ORIGINAL ARTICLE

Attitude of Health Center Staff towards the Components of Patient Safety Culture and Assessing Patient Satisfaction, Amol, Iran

Mohammad Khademloo[1],
Mahmood Moosazadeh[2],
Pejman Khosravi[3]

[1] Associate Professor, Department of Community Medicine , School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Assistant Professor, Health Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical sciences, Sari, Iran
[3] Resident in Family Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical sciences, Sari, Iran

(Received July 23, 2018 Accepted March 12, 2019)

Abstract

Background and purpose: Patient safety is one of the most important indicators of primary healthcare settings. There is a direct association between patient safety culture and improvement in healthcare outcomes. Also, identifying the factors that enhance client satisfaction could be of great help in improving quality of care. This research was done to investigate patient safety culture in health centers in Amol, Iran and evaluating patient satisfaction attending these centers.

Materials and methods: A descriptive study was carried out in 422 individuals including healthcare staff (n=211) and patients (n=211) selected from health centers in Amol, Iran between March and June 2018. The Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) was administered among the healthcare staff. The scale measures 12 dimensions of patient safety culture. The patients responded to service quality (SERVQUAL) scale which evaluates the quality of services received. Statistical analysis was performed in SPSS V22.

Results: Positive attitude in all dimensions was 82% among the staff. The highest rate of positive attitudes were seen towards patient follow up (85%) and the lowest rate was found towards total quality assessment and safety (59%). Total patient satisfaction was 79%. The highest level of satisfaction was in dimension of trust (88%) and the lowest was found to be in accessing to the physician (18%).

Conclusion: Adequate number of staff and providing them with standard working conditions alongside allocating sufficient resources to improve quality and care could be of great benefit in improving safety culture in healthcare settings. Moreover, managers could adopt collaborative approaches and recognize client perceptions and expectations to enhance their satisfaction.

Keywords: patient safety, staff, health center, satisfaction, Amol

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (172): 90-99 (Persian).

* **Corresponding Author: Mohammad Khademloo -** Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: moh.khademloo@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-01]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۲ اردیبهشت سال ۱۳۹۸ (۹۹-۹۰)

ارزیابی نگرش کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آمل نسبت به مولفه های فرهنگ ایمنی بیمار و بررسی رضایتمندی بیماران

محمد خادملو[۱]
محمود موسی زاده[۲]
پژمان خسروی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: توجه به ایمنی از مهم‌ترین شاخص‌های مراکز بهداشتی درمانی است و یک ارتباط مثبت بین فرهنگ ایمنی بیمار و بهبود پیامدهای سلامت وجود دارد هم چنین در کنار آن شناخت عوامل موثر در رضایتمندی مراجعین در ارتقای کیفیت مراقبت‌ها موثر می باشد.این مطالعه برای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آمل و هم چنین برای بررسی میزان رضایتمندی مراجعین به این مراکز صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه توصیفی است.۲۱۱ نفر از پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی شهرستان آمل ار اسفند ۱۳۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷مورد پرسش قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه MOSPSC بود که ۱۲ بعد از فرهنگ ایمنی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در کنار آن ۲۱۱ نفر از مراجعین به همان مراکز با پرسشنامه SERVQUAL که ارزیابی‌کننده کیفیت خدمات از طریق رضایت مراجعین می‌باشد، مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با نرم‌افزار spss22 مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نگرش مثبت در کارکنان در مورد کل ابعاد ۸۲ درصد بود. بیش‌ترین نگرش مثبت نسبت به بعد پی‌گیری (۸۵ درصد) و کم‌ترین آن در مورد بعد ارزیابی کلی کیفیت و ایمنی(۵۹ درصد) وجود داشت. در مورد رضایتمندی مراجعین، میزان رضایت به طور کلی (۷۹ درصد) بود. بیش‌ترین بعد رضایت، اعتماد (۸۸ درصد) و کم‌ترین آن بعد دسترسی به پزشک (۱۸ درصد) بود.

استنتاج: فراهم کردن پرسنل کافی و تهیه استانداردهای کاری برای پرسنل و تخصیص منابع کافی برای بهبود کیفیت و مراقبت از طرف مدیران می تواند به ارتقای فرهنگ ایمنی در مراکز بهداشتی درمانی کمک کند. در مورد رضایتمندی مراجعین، راهبرد مشارکتی با کارکنان و شناخت ادراکات و انتظارات مراجعین توسط مدیران جهت بهبود میزان رضایتمندی مراجعین مفید می باشد.

واژه های کلیدی: ایمنی بیمار، کارکنان، مرکز بهداشتی درمانی، رضایتمندی، آمل

مقدمه

از دوران باستان موضوع به خوبی کار را انجام دادن و عدم صدمه رساندن به دیگران یک اصل شناخته شده بود(۱) اما مفهوم ایمنی بیمار تا دهه ۱۹۹۰ به صورت رسمی در واحدهای مراقبت سلامت مطرح نشد. در سال

مولف مسئول: محمد خادملو- ساری: کیلومتر ۱۷ جاده خزرآباد، دانشکده پزشکی E-mail: moh.khademloo@gmail.com
۱. دانشیار، متخصص پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشجوی دستیاری تخصصی پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۵/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۷/۵/۲۳ تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۱۲/۲۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-01]

۱۹۹۱ مطالعه ای در دانشگاه هاروارد نشان داد که ۳/۷ درصد بیماران در طی دوره بستری یک عارضه را نشان داده‌اند و ۱۳/۶ درصد این رویدادها سبب مرگ شده بود(۲). تعریف خطای پزشکی می‌تواند به صورت شکست در روند درمان باشد که می‌تواند سبب آسیب به بیمار می‌شود(۳). گزارش سال ۱۹۹۹ نشان داد هر سال بیش از یک میلیون بیمار صدمه می‌بینند و ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ بیمار سالانه در بیمارستان‌های آمریکا به علت خطای پزشکی می‌میرند(۴). در کانادا ۷/۵ تا ۱۲/۵ درصد افراد بستری در بیمارستان در معرض حوادث پزشکی قرار دارند(۵). آمار مرگ ناشی از خطاهای پزشکی در کانادا، استرالیا و انگلستان به ترتیب حدود ۲۰ هزار، ۱۸ هزار و ۴۰ هزار مورد در سال تخمین زده شده است(۷،۶). در کل خطاهای پزشکی، یکی از پنج علل مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهد(۸) و عواقب خدمات نا ایمن شامل آسیب و ناتوانی بیمار، تحمیل اضطراب و فشار روانی بر افراد جامعه و بار سنگین اقتصادی بر سیستم و جامعه می‌باشد(۹). شیوع خطاهای پزشکی در مراکز مراقبت‌های اولیه تا ۲۴ درصد گزارش شده است. اگرچه این نوع حوادث در مراکز بهداشتی درمانی هنوز کم می‌باشد اما حجم بالای این مراقبت‌ها و این‌که مشخص شده ۳۱ درصد عوارض شناخته شده بیماران بستری در سطوح اولیه مراقبت و در سیستم مراقبت اولیه (PHC) رخ می دهد، مشخص می‌شود که این مساله نیازمند مداخله فوری است(۱۰). خطاهای حین مراقبت می‌تواند منعکس کننده مشکلات زیادی باشد که یکی از آن‌ها عدم وجود فرهنگ ایمنی بیمار در سازمان است. مطالعات نشان می‌دهد ارتباط مثبت بین فرهنگ ایمنی و کاهش خطاهای پزشکی و بهبود پیامدها در مراقبت سلامت وجود دارد(۱۱). فرهنگ ایمنی یکی از ابعاد فرهنگ سازمانی می‌باشد. این واژه از سال ۱۹۸۶ بعد از حادثه چرنوبیل به صورت رسمی استفاده شد و علت زمینه‌ای اشتباهات سازمانی و خطاهای عملیاتی را شرح می‌داد(۸).

فرهنگ ایمنی بیمار به صورت رفتارها، عادات، هنجارها، ارزش‌ها و تصورات اساسی مرتبط با مراقبت بیمار می‌باشد و یک الگوی یک پارچه از رفتارهای فردی و سازمانی است که درجستجوی به حداقل رساندن خطرات برای بیمار است که این خطرها ممکن است در طی روند ارائه خدمات برای بیمار ایجاد شود(۸،۴). مطالعات نشان می‌دهد عواملی مانند ناکافی بودن تعداد کارکنان، بالا بودن حجم ساعت کاری کارکنان، گزارش‌دهی پایین، نگرانی از ثبت اشتباهات در پرونده و وجود محیط بسته که کارکنان در آن اجازه شرکت در تصمیم‌گیری‌ها را ندارند سبب کاهش سطح فرهنگ ایمنی مراکز درمانی کشور شده است(۵).

رضایتمندی بیماران

امروزه برای ارزشیابی کیفیت خدمات، کاربرد ارزیابی‌های ذهنی‌تر به جای معیارهای سنتی مثل مرگ و میر و شیوع بیماری‌ها رایج شده است و ارائه دهندگان خدمات در تلاش برای به کارگیری ابزارهای ارزیابی مشتری محور می‌باشند. از جمله پرسشنامه/الگوی سروکوال SERVQUAL که برای سنجش ادراک مشتریان به کار می‌رود(۱۲) این ابزار ادراک مشتریان را در ۶ بعد می‌سنجد که شامل بعد فیزیکی، بعد قابلیت اعتماد، بعد پاسخ گویی، بعد تضمین، بعد همدلی و بعد دسترسی است(۱۳). در ایران مطالعات متعددی در مورد جو ایمنی بیماران و پرستاران انجام شده در صورتی که روی فرهنگ ایمنی بیمار مطالعات بسیار محدود است و از طرفی در مورد فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز بهداشتی درمانی در ایران هنوز مطالعه ای انجام نشده است. با توجه به برنامه‌ریزی برای فعالیت متخصصان پزشکی خانواده در سطوح اولیه مراقبت، با افزایش ظرفیت تکنیکی و علمی رشته پزشکی خانواده و انجام درمان‌هایی که قبلا در بیمارستان یا سطوح بالاتر مراقبت انجام می‌شد اهمیت چنین بررسی‌هایی بیش از پیش مشخص می‌شود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-01]

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی) است. جامعه مورد مطالعه را کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آمل تشکیل می‌دهند. حجم نمونه مطالعه با استفاده از فرمول کوکران، ۲۱۱ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده بود. ابزار بررسی، پرسشنامهٔ MOSPSC (The Medical Office Survey on Patient Safety Culture) است. پرسشنامه ترجمه شد و پس از تایید توسط یکی از متخصصان پزشکی اجتماعی و یکی از اساتید اپیدمیولوژی مورد استفاده قرار گرفت. پایایی پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت و ضریب همبستگی همه آیتم‌های پرسشنامه محاسبه شد. آلفای کل پرسشنامه ۰/۸۶۵ و ابعاد آن بین ۰/۸۵۳ تا ۰/۸۷۲ متغیر بود که نشان می‌دهد پرسشنامه از همگونی داخلی مناسبی برخوردار است. پرسنل در مقطع زمانی نیمه دوم فروردین تا تیر ۱۳۹۷ وارد مطالعه شدند. گزینه‌های پاسخ به صورت لیکرت بیان شدند (از ۱ تا ۵ امتیاز). در هنگام تحلیل، گزینه‌های موافق و کاملاً موافق در هم ادغام و تحت عنوان پاسخ‌های مثبت و گزینه‌های مخالف و کاملاً مخالف ادغام و تحت عنوان پاسخ‌های منفی اسم‌گذاری شد. برای رضایت مراجعین، ابزار بررسی پرسشنامه SERVQUAL است. به ازای هر یک از کارکنان که پرسشنامه فرهنگ ایمنی را پرکردند یک نفر از مراجعین آن‌ها پرسشنامه SERVQUAL را پرکردند. پس از توضیح اهداف، افراد دوبار به این پرسشنامه پاسخ دادند. در مرتبه اول ادراکشان از خدمات ارایه شده و مرتبه دوم انتظاراتشان از خدماتی که باید ارایه می‌شد را بیان نمودند.

داده‌های به دست آمده، جهت تحلیل آماری وارد نرم‌افزار SPSS22 شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میانگین نمرات ابعاد دوازده گانه به همراه فاصله اطمینان آن‌ها محاسبه شد. از آزمون اسمیرنوف کلوموگروف جهت بررسی پیروی توزیع داده‌ها از توزیع نرمال استفاده شد.

میانگین نمرات ابعاد ۱۲ با استفاده از آنالیز واریانس یک طرفه، تفاوت آنها با یکدیگر مقایسه شد و در صورت معنی‌دار شدن این آزمون، جهت یافتن تفاوت معنی دار بین گروه ها ، به صورت دو به دو از آزمون توکی POSTHOC استفاده شد. ضمناً از میانگین نمرات کل کسب شده از ۴۲ سؤال پرسشنامه برحسب سابقهٔ کار در واحد، مرکز شهرستان و حرفهٔ مربوطه و هم‌چنین ساعات کار در هفته محاسبه و با استفاده از آنالیز واریانس یک طرفه مقایسه شد. هم‌چنین برای پرسشنامه رضایت مراجعین جهت بررسی رابطه آماری میان متغیرهای دموگرافیک کیفی و ابعاد پنجگانه کیفیت از آزمون‌های t مستقل و متغیرهای دموگرافیک کمی و ابعاد پنجگانه کیفیت از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است پروپوزال این مطالعه، توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد تایید قرار گرفته است (کد اخلاق: IR.MAZUMS.REC.1397.1140).

یافته ها

تعداد کارکنان شرکت‌کننده در مطالعه ۲۱۱ نفر بود (جدول شماره ۱). در بین ابعاد مختلف بیش‌ترین نگرش مثبت در بعد پی‌گیری مراقبت‌ها (۸۵ درصد) و کم‌ترین نگرش مثبت در بعد ارزیابی کلی کیفیت و ایمنی وجود داشت (۵۹ درصد). نگرش مثبت به کل ابعاد۸۲ درصد بود (جدول شماره۲).

اختلاف معنی‌دار در بین رتبه‌های شغلی مختلف در نگرش به فرهنگ ایمنی بیمار در کل ابعاد وجود داشت ($p = ۰/۰۱۵$) (جدول شماره۳). در نگرش به ابعاد پیگیری، استانداردسازی و فشارکاری اختلاف معنی‌دار بین گروه‌ها وجود نداشت (به ترتیب $p = ۰/۰۵۲$ و $p = ۰/۰۹۶$ و $p = ۰/۹۶۰$). نگرش مثبت به‌کل ابعاد ایمنی بیمار بیش‌تر در پزشکان مسئول مرکز (۱۰۰ درصد) و کم‌ترین میزان در پرستاران و بهیاران وجود داشت (۶۸/۷۵ درصد) (جدول شماره۳).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-01]

جدول شماره۱: توصیف مشخصات دموگرافیک پاسخ دهندگان به پرسشنامه MOSPSC(فرهنگ ایمنی بیمار)

سن	تعداد(درصد) (از ۲۱۱ نفر)
۲۰ تا ۳۰سال	۴۷ (۲۲/۳)
۳۰ تا ۴۰سال	۵۷(۲۷/۰)
۴۰ تا ۵۰ سال	۹۷(۴۶/۰)
۵۰ تا ۶۰ سال	۱۰(۴/۷)
جنس	تعداد(درصد)
زن	۶۵(۳۰/۸)
مرد	۱۴۶(۶۹/۲)
موقعیت شغلی	تعداد(درصد)
پزشک مسئول مرکز	۳۳ (۱۵/۶)
پزشک	۱۸ (۸/۵)
ماما	۴۰(۱۹/۰)
بهیار و پرستار	۱۶(۷/۶)
بهورز	۹۸ (۴۶/۵)
کارشناس آزمایشگاه	۶ (۲/۸)
نوع مرکز	تعداد(درصد)
شهری	۴۶ (۲۲/۰)
روستایی	۱۶۵(۷۸/۰)

جدول شماره۲.درصد پاسخ های موافق، میانگین و انحراف معیار نمرات تخصیص یافته به ابعاد دوازده گانهٔ فرهنگ ایمنی بیمار

ابعاد ایمنی بیمار	درصد پاسخ های موافق	(انحراف معیار) میانگین
کار تیمی	۸۴	۱۶/۰۳(۲)
پیگیری مراقبت های بیمار	۸۵	۱۶(۲)
یادگیری سازمانی	۷۳	۱۱(۱)
درک کلی از ایمنی بیمار و کیفیت	۷۱	۲۱(۴)
آموزش کارکنان	۸۲	۱۱(۲)
حمایت مدیران و رهبران برای ایمنی بیمار	۶۵	۱۴(۳)
ارتباطات در مورد خطاها	۸۲،۱	۱۲(۲)
باز بودن ارتباطات	۷۰	۱۵(۲)
روند اداری استاندارد سازی	۶۲/۱	۱۴(۲)
فشار و سرعت کار	۶۲/۱	۱۴(۲)
ارزیابی کلی کیفیت و ایمنی	۵۹	۲۱(۴)
کل ابعاد	۸۲	۴۲(۵)

جدول شماره ۳: توصیف و مقایسه درصد فراوانی نگرش های مثبت نسبت به ابعاد کلی و دوازده گانه پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار بر حسب رتبه های شغلی پاسخ دهندگان

ابعاد ایمنی بیمار	درصد						
	پزشک مسئول مرکز	پزشک	پرستار یا بهیار	کارشناس آزمایشگاه	بهورز	ماما	سطح معنی داری
کار تیمی	۹۳/۹۴	۸۸/۹	۷۵	۶۶/۷	۸۰/۴	۹۵	۰/۰۰۱
ای بیمار	۸۴/۸	۸۸/۹	۹۵	۱۰۰	۸۰/۷	۸۷/۵	۰/۰۵۲
یادگیری سازمانی	۸۷/۹	۷۷/۸	۴۳/۷۵	۵۰	۷۷/۳	۷۰	۰/۰۰۱
درک کلی از ایمنی بیمار و کیفیت	۹۰/۹	۷۷/۸	۶۸/۷۵	۵۰	۶۴/۲۱	۸۰	۰/۰۰۱
آموزش کارکنان	۸۷/۹	۸۳/۳	۶۲/۵	۸۳/۳	۹۲/۸	۸۵	۰/۰۰۱
حمایت مدیران برای ایمنی بیمار	۹۰/۹	۶۶/۷	۶۲/۵	۵۰	۵۹/۸	۹۰	۰/۰۰۱
ارتباطات در مورد خطاها	۳۰/۳	۳۳/۳	۲۵	۳۳/۳	۲۶/۵	۴۰	۰/۰۰۱
باز بودن ارتباطات	۷۵/۷۵	۸۸/۹	۶۸/۷۵	۸۳/۳	۶۴/۳	۷۵	۰/۰۰۱
روند اداری استاندارد سازی	۶۶/۷	۵۰	۳۷/۵	۸۳/۳	۶۵/۳	۶۵	۰/۰۹۶
فشار و سرعت کار	۶۶/۷	۵۰	۳۷/۵	۸۳/۳	۶۵/۳	۶۵	۰/۰۹۶
ارزیابی کلی کیفیت و ایمنی	۷۲/۷۲	۸۳/۳	۵۰	۵۰	۵۰	۶۷/۵	۰/۰۰۱
	۱۰۰	۷۷/۸	۶۸/۷۵	۸۳/۳	۷۵/۵	۹۵	۰/۰۱۵

اختلاف در نگرش به فرهنگ ایمنی بیمار در کلیه ابعاد بر اساس سابقه کاری تفاوت معنی‌دار وجود داشت (p <۰/۰۰۱). نگرش مثبت بیش‌تر در سابقه کار ۲ ماه تا یک سال (۸۸/۹ درصد) و کم‌ترین نگرش مثبت در گروه با سابقه کار کم‌تر از ۲ ماه وجود داشت (۵۷/۱ درصد). اختلاف در نگرش به فرهنگ ایمنی بیمار در کلیه ابعاد در سنین مختلف تفاوت معنی‌دار داشت (p <۰/۰۰۱). نگرش مثبت بیش‌تر در سنین ۵۰ تا ۶۰ سال (۱۰۰ درصد) و کم‌ترین نگرش مثبت در ۳۰ تا ۴۰ سالگی بود (۸۰/۷ درصد). اختلاف در نگرش به فرهنگ ایمنی در کلیه ابعاد در دو جنس تفاوت معنی‌دار داشت (p <۰/۰۰۱).

نگرش مثبت در مردان نسبت به زنان بیش‌تر بود (۸۴/۸ درصد در برابر ۸۰ درصد). اختلاف در نگرش مثبت نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار در کلیه ابعاد بین مراکز شهری و روستایی معنی‌دار بود (p <۰/۰۰۱).

به جز بعد کار تیمی که تفاوت در مراکز شهری و روستایی معنی‌دار نیست (p =۰/۰۹۵) در مراکز شهری نگرش مثبت بیش‌تری به فرهنگ ایمنی بیمار نسبت به مراکز روستایی وجود داشت (۸۴/۸ درصد نسبت به ۸۲/۴ درصد). بیش‌ترین بعد با نگرش مثبت در مراکز شهری کار تیمی(۹۱/۳ درصد) و کم‌ترین آن در ارتباطات در مورد خطا (۳۰/۴ درصد) بود. بیش‌ترین بعد با نگرش مثبت در مراکز روستایی پیگیری(۸۷/۳ درصد) و کم‌ترین آن در ارتباطات در مورد خطا(۳۰/۳ درصد) بود. در مورد بررسی رضایت مراجعه‌کنندگان از ۱۴ تا ۶۱ سال سن داشتند و میانگین سن آن‌ها ۳۷ سال بود. ۸۴ نفر مرد(۴۰ درصد) و ۱۲۷ نفر زن بودند (۶۰ درصد). تفاوت در سنین مختلف در میزان رضایت از مراکز (p <۰/۰۰۱) و تفاوت در دو جنس در میزان رضایت از مراکز(p <۰/۰۰۱) و تفاوت درمیزان تحصیلات در میزان رضایت از مراکز از نظر آماری معنی‌دار بود (p <۰/۰۰۱). میزان رضایت به‌طور کلی ۷۹ درصد بود. بیش‌ترین بعد رضایت در بعد اعتماد (۸۸ درصد) وکم‌ترین بعد رضایت دربعد دسترسی به پزشک بود(۱۸ درصد). میزان رضایت مندی در مردان بیش‌تر از زنان بود. میانگین فاصله کلی کیفیت خدمات (۳-) بود. بیش‌ترین نمره فاصله کیفیت در بعد دسترسی و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-01]

کم‌ترین در ابعاد اعتماد، پاسخ گویی، اطمینان و همدلی بود. بر اساس ضریب همبستگی پیرسون این تفاوت معنی‌دار بود (p <۰/۰۰۱) (جدول شماره ۴).

میزان رضایت در مراکز روستایی بیش‌تر از شهری بود (۹۱/۱ درصد در برابر ۷۸/۴ درصد). بیش‌ترین بعد رضایت در مراکز روستایی در بعد اطمینان و کم‌ترین در بعد دسترسی بود. در مراکز شهری کم‌ترین بعد رضایت در بعد فیزیکی بود. از نظر میزان تحصیلات بیش‌ترین رضایت در رده تحصیلی بالای دیپلم بود (۸۰/۸ درصد). از نظر سنی در میان مراجعه‌کنندگان بیش‌ترین میزان رضایت در سنین بالای ۵۰ سال (۹۳/۱ درصد) و کم‌ترین میزان رضایت در سنین ۳۰ تا ۴۰ سال بود(۷۰ درصد).

بحث

فرهنگ ایمنی بیمار

تا کنون بررسی فرهنگ ایمنی بیمار بیش‌تر در بیمارستان‌ها انجام شده است. این مطالعه در مراکز بهداشتی درمانی و مقایسه بین مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی انجام شده است. در این مطالعه متوسط پاسخ مثبت به همه ابعاد (CI 21-54) ۴۲±۵ بود. درصد پاسخ مثبت به کل ابعاد ۸۲ درصد بود و تفاوت در پاسخ‌ها در مراکز روستایی و شهری نیز معنی دار بود و در مراکز شهری نیز پاسخ مثبت بیش‌تر بود.

در مقایسه با بررسی تبریزچی که در تهران انجام شد، مطالعه مذکور متوسط پاسخ مثبت بیش‌تری داشت و بیش‌ترین امتیاز به کار تیمی و حمایت مدیران و کم‌ترین امتیاز به پاسخ غیرتنبیهی به خطا داده شد. البته در این مطالعه از پرسشنامه بیمارستانی استفاده شد و اختلاف معنی‌داری بین سال‌های کاری، شغل و جنسیت با پاسخ مثبت را ثبت نکرد(۱۴). در مطالعه‌ای در ترکیه در سال ۲۰۰۸ که در واحد مراقبت‌های اولیه انجام شد تفاوتی در نوع کارکنان از نظر پاسخ مثبت وجود نداشت(۱۵) در حالی که در مطالعه حاضر بین رتبه‌های شغلی مختلف تفاوت معنی‌دار وجود داشت. بالاترین میزان مثبت بودن در ابعاد کار تیمی بود که در این مطالعه هم، کار تیمی درصد بالایی را به خود اختصاص داد. در مطالعه‌ای که در ۲۰۱۱ در واحدهای مراقبت اولیه کویت انجام شد نیز کار تیمی بالاترین درصد پاسخ مثبت را به همراه داشت(۱۶). در مطالعه‌ای که در ۲۰۱۳ در یمن انجام شد میزان پاسخ‌دهی مثبت ۷۱ درصد بود و بیش‌ترین میزان پاسخ‌دهی در کار تیمی بود و کم‌ترین در فشار کاری بود(۱۷). در مطالعه‌ای که در ۲۰۱۴ در کشور پرتغال انجام شد نیز کار تیمی درصد بالاتری داشت و فشار کاری و حمایت رهبری کم‌ترین درصد پاسخ مثبت را به همراه داشت(۱۸). این نتایج تا حدودی با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد.

در بین تحقیقات بیمارستانی در بررسی که در سال ۲۰۱۵ توسط Ammouri در عمان انجام شد، در بین پرستاران، کار تیمی نمره مثبت بالاتری داشت و پرستارانی که تجربه بیش‌تری داشتند درک بیش‌تری از فرهنگ ایمنی داشتند(۱۹). در مطالعه حاضر هم براساس سابقه کاری تفاوت بین پاسخ مثبت به کل ابعاد ایمنی بیمار وجود داشت اما بیش‌ترین پاسخ مثبت در افراد با سابقه کار ۲ ماه تا یک سال وجود داشت و در کسانی که کم‌تر از ۲ ماه سابقه‌کار داشتند پاسخ مثبت بسیار پایین بود (۵۷/۱ درصد).

در مطالعه‌ای که توسط Wang درسال ۲۰۱۶ در واحدهای جراحی انجام شد نیز کار تیمی و یادگیری سازمانی امتیاز بالاتری داشتند(۲۰). در تحقیقی که در بیمارستان های فلسطین توسط Elsous در سال ۲۰۱۶ انجام شد امتیاز بالا به درک مدیریت داده شد(۲۱).

جدول شماره ۴: توصیف نمرات ادراک، انتظار و فاصله کیفیت خدمات مربوط به پرسشنامه SERVQUAL برای بررسی وضعیت رضایت مندی بیماران

		کیفیت کلی	فیزیکی	اعتماد	پاسخ گویی	اطمینان	همدلی	دسترسی
ادراکات	میانگین(انحراف معیار)	۱۰۹(۱۶)	۱۸(۳)	۲۰(۳)	۲۰/۰۷(۳)	۲۰(۲)	۱۵(۲)	۱۴(۳)
انتظارات	میانگین(انحراف معیار)	۱۱۳(۱۲)	۱۹(۲)	۲۰(۲)	۲۰(۲)	۲۰(۲)	۱۵(۲/۰۱)	۱۶/۰۸۵(۱)
	فاصله کیفیت	-۳	-۱	۰	۰	۰	۰	-۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-01]

در بررسی توسط محمدالشیخ در سال ۲۰۱۷ در عربستان، پاسخ مثبت به سوالات در پرستاران پایین تر از پزشکان بود(۲۲) که در مطالعه حاضر در مراکز بهداشتی درمانی هم به همین صورت بود.

در بررسی که توسط Elsous در سال ۲۰۱۷ در بیمارستان‌های غزه انجام شد بر اساس موقعیت کاری، سن و تجربه کاری پاسخ ها متفاوت بود و بیش ترین امتیاز به مسایل مربوط به مدیریت داده شد(۲۳).

در بررسی‌های بیمارستانی در ایران، فرهنگ ایمنی نسبت به مطالعه حاضر کم‌تر ارزیابی شده است. در مطالعه فقیه‌زاده در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان‌های آمل درصد کلی پاسخ مثبت ۴۹ درصد به دست آمد(۴) که بسیار پایین تر از مطالعه حاضر است (۸۲ درصد).

در بررسی اکبری در سال ۱۳۹۲ در بیمارستان‌های نیشابور بیش‌ترین امتیاز به بعد انتظارات مدیریت جهت ارتقای ایمنی تعلق داشت(۱). دربررسی الماسی درکرمانشاه در بیمارستان های استان میزان کلی فرهنگ ایمنی مطلوب نبود و ۴۹/۷ درصد پاسخ مثبت وجود داشت(۲۴).

درمطالعات مقری در۲۰۱۳ در دانشگاه علوم پزشکی تهران بالاترین نمره مثبت به کار تیمی داده شد(۲۵) که در بررسی کبودی در ۱۳۹۴ در کرمانشاه(۵) و بهرامی در ۲۰۱۴ در بین پرستاران(۲۶) هم این بعد نمره بالایی داشت و منطبق با مطالعه حاضر می‌باشد.

کار تیمی در این مطالعه و بررسی‌های فوق نمرات بالایی داشت. کار تیمی وابسته به نیروی‌کار کافی است. نیروی کار بدون شک مهم‌ترین ورودی برای سیستم‌های سلامت می‌باشد که می‌تواند تأثیر زیادی بر عملکرد کلی سیستم داشته باشد بار کاری کارکنان بالینی در سازمان هایی که تعداد نیروهای آن‌ها کم است، زیاد می‌باشد و این موضوع می‌تواند منجر به بی خوابی، خستگی مفرط و به دنبال آن منجر به خطای عملکردی و کیفیت نامناسب خدمات ارائه شده شود(۴).

با توجه به مواردی که ذکر شد و با توجه به ابعادی که در این مطالعه امتیازات پایین‌تری داشتند، مواردی که نیاز به توجه بیش‌تر و بهبود دارد شامل ابعاد زیر است:

- ارزیابی کلی ایمنی
- فشار کاری
- روند استاندارد سازی
- حمایت مدیران

اقداماتی که در این زمینه پیشنهاد می شود شامل موارد زیر می باشد:

- با توجه به حجم کاری نیاز به پرسنل بیش تر
- تهیه استانداردهای کاری برای پرسنل و آموزش در مورد آن
- تخصیص منابع کافی برای بهبود کیفیت مراقبت
- نادیده نگرفتن خطاهای مکرر با نگرش غیر تنبیهی
- قرار دادن اولویت بیش‌تر به بهبود روند مراقبت بیماران
- در اولویت قرار دادن بیماران در تصمیم‌گیری‌ها
- توجه ارایه دهندگان خدمت به مواردی مانند متمرکز بودن بر بیمار، موثر بودن بر اساس پایه علمی، به موقع بودن، کارآمدی بر اساس هزینه فایده و بی‌طرفانه بودن خدمات.

رضایت مراجعه کنندگان

میزان رضایت به طور کلی ۷۹ درصد بود که نسبت به تحقیق روح‌افزا در سال ۱۳۹۴ (۷۲/۸ درصد) مناسب بوده است. در تحقیق روح‌افزا بالاترین میانگین در بعد اطمینان و کم‌ترین مربوط به عوامل محسوس بود(۲۷) هم‌چنین در تحقیق روحی و همکاران بیش‌ترین فاصله کیفیت در ابعاد اطمینان و همدلی و کم ترین در بعد عوامل ملموس بود و در همه ابعاد اختلاف وجود داشت(۲۸).

در حالی که در مطالعه حاضر بالاترین میانگین در بعد اعتماد و اطمینان و پاسخ‌گویی و کم‌ترین میانگین در بعد دسترسی بود. بررسی نشان داد که بین انتظارات و ادراک از خدمات فاصله معنی‌داری وجود دارد. بیش‌ترین فاصله کیفیت در این مطالعه در بعد دسترسی وجود داشت که ظاهرا با توجه به برنامه های پزشکی خانواده و نظام

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-01]

ارجاع این فاصله ناشی از انتظارات افزایش یافته در خدمات‌گیرندگان است. فاصله در ابعاد فیزیکی، اعتماد، پاسخ‌گویی، اطمینان و همدلی وجود نداشته که نشانه توجه بیش‌تر مراکز بهداشتی به تسهیلات و تجهیزات در سال‌های اخیر است در مقایسه در مطالعه کریمی در سال ۲۰۱۵ شکافت منفی در همه ابعاد وجود داشت و بیش‌ترین آن در بعد اطمینان و کم‌ترین آن در بعد همدلی بود(۱۲).

در مطالعه حاضر بیش‌ترین پاسخ مثبت در بین مراجعه‌کنندگان به بعد اعتماد و اطمینان بود و کم‌ترین آن به بعد دسترسی تعلق داشت. میزان رضایت در مراکز روستایی بیش‌تر از شهری بود که می‌توان آن را به دسترسی بیش‌تر مراکز روستایی، شبانه‌روزی بودن برخی مراکز و انتظارات بیش‌تر در مراکز شهری در نظر گرفت. با توجه به این که مراجعین مراکز شهری به بعد فیزیکی کم‌ترین امتیاز را دادند توجه به فضای فیزیکی مراکز شهری ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به موارد ذکر شده، بعدی که نیازمند اقدامات برای بهبود است بعد دسترسی است. برای این منظور موارد زیر ضروری است:

- فرهنگ‌سازی در مورد ساعات دسترسی به پزشکان
- در نظر گرفتن جمعیت کم‌تر برای هر پزشک خانواده جهت دسترسی بهتر

از طرفی مطالعه نشان داد که مراجعه‌کنندگان از ابعاد مختلف کیفیت خدمات ادراک یکسانی ندارند که این به علت ماهیت متفاوت خدمات، ویژگی متفاوت مراجعین و امکانات مراکز می‌باشد. با توجه به این موارد نیاز به راهبرد مشارکتی با کارکنان مراکز و شناخت ادراکات و انتظارات مراجعین جهت بهبود فرایندهای سازمانی توسط مدیران بهداشتی لازم است. توجه بیش از حد به یک بعد مانند رسیدگی به فضای فیزیکی یا تجهیزات به تنهایی پاسخ‌گوی رضایت مراجعین نخواهد بود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه خود گزارش بودن پرسشنامه می‌باشد که می‌تواند سبب سوگرایی پذیرش اجتماعی شود.

اگر چه برای مقابله با این محدودیت، پرسشنامه بدون نام در اختیار شرکت کنندگان در مطالعه قرار گرفت ولی درجاتی از این نوع سوگرایی در این نوع مطالعات هم چنان باقی خواهد ماند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل کار پایان نامه دستیاری است. با تشکر از مسوولین و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آمل

References

1. Akbary R, Zarei E, Gholami A, Mosavi HR. A survey of patient safety culture: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Providers Service Organizations. Iran Occupational Health 2014; 12(4): 76-88.
2. Kristensen S. Patient Safety Culture: Measurement-Leadership-Improvement Måling-Ledelse-Forbering. Doctoral dissertation, Aalborg Universitetsforlag. 2016.
3. Aronson JK. Medication errors: definitions and classification. Br J Clin Pharmacol 2009; 67(6): 599-604.
4. Phaghizadeh S, Asoori M. Assessment of Nurses Viewpoints on Patient Safety Culture in Amol Hospitals in Iran, 2012. PCNM 2015; 4(2): 45-55.
5. Chen IC, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). BMC Health Services Research 2010; 10(1): 152.
6. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O'Beirne M. The Canadian Adverse Events Study: the

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-01]

incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ 2004; 170(11): 1678-1686.

7. Sorra J, Famolaro T, Yount ND, Smith S, Burns W, Wilson S, et al. Medical office survey on patient safety culture 2014 user comparative database report. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
8. Javad M, Amin G, Mahbobe M, Forooshani R, Abas AS, Mohammad A. Validation of Farsi version of hospital survey on patient Safety culture questionnaire, using confirmatory factor analysis method. JHOSP 2012; 11(2): 19-30.
9. Sadoughi F, Ahmadi M, Moghaddasi H, Sheikhtaheri A. Patient safety information system: purpose, structure and functions. J Mazand Univ Med Sci 2011; 21(85): 174-188 (Persian).
10. Ornelas MD, Pais D, Sousa P. Patient safety culture in Portuguese primary healthcare. Quality in Primary Care 2016;24(5):214-218.
11. 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): 226-232.
12. Matin BK, Rezaei S, Moradinazar M, Mahboubi M, Ataee M. Measurement of quality of primary health services by SERVQUAL model: evidence from urban health centers in west of Iran. Research Journal of Medical Sciences 2016; 10(5): 475-480.
13. Shahverdiyani S. Designing research service quality based on servqual scale. Managment Accounting 2010; 3(5): 87-95.
14. Tabrizchi N, Sedaghat M. The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. Acta Medica Iranica 2012; 50(7): 505-510.
15. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. Int J Qual Health Care 2009; 21(5): 348-355.
16. Ghobashi MM, Elragehy HAG, Ibrahim HM, Al-Doseri FA: Assessment of Patient Safety Culture in Primary Health Care Settings in Kuwait. Epidemiology, Biostatistics and Public Health 2014; 11(3): e9101-9.
17. Webair HH, Al Assani SS, Al Haddad RH, Al Shaeeb WH, Selm MA, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. BMC Fam Pract 2015; 16(1): 136.
18. Eiras M, Escoval A, Monteiro Grillo I, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. Int J Health Care Qual Assur 2014;27(2):111-122.
19. Ammouri AA, Tailakh AK, Muliira JK, Geethakrishnan R, Al Kindi SN. Patient safety culture among nurses Int Nurs Rev 2015; 62(1): 102-110.
20. Wang M, Tao H, Fang H, Cheng Z, Cai M, Lin X, Xu C. Patient safety culture in surgical departments versus other departments in county hospitals of Hubei province, China: a cross-sectional survey. The Lancet 2016; 388(Supp1): s71.
21. Elsous A, Akbari Sari A, Rashidian A, Aljeesh Y, Radwan M, AbuZaydeh H. A cross-sectional study to assess the patient safety culture in the Palestinian hospitals: a baseline assessment for quality improvement. JRSM Open 2016; 7(12): 2054270416675235.
22. Elsheikh AM, AlShareef MA, Saleh BS, El-Tawansi MA. Assessment of patient safety culture: a comparative case study between physicians and nurses. Business Process Management Journal 2017; 23(4): 792-810.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-01]

23. Elsous A, Akbari Sari A, AlJeesh Y, Radwan M. Nursing perceptions of patient safety climate in the Gaza Strip, Palestine. Int Nurs Rev 2017; 64(3): 446-454.
24. Almasi A, Pourmirza KR, Ahmadi JT, Godarzi A, Ahmadi A. Evaluation of patient safety culture in personnel of hospitals in Kermanshah. Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences 2013; 4(1): 14-23.
25. 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): 243-250 (Persian).
26. Bahrami MA, Chalak M, Montazeralfaraj R, Tafti AD. Iranian nurses' perception of patient safety culture. Iran Red Crescent Med J 2014; 16(4): e11894
27. Rouhafza M, Adhami Moghadam F, Sahebalzamani M. Assessment the relationship between patient satisfaction and quality of hospital services based on SERVQUAL Model in the hospitals related to Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch in 2015. Medical Sciences 2016; 26(3): 173-179 (Persian).
28. Roohi G, Asayesh H, Abdollahi AA, Abbasi A. Evaluation of clients' expectations and perception gap regarding the quality of primary healthcare service in healthcare centers of Gorgan. Journal of Jahrom University of Medical Sciences 2011; 9(3): 39-44 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-08-01]