponding: Mashhad University of Medical Sciences, Research Center for patient safety and healthcare quality, Afsaneh Takbiri takbiri2010@gmail.com

Abstract

Objectives: improving patient safety culture in healthcare organization is the first step for reducing medical errors and improvement of patient safety. This study was conducted to survey the patient safety culture based on staff point of views in Sabzevar hospitals.

Methods: This cross-sectional and descriptive study was conducted during July- September 2011, by using Hospital Survey Of Patient Safety Culture questionnaire (HSOPSC). 385 of clinical staff (physicians, nurses, midwives and staff working in lab and radiology departments) as census were included in the study. The patient safety culture questionnaire was used for data collection.

Results: "teamwork within unit" and "organizational learning - continuous improvement" had the highest percentages of positive responses with respectively $73.65 \pm 6.4 \%$ and $69.16 \pm 8.7 \%$ whereas "nonpunitive response" to errors ($13.03 \pm 7.1\%$) and "staffing" ($22.37 \pm 6\%$) had the chosen lowest percentages of positive responses. 89% of staff noted that they have not reported any medical errors during past 12 months. Only 31% of staff reported the patient safety status in their units as excellent or very good.

Conclusion: Hospitals can attempt to create safety environment for patients by applying the strengths of their patient safety culture and removing the weaknesses. Therefore hospitals should eliminate the staff fear of blame for their mistakes and create an atmosphere of open communications and continuous learning.

Key words: patient safety, culture, hospital, medical errors