

The Status of Patient Safety Culture in Nurses of Imam Khomeini Hospital in Ardabil, Iran during the Outbreak of COVID-19, in 2020

Hosein Asadi ¹, Aghil Habibi Soola ^{2*}, Mahnaz Davari ³, Solmaz Ershadifard ⁴

¹ Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

² Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

³ M.Sc. Student of Emergency Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

⁴ Master of Internal Nursing and Surgery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Received: 23 July 2020 Accepted: 28 October 2020

Abstract

Background and Aim: Patient safety is one of the basic principles of health care and the investigation of patient safety culture is a step towards providing safe conditions for patient care. The aim of this study was to evaluate the patient safety culture in nurses working in the care wards of patients with COVID-19 in Imam Khomeini Hospital in Ardabil, Iran.

Methods: The present descriptive-analytical study was performed on 150 nurses working in Imam Khomeini Hospital in Ardabil, Iran during the outbreak of COVID-19 disease. The tool used was the Hospital Survey of Patient Safety Culture Questionnaire (HSOPSC) consisting of 42 questions and 12 dimensions. The sampling method was the census. Data analysis was performed in SPSS software version 22.

Results: The overall average percentage of positive responses to 12 dimensions of safety culture was 66.33%, the highest score was related to the field of "teamwork within the unit" (82%) and the lowest score was related to the areas of "Non-Punitive Response to Error" (20%) and "teamwork Across units" (20%). According to the independent t-test, there was a significant relationship between marriage and work shift and patient safety culture. Also, based on one-way analysis of variance, there was a significant relationship between age, employment status and work experience with patient safety culture.

Conclusion: The status of patient safety culture was moderate among the nurses. Improving the patient's safety culture is essential to improving patient care indicators. Also, special attention should be paid to the dimensions with the low average in this study in order to improve and strengthen these dimensions.

Keywords: Patient Safety culture, Nurse, COVID-19

*Corresponding author: Aghil Habibi Soola, Email: habibiarums@gmail.com

وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل حین شیوع بیماری کووید-۱۹، سال ۱۳۹۹

حسین اسدی^۱، عقیل حبیبی سولا^{۲*}، مهناز داوری^۳، سولماز ارشادی فرد^۴

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

^۲ گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

^۴ کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

چکیده

زمینه و هدف: ایمنی بیمار یکی از اصول اساسی مراقبت سلامت می باشد و بررسی فرهنگ ایمنی بیمار حرکتی در جهت فراهم کردن شرایط ایمن برای مراقبت از بیماران است. هدف از این مطالعه بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران شاغل در بخش های مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹، در بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل بود.

روش ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی بود که بر روی ۱۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل حین شیوع بیماری کووید-۱۹ انجام شد. ابزار مورد استفاده پرسشنامه استاندارد فرهنگ ایمنی بیمار (HSOPSC) مشتمل بر ۴۲ سوال و ۱۲ بعد بود. روش نمونه گیری به صورت سرشماری بود. تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت.

یافته ها: میانگین کلی درصد پاسخ های مثبت به ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی ۶۶/۳۳ درصد بود که بالاترین امتیاز کسب شده، مربوط به حیطه "کار تیمی درون واحد" (۸۲ درصد) و پایین ترین امتیاز کسب شده مربوط به حیطه های "برخورد غیرتنبیهی در قبال رویداد حادثه" (۲۰ درصد) و "کار تیمی ما بین واحد" (۲۰ درصد) بود. بر اساس آزمون تی مستقل رابطه معنی داری بین تاهل و شیفت کاری با فرهنگ ایمنی بیمار وجود داشت. همچنین بر اساس آزمون انالیز واریانس یک طرفه رابطه معنی داری بین سن، وضعیت استخدامی و سابقه کاری با فرهنگ ایمنی بیمار وجود داشت.

نتیجه گیری: وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بین پرستاران مورد مطالعه متوسط بود. بهبود فرهنگ ایمنی بیمار برای ارتقا شاخص های مراقبت از بیماران ضروری است. هم چنین می بایست به ابعاد دارای میانگین پایین در این مطالعه به جهت ارتقا و تقویت این ابعاد توجه ویژه داشت.

کلیدواژه ها: فرهنگ ایمنی بیمار، پرستار، کووید-۱۹.

مقدمه

در سال‌های اخیر یکی از مولفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، ایمنی بیمار بوده است که به معنای جلوگیری از وارد شدن هرگونه صدمه به بیمار در هنگام ارائه مراقبت‌های بهداشتی است (۱،۲). توجه به ایمنی بیمار، امری مهم در ارائه خدمات بیمارستانی بوده و هرگونه کوتاهی در آن می‌تواند عواقب ناگواری به وجود آورد (۳،۴). فرهنگ ایمنی در اصل نشان‌دهنده ارزش‌ها و نگرش‌های مدیران و کارمندان در رابطه با مدیریت خطر و ایمنی می‌باشد (۵،۶). بر اساس گزارش آژانس تحقیقات کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، فرهنگ ایمنی بیمار نیاز به درک صحیح از ارزش‌ها، باورها و هنجارها دارد و موضوعی که برای سازمان اهمیت دارد، نگرش و رفتارهایی است که نسبت به بیماران پیاده می‌شود و مورد انتظار است (۷). بنابراین درک کامل و هدف‌گذاری فعالیت‌ها با استفاده از موازین ایمنی می‌تواند در جهت ارتقاء کیفی خدمات بالینی اثرگذار باشد (۸،۹). ایمنی بیمار به یک هدف متمرکز در سرتاسر جهان برای کاهش وقوع و تأثیر خطاهای انسانی قابل پیشگیری در حوزه مراقبت‌های بهداشتی تبدیل شده است (۱۰). لازم به ذکر است که ایمنی بیمار و تحقق الزامات آن امروزه یکی از شاخص‌های ارزشمند ارزیابی، در سازمان‌های بهداشتی و درمانی بوده (۱۱) و می‌توان گفت فرهنگ ایمنی مطلوب، شرط کلیدی برای استقرار ایمنی در مراکز درمانی است (۱۲).

سازمان بهداشت جهانی فرهنگ ایمنی بیمار را یک مفهوم اساسی در ارائه خدمات بالینی دانسته و آن را به عنوان محوری‌ترین کلید ارائه با کیفیت و استاندارد خدمات بالینی و بهداشتی می‌داند (۱۳،۱۴). از نظر این سازمان اعمال ایمنی بیمار شامل فرآیندها و یا ساختارهایی است که منجر به کاهش رویدادهای نامطلوب در حین ارائه مراقبت بهداشتی می‌شود (۱۵). بر این اساس امروزه ایمنی بیمار و رعایت آن به یک موضوع بسیار مهم در حوزه ارتقاء و بهبود خدمات درمانی کشورها تبدیل شده است (۱۶،۱۷).

خطاهای پزشکی یکی از پنج علت شایع مرگ در سراسر جهان می‌باشند (۱۸). به احتمال زیاد میلیون‌ها بیمار در سراسر جهان به دلیل خطاهای پزشکی و عدم رعایت موازین ایمنی بیمار از معلولیت، صدمات یا مرگ رنج می‌برند (۱۹). برآوردها نشان می‌دهد که در کشورهای توسعه‌یافته، از هر ۱۰ بیمار، یک بیمار در زمان دریافت خدمات مراقبتی، صدمه می‌بیند. در کشورهای در حال توسعه، خطر مراقبت‌های سلامتی، بیست برابر بیشتر از کشورهای توسعه یافته است و برای بعضی از کشورها، بین ۶ تا ۲۱ میلیارد دلار، در سال هزینه در بر دارد (۲۰،۲۱). مطالعات متعدد در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که ۲/۹ تا ۱۶/۶ درصد از بیماران در بیمارستان‌ها تجربه یک یا چند مورد از عوارض جانبی را گزارش کرده‌اند، درحالی که تقریباً ۵۰ درصد از این موارد قابل پیشگیری بوده است (۱۰). از آنجایی که بیش از ۹۰ درصد خطاها، مربوط به عوامل انسانی است بنابراین وضع قوانین و مقررات به تنهایی

نمی‌تواند رفتارهای ایمن را در سازمان‌ها نهادینه کند بلکه بایستی از طریق ایجاد یک فرهنگ ایمنی مثبت و مؤثر در کارکنان باعث پیشگیری از حوادث و ارتقای خدمات سازمانی شد (۲۲،۲۳). توسعه فرهنگ ایمنی در سیستم خدمات بهداشتی به‌عنوان یک شاخص اثرگذار در زمینه کاهش خطاهای انسانی می‌باشد (۲۳). اهمیت ایمنی بیمار زمانی مهم‌تر می‌شود که بدانیم تعداد افرادی که در حوادث بیمارستانی جان خود را از دست می‌دهند، بیش از دو برابر کسانی است که در تصادفات وسایل نقلیه درگذشتند (۲۴).

عوامل متعددی چه به صورت آشکار یا نهان و چه به صورت فردی یا سیستمی می‌تواند بر فرهنگ ایمنی اثرگذار باشد. نتایج مطالعات نشان دهنده تأثیر گذار بودن شرایط استرس‌زا مثل بحران بیماری‌ها بر فرهنگ ایمنی بیمار می‌باشد به‌گونه‌ای که قرار گرفتن در شرایط استرس‌زا می‌تواند باعث بروز خطاها و احتمال افزایش آسیب به بیمار گردد (۲۵،۲۶). ایمنی بیمار، نشانگر کیفیت مراقبت‌های پرستاری است به‌طوری که آن را می‌توان هسته مرکزی مراقبت‌های پرستاری، با کیفیت بالا دانست (۲۷،۲۸). در این راستا بررسی دیدگاه پرستاران به‌عنوان بزرگترین گروه مراقبتی حائز اهمیت است (۲۸). داشتن نگرش مثبت در بین پرسنل درمانی می‌تواند به کاهش خطاهای انسانی، بهبود کیفیت خدمات‌درمانی و افزایش رضایت بیماران از مراقبت کمک کند (۲۹). سنجش فرهنگ ایمنی بیمار اولین گام لازم برای بهبود فرهنگ ایمنی در یک محیط بالینی است (۳۰). دانستن خلاهای موجود در فرهنگ ایمنی می‌تواند در بهبود ارائه خدمات و کاهش خطاهای انسانی بسیار مؤثر باشد (۳۱). در همین راستا در ایران وزارت بهداشت نیز با توجه به اهمیت موضوع ایمنی بیمار در اعتباربخشی بیمارستان‌ها بحث ایمنی بیمار را به عنوان یکی از ملاک‌های ارزیابی بیمارستان‌ها قرار داده است (۷).

در سال‌های اخیر با افزایش چشمگیر مراجعه بیماران به مراکز درمانی، فرهنگ ایمنی می‌تواند علاوه بر شناسایی مشکلات بخش‌ها، به افزایش آگاهی مدیران از دیدگاه‌ها و رفتارهای کارکنان درباره‌ی ایمنی بیمار کمک کند. با توجه به عدم انجام مطالعه مشابه در مورد فرهنگ ایمنی در شرایط بحرانی برآن شدیم تا مطالعه‌ای با هدف بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در پرسنل بخش‌های کرونای بیمارستان امام‌خمینی اردبیل انجام دهیم.

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بود. از ۱۵۸ پرستاری که معیار ورود برای شرکت در مطالعه را داشتند ۱۵۰ نفر به پرسشنامه پاسخ دادند. این مطالعه در بیمارستان امام خمینی اردبیل در بهار سال ۱۳۹۹ حین شیوع بیماری کووید-۱۹ انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود و تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی اردبیل که در بخش‌های مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ کار می‌کردند، انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها پس

برای تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ به کار گرفته شد. روایی و پایایی پرسشنامه انگلیسی توسط مطالعات مختلفی که به انجام رسیده مورد قبول بوده است (۸،۲۳،۲۶). روایی این پرسشنامه در مطالعات ایرانی نیز مورد تأیید بوده است. آلفای کرونباخ مابین ۰/۸۷-۰/۸۱ در مطالعات تعیین شده است (۷،۱۶،۲۱). برای پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این ضریب برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی محقق با ارائه توضیح کاملی در رابطه با هدف پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت و اعتماد پرستاران را جهت همکاری و تکمیل پرسشنامه جلب نمود و فرم رضایت آگاهانه توسط آنان تکمیل و سپس تمامی پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر جمع‌آوری گردید.

نتایج

از بین ۱۵۰ شرکت‌کننده در مطالعه، ۱۲۷ نفر (۸۴/۷ درصد) زن، ۱۱۶ نفر متاهل (۷۷/۳ درصد)، ۱۴۲ نفر (۹۴/۷ درصد) سطح تحصیلات لیسانس و ۱۳۰ نفر (۸۶/۷ درصد) به صورت شیفت چرخشی در بیمارستان خدمت می‌کردند. همچنین ۶۰ نفر (۴۰ درصد) از شرکت‌کنندگان در محدوده سنی ۳۵-۳۱ سال، ۷۴ نفر (۴۹/۳ درصد) سابقه کاری ۱۰-۵ سال و تعداد ۸۰ نفر (۵۳/۳ درصد) استخدام پیمانی بودند (جدول-۱).

متغیر	زیرگروه	تعداد (%)
سن	۲۵-۳۰	۵۶ (۳۷/۳)
	۳۱-۳۵	۶۰ (۴۰)
جنسیت	مرد	۲۳ (۱۵/۳)
	زن	۱۲۷ (۸۴/۷)
تاهل	متاهل	۱۱۶ (۷۷/۳)
	مجرد	۳۴ (۲۲/۷)
سطح تحصیلات	لیسانس	۱۴۴ (۹۶)
	فوق لیسانس	۶ (۴)
وضعیت استخدامی	رسمی	۴۶ (۳۰/۷)
	پیمانی	۸۰ (۵۳/۳)
سابقه کاری	زیر ۵ سال	۴۶ (۳۰/۷)
	۵-۱۰ سال	۷۴ (۴۹/۳)
شیفت کاری	بالای ۱۰ سال	۳۰ (۲۰)
	چرخشی	۱۳۰ (۸۶/۷)
	ثابت	۲۰ (۱۳/۳)

از اخذ رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه با رعایت اصول اخلاقی و موازین ایمنی در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت. معیارهای ورود در مطالعه شامل رضایت جهت شرکت در پژوهش و داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار بود. تکمیل ناقص پرسشنامه و عدم تمایل به شرکت در مطالعه معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش از دو بخش تشکیل شده بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک که شامل: سن، جنس، وضعیت تاهل، شیفت کاری، سابقه کاری، نوع استخدام و سطح تحصیلات بود و بخش دوم مربوط به پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار (Hospital Survey On Patient Safety) HSOPSC (Culture) بود که در سال ۲۰۰۴ توسط مرکز پژوهش و کیفیت خدمات سلامت آمریکا طراحی گردیده است. این پرسشنامه حاوی ۴۲ سؤال است و ۱۲ بعد مختلف ایمنی بیمار را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ابزار ده بعد فرهنگ ایمنی بیمار از جمله: انتظارات و اقدامات مدیریت در راستای ایمنی بیمار (۴ گویه)، یادگیری سازمانی (۳ گویه)، کار تیمی درون واحدهای سازمانی (۴ گویه)، بازبودن مجاری ارتباطی (۳ گویه)، ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها (۳ گویه)، پاسخ غیرتنبیهی در قبال رویداد خطا (۳ گویه)، مسائل مربوط به کارکنان (۴ گویه)، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (۳ گویه)، کار تیمی مابین واحدهای سازمانی (۴ گویه) و تبادل و انتقال اطلاعات (۴ گویه) و نیز دو بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی بیمار از جمله تناوب گزارش‌دهی رخدادها (۳ گویه) و درک کلی از ایمنی بیمار (۴ گویه) مورد سنجش قرار می‌دهد و همچنین در بردارنده دو سؤال، که یکی در مورد این که مشارکت کنندگان چه نمره‌ای را برای ایمنی بیمار در بیمارستان در نظر گرفته‌اند و دیگری تعداد خطاهای گزارش شده در طی ۱۲ ماه گذشته می‌باشد. سوالات پرسشنامه در یک مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت، از خیلی مخالف تا خیلی موافق، ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار را مورد سنجش قرار می‌دهند. جهت امتیاز دهی نیز مطابق دستورالعمل نحوه امتیاز دهی پرسشنامه، گزینه‌های موافق و خیلی موافق در طیف پاسخ‌های مثبت، گزینه بدون نظر در طیف پاسخ‌های خنثی و گزینه‌های مخالف و خیلی مخالف در طیف پاسخ‌های منفی طبقه‌بندی شده‌اند. طیف پاسخگویی به سوالات از نوع لیکرت ۵ آیتی است که امتیاز مربوط به آن از ۱ تا ۵ به صورت کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف است. نمره‌گذاری نهایی پرسشنامه با جمع درصد پاسخ‌های مثبت سوالات هر حیطه و تقسیم آن بر تعداد سوالات همان حیطه محاسبه و در نهایت با توجه به درصد هر حیطه نمره نهایی در سه سطح فرهنگ ایمنی بالا یا نقطه قوت (بیش از ۷۵ درصد پاسخ‌های موافق)، فرهنگ ایمنی متوسط یا قابل قبول (بین ۷۵-۵۰ درصد پاسخ‌های موافق) و فرهنگ ایمنی پایین یا نقطه ضعف (کمتر از ۵۰ درصد پاسخ‌های موافق) طبقه‌بندی گردید.

در بین ابعاد ۱۲ گانه فرهنگ ایمنی بیمار، بیشترین و کمترین میانگین و انحراف معیار به ترتیب مربوط به ابعاد کار تیمی درون واحد (۱۶/۷۵±۲) و برخورد غیرتنبیهی در قبال رویداد حادثه

در مجموع نیز میانگین نمره کل فرهنگ ایمنی بود. (۷/۷۳±۱/۷۲) بود. در مجموع نیز میانگین نمره کل فرهنگ ایمنی ۱۳۱/۳۸ ± ۱۷/۴۳ بود (جدول ۲).

جدول ۲- مولفه های فرهنگ ایمنی بیمار

مولفه	میانگین و انحراف معیار		مثبت		خنثی		منفی		قضایوت درباره فرهنگ ایمنی
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
کار تیمی درون واحدهای سازمانی	۱۶/۷۵±۲/۰۰	۱۲۳	۸۲	۲۰	۱۳/۴	۷	۴/۶	۰	بالا (نقطه قوت)
انتظارات و اقدامات مدیریت در راستای ایمنی بیمار	۱۲/۰۴±۳/۰۹	۶۷	۴۴/۷	۲۶	۱۷/۳	۵۷	۳۸	۰	پایین (نقطه ضعف)
یادگیری سازمانی	۱۰/۱۴±۱/۸۹	۸۰	۵۳/۴	۴۰	۲۶/۶	۳۰	۲۰	۰	متوسط (قابل قبول)
حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۱۰/۰۷±۱/۷۲	۸۳	۵۵/۴	۳۶	۲۴	۳۱	۲۰/۶	۰	متوسط (قابل قبول)
درک کلی از ایمنی بیمار	۱۲/۷۳±۲/۸۲	۷۰	۴۶/۷	۳۱	۲۰/۶	۴۹	۳۲/۷	۰	پایین (نقطه ضعف)
ارتباطات و آرایه بازخورد در مورد خطا	۸/۷۵±۲/۰۵	۵۴	۳۶	۳۹	۲۶	۵۷	۳۸	۰	پایین (نقطه ضعف)
تناوب گزارش دهی رخدادها	۹/۵۴±۲/۳۰	۷۷	۵۱/۳	۲۸	۱۸/۷	۴۵	۳۰	۰	متوسط (قابل قبول)
باز بودن مجاری ارتباطی	۸/۹۴±۱/۶۷	۵۶	۳۷/۳	۳۹	۲۶	۵۵	۳۶/۷	۰	پایین (نقطه ضعف)
برخورد غیرتنبیهی در قبال رویداد حادثه	۷/۷۳±۱/۷۲	۳۰	۲۰	۴۰	۲۶/۷	۸۰	۵۳/۳	۰	پایین (نقطه ضعف)
مسائل مربوط به کارکنان	۱۲/۲۷±۲/۴۳	۶۶	۴۴	۴۰	۲۶/۷	۴۴	۲۹/۳	۰	پایین (نقطه ضعف)
کار تیمی مابین واحدهای سازمانی	۱۰/۰۶±۲/۵۹	۳۰	۲۰	۵۴	۳۶	۶۶	۴۴	۰	پایین (نقطه ضعف)
تبادلات و انتقال اطلاعات	۱۱/۷۸±۲/۳۵	۶۰	۴۰	۳۶	۲۴	۵۴	۳۶	۰	پایین (نقطه ضعف)
میانگین کل فرهنگ ایمنی	۱۳۱/۳۸±۱۷/۴۳	میانگین درصد پاسخ مثبت		۶۶/۳۳					

متغیر	زیر گروه	میانگین و انحراف معیار	F
جنسیت	مرد	۱۳۰/۵۶±۱۶/۳۸	t=۰/۲۴
	زن	۱۳۱/۵۲±۱۷/۶۷	p=۰/۸۰
تاهل	مجرد	۱۲۲/۳۲±۱۷/۶۷	t=۳/۵۷
	متاهل	۱۳۴/۰۳±۱۶/۵۱	p<۰/۰۰۱
سن	۲۵-۳۰	۱۱۹/۳۳±۱۶/۹۳	f=۲۹/۴۷
	۳۱-۳۵	۱۳۸/۳۵±۱۳/۶۳	p<۰/۰۰۱
	≥۳۵	۱۳۸/۹۱±۱۳/۰۰	
وضعیت استخدامی	رسمی	۱۳۶/۴۵±۱۵/۰۸	f=۶/۷۸
	پیمانی	۱۳۲/۳۵±۱۶/۱۴	p<۰/۰۰۱
	طرحی	۱۱۳/۸۷±۲۸/۷۰	
سابقه کاری	زیر ۵ سال	۱۱۳/۶۳±۱۳/۳۷	f=۶۳/۴۱
	۵-۱۰ سال	۱۳۸/۶۸±۱۳/۸۶	p<۰/۰۰۱
	بالای ۱۰ سال	۱۴۰/۵۶±۸/۷۷	
سطح تحصیلات	لیسانس	۱۳۰/۹۱±۱۷/۲۶	t=۰/۷۵
	فوق لیسانس	۱۴۲/۵۰±۱۹/۴۶	p=۰/۱۱
شیفت کاری	چرخشی	۱۳۰/۲۱±۱۷/۸۰	t=۰/۰۱
	ثابت	۱۳۸/۹۵±۱۲/۷۱	p=۶/۳۹

بر اساس آزمون تی مستقل رابطه معنی داری بین تاهل و شیفت کاری با فرهنگ ایمنی بیمار وجود داشت. همچنین براساس

میانگین درصد پاسخ مثبت کل ابزار ۶۶/۳۳ درصد بود و بر اساس شیوه تفسیر ابزار، فرهنگ کلی ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در سطح قابل قبول (متوسط) ارزیابی شد. از طرفی بیشترین درصد پاسخهای مثبت مربوط به بعد "مسائل مربوط به کار تیمی درون واحدهای سازمانی" با ۸۲ درصد و کمترین درصد پاسخهای مثبت مربوط به بعد "برخورد غیرتنبیهی در قبال رویداد حادثه" و "کار تیمی مابین واحدهای سازمانی" با ۲۰ درصد بود. بر اساس رتبه بندی امتیازات پرسشنامه حیطه کار تیمی درون واحد سازمانی در سطح مطلوب بوده و به عنوان تنها نقطه قوت فرهنگ ایمنی بیمار شناخته شد. از طرفی حیطه های انتظارات و اقدامات مدیریت در راستای ایمنی بیمار، درک کلی از ایمنی بیمار، ارتباطات و آرایه بازخورد در مورد خطا، باز بودن مجاری ارتباطی، برخورد غیرتنبیهی در قبال رویداد حادثه، مسائل مربوط به کارکنان، کار تیمی مابین واحدهای سازمانی و تبادلات و انتقال اطلاعات امتیاز کمتر از ۵۰ درصد داشته و به عنوان نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیمار در نظر گرفته شد. فرهنگ ایمنی در سایر حیطه ها از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان در حد قابل قبول بود (جدول ۲-).

جدول ۳- رابطه بین نمرات فرهنگ ایمنی و متغیرهای دموگرافیک پرستاران

داخلی و خارجی نیز حیطة کار تیمی درون واحد سازمانی به عنوان قوی‌ترین حیطة فرهنگ ایمنی بوده که هم‌سو با نتیجه مطالعه حاضر می‌باشد (۷،۲۹،۳۳). در مطالعه طحان و همکاران حیطة یادگیری سازمانی (۴)، در مطالعه سلامت و همکاران حیطة غیر تنبیهی در قبال رویدادها (۱۲) و در مطالعه رضائیان و همکاران حیطة کار تیمی بین واحدهای بیمارستان (۳) به‌عنوان نقاط قوت فرهنگ ایمنی گزارش شده است که غیر همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. از سوی دیگر در مطالعه حاضر حیطة‌های برخورد غیرتنبیهی در قبال رویداد حادثه و کار تیمی مابین واحدهای سازمانی کمترین امتیاز را داشته و به‌عنوان مهمترین نقاط ضعف بیمارستان شناخته شدند. هم‌سو با این مطالعه، در اکثر مطالعات داخلی و خارجی این حیطة‌ها به عنوان نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیمار گزارش شده‌اند (۱،۱۳،۲۴). همچنین نتایج مطالعه سلامت و همکاران (۱۲) پاسخ غیرتنبیهی در قبال رویدادها را به‌عنوان نقطه قوت و در مطالعه رضائیان و همکاران (۳) کار تیمی بین واحدهای سازمان به‌عنوان نقاط قوت فرهنگ ایمنی بیمار گزارش شده است که غیرهمسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. تفاوت در یافته‌ها می‌تواند به علت تفاوت در ساختارهای بیمارستان‌ها، فعالیت‌های مرتبط با ایمنی، شرایط بحرانی و تفاوت در دیدگاه‌های افراد مورد مطالعه باشد. با توجه به این نکته که یکی از ابعاد اعتبار بخشی بیمارستان‌ها ارتقا ایمنی و استقرار فرهنگ ایمنی در بیمارستان می‌باشد، به نظر می‌رسد اجرای این برنامه در بهبود برخی از حیطة‌های فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان به‌ویژه کار تیمی درون سازمانی و حمایت مدیریت از ایمنی بیمار موثر بوده است اما جهت استقرار کامل برنامه ایمنی ارتقا نقاط ضعف نیز قدم بعدی در جهت بهبود فعالیت ایمنی در بیمارستان خواهد بود.

جهت دستیابی به یک فرهنگ ایمنی مناسب باید مدیران بیمارستانی عملکرد و فعالیت‌های کارکنان را در یک فضای باز ارتباطی و یک فرهنگ غیر تنبیهی ارتقا دهند این فضا می‌تواند میزان گزارش‌دهی خطا توسط پرسنل را افزایش داده و زمینه ساز ایمنی بیماران باشد (۲۸). مطالعات نشان دهنده این موضوع است که در محیطی که فرهنگ بازخورد تنبیهی به حوادث و خطاها حاکم است، کارکنان به هنگام بروز خطا سعی در پنهان نمودن آن خواهند داشت این عمل می‌تواند آثار جبران ناپذیری را بر بدنه ایمنی بیمارستان به جای بگذارد (۱۲،۱۹).

از میان عوامل فردی متغیر تاهل با فرهنگ ایمنی ارتباط معنی داری داشت به این معنی که افراد متاهل در مقایسه با افراد مجرد فرهنگ ایمنی را مهم قلمداد می‌کردند. در مطالعه هی‌اون و همکاران بین وضعیت تاهل و فرهنگ ایمنی رابطه معنی‌دار مشاهده شد (۲۲). همچنین نتایج مطالعه لاله‌گانی و همکاران نیز رابطه معنی‌داری را بین وضعیت تاهل و فرهنگ ایمنی بیمار نشان داد که هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر بود (۲۰). مطالعه سلامت و همکاران رابطه معنی‌داری بین وضعیت تاهل و فرهنگ ایمنی بیمار

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه رابطه معنی‌داری بین سن، وضعیت استخدامی و سابقه‌کاری با فرهنگ ایمنی بیمار وجود داشت. همچنین بین جنسیت و سطح تحصیلات با فرهنگ ایمنی رابطه معنی داری مشاهده نشد (جدول-۳).

به‌علاوه، از نظر وضعیت رعایت ایمنی بیمار در بیمارستان تحت مطالعه از دیدگاه پرستاران، بیشتر آنان یعنی ۵۹/۳ درصد، بیمارستان محل خدمت‌شان را از نظر رعایت ایمنی بیمار در وضعیت قابل قبول، توصیف نموده بودند (جدول-۴).

جدول-۴. توزیع فراوانی فرهنگ ایمنی کلی از دیدگاه پرستاران

وضعیت فرهنگ ایمنی به طور کلی	فراوانی (%)
خیلی ضعیف	۱۰ (۶/۷)
ضعیف	۲۳ (۱۵/۳)
قابل قبول	۸۹ (۵۹/۳)
خیلی خوب	۱۲ (۸)
عالی	۱۶ (۱۰/۷)
جمع کل	۱۵۰ (۱۰۰)

بحث

ارزیابی سطح فرهنگ ایمنی بیمار نقطه آغازین برای ایجاد فرهنگ ایمنی در سازمان می‌باشد، چرا که حرکت به سوی ایمن‌تر ساختن مراقبت بدون اطلاع از وضع موجود ممکن است منجر به افزایش هزینه‌ها شده و همچنین سازمان را در معرض مخاطرات جدیدی قرار دهد و برنامه‌ریزی جهت ارتقا کیفیت خدمات را با مشکل مواجه سازد (۱۰،۳۲،۳۳). در این راستا مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در بین پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت از بیماران مبتلا به کووید-۱۹، بیمارستان امام خمینی اردبیل با استفاده از پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار که یکی از ابزارهای متداول بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها می‌باشد، انجام گرفت.

بر اساس نتایج به دست آمده از بین ابعاد ۱۲ گانه ایمنی بیمار، ابعاد درک کلی از ایمنی بیمار، انتظارات و اقدامات مدیریت در راستای ایمنی بیمار، ارتباطات و آرایه بازخورد در مورد خطا، باز بودن مجاری ارتباطی، برخورد غیرتنبیهی در قبال رویداد حادثه، مسایل مربوط به کار کارکنان، کار تیمی مابین واحدهای سازمانی و تبادلات و انتقال اطلاعات از نقاط ضعف فرهنگ ایمنی بیمار شناخته شدند که نیازمند بهبود بودند به ویژه دو حیطة کار تیمی مابین واحدهای سازمانی و برخورد غیرتنبیهی در قبال رویداد حادثه که کم‌ترین امتیاز را داشتند. در مقابل حیطة کار تیمی درون واحد بالاترین امتیاز را کسب نموده و به عنوان تنها نقطه قوت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان مورد مطالعه شناخته شد. همچنین، بر اساس یافته‌های مطالعه بیشترین درصد پاسخ‌های مثبت مربوط به حیطة کار تیمی درون واحدهای سازمانی بود در اکثر مطالعات

فرهنگ ایمنی هستند نیازمند توجه و رسیدگی بیشتر هم از جانب مدیریت و هم از طرف پرستاران شاغل در بخش‌ها می‌باشد. با توجه به اینکه پرستاران به‌عنوان نیروهای خط‌مقدم ارائه خدمات سلامت به خصوص در شرایط بحرانی می‌باشند ضعیف بودن حیطه‌های فرهنگ ایمنی از دیدگاه پرستاران به خصوص در شرایط بحرانی نیازمند توجه، برنامه‌ریزی و مداخلات مدیریتی جدی می‌باشد. به نظر می‌رسد نهادینه کردن فرهنگ ایمنی بیمار مستلزم اصلاح ابعاد فوق، آموزش کارکنان و مستلزم تمرکز بیشتر مدیریت در زمینه ایمنی باشد.

یافته‌های این مطالعه می‌تواند کمکی به درک این موضوع باشد که شرایط بحرانی می‌تواند اثرات منفی را در زمینه ایمنی بیمار به جای بگذارد که علاوه بر خطرات جانی برای بیماران، هزینه‌های سنگینی را در طولانی مدت برای بیمارستان تحمیل کند. ایجاد فضای باز ارتباطی، برخورد سیستمی و غیر تنبیهی با خطاها، استفاده از پرسنل با تجربه و سعی در ایجاد محیطی جهت استقرار فرهنگ کار تیمی و تقویت و تشویق گزارش‌دهی داوطلبانه خطا از مهمترین اقدامات مدیریتی است که می‌تواند در ارتقا فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با کد سند شماره ۳۸۹۴ و شماره مجوز اخلاق IR.ARUMS.REC.1399.122 بود. تأمین‌کننده منابع مالی مطالعه حاضر کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل بود. نویسندگان از ریاست و مدیریت بیمارستان امام خمینی اردبیل و همچنین پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بیمارستان که در انجام این طرح ما را یاری کردند، صمیمانه تشکر می‌کنند.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله

یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد

منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع:

1. Kim Ren Jye A, Zinh , Senok J , Peter S ,Bartholomew P, Senok J. Hospital Survey On Patient Safety Culture In Sarawak General Hospital: A Cross Sectional Study. Med J Malaysia. 2019; 74 (5): 385-8.
2. Rafiee Vardanjani L. The Relationship between Professional Commitment and Patient Safety Culture

را نشان نداد (۱۲). در مطالعه جعفرپناه و همکاران نیز رابطه بین وضعیت تاهل و فرهنگ ایمنی بیمار معنی‌دار نبود (۲۸). به طور کلی، این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از متفاوت بودن محیط پژوهش، تجربه حضور در شرایط بحرانی و ویژگی‌های افراد بررسی شده یا حتی سطح بیمارستان‌ها باشد. بین سن با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه معنی‌داری دیده شد که هم‌سو با نتایج مطالعه رفیعی وردنجانی (۲) و غیر هم‌سو با مطالعه جعفرپناه و همکاران (۲۸) بود. همچنین بین سابقه کاری پرسنل با فرهنگ ایمنی رابطه معنی‌دار مشاهده شد که با نتایج مطالعه پورشرعیاتی، می‌پارک و نکویی مقدم و همکاران هم‌سو (۱۰، ۱۴، ۱۷) و با نتایج مطالعه سلامت، جعفرپناه و رفیعی وردنجانی و همکاران غیرهم‌سو بود (۲، ۱۲، ۲۸). در مطالعه حاضر بین وضعیت استخدامی پرسنل با فرهنگ ایمنی رابطه معنی‌دار بود و افرادی که وضعیت استخدامی آنها رسمی بود میانگین نمره فرهنگ ایمنی بالاتری نسبت به سایر گروهها داشتند. در حالی که نتایج مطالعه سلامت، پورشرعیاتی و نکویی نشان داد که رابطه معنی‌داری بین وضعیت استخدامی با فرهنگ ایمنی وجود نداشت (۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵). در مطالعه حاضر بین شیفت کاری پرسنل با فرهنگ ایمنی رابطه معنی‌داری وجود داشت و افراد با شیفت کاری ثابت میانگین نمره نگرش بیشتری داشتند. در مطالعه لاله‌گانی و همکاران رابطه معنی‌داری بین شیفت کاری با فرهنگ ایمنی مشاهده نشد که غیرهم‌سو با نتایج مطالعه حاضر بود (۲۰). کار در شرایط بحرانی مثل اپیدمی بیماری‌ها، نوع بیمارستان، نوع بخش، تجربه کار در شرایط سخت می‌تواند در نتایج مطالعه تأثیر گذار باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر جمع‌آوری داده‌ها به صورت خود گزارشی و دسترسی دشوار به پرسنل با رعایت اصول ایمنی در بخش‌های کرونا بود. محدودیت دیگر این مطالعه این بود که مطالعه فقط در مورد پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت از بیماران کرونا انجام گرفت به همین خاطر، باید در تعمیم نتایج مطالعه به سایر بخش‌های بیمارستان دقت کرد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که سطح ایمنی بیمارستان در سطح متوسط قرار دارد و حیطه‌های "برخورد تنبیهی در قبال رویداد حادثه" و "کار تیمی مابین واحدهای سازمانی" که از ابعاد مهم

- in Educational Hospitals of Shahrekord University of Medical Sciences. Journal of Health and Care. 2020; 21(4):344-52 doi:10.29252/jhc.21.4.344
3. Rezaean M, Aqaie Borz Abad P, Yazdanpanah A, Zinat Motlagh SF. Patient Safety Culture Status From The Perspective Medical Staff Of Yasuj

- Hospitals In 2015. *Armaghane-Danesh* 2016; 20 (10): 935-946.
4. Tahan M, Khakshoor F, Ahangari E. The Relationship between Teaching Patient Safety Culture With Promoting Safety Culture And Self-Efficacy Of Nurses. *J Birjand Univ Med Sci*. 2019; 26 (3): 226-36. doi:10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.104
5. Arshadi Bostanabad M, Jebreili2 M, Kargari Rezapour M. Patient Safety Culture Assessment in Neonatal Intensive Care Units of Tabriz from the Perspective of Nurses In 2013. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2015;10(3):26-36.
6. Tavares APM, Moura ECC, Avelino FVSD, Lopes VCA, Nogueira LT. Patient Safety Culture from the Perspective of The Nursing Team. *Revista Da Rede De Enfermagem Do Nordeste*. 2018;19(1):1-7doi:10.15253/2175-6783.2018193152
7. Momeni B, Golpira R, Mayelafshar M. The Study Of The Domains Of Patient Safety Culture In Rajaie Cardiovascular, Medical And Research Center In 2012. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2014;3(1):34-40.
8. Farhan A E, Mohammad A, ,Alshammari F,Hamdan M ,Tantut S ,Sandro V ,Maria Charito Laarni I ,Ferdinand G. A Survey of Hospital Healthcare Professionals' Perceptions Toward Patient Safety Culture In Saudi Arabia. *International Journal Of Africa Nursing Sciences*. 2019;11(1):1-6. doi:10.1016/j.ijans.2019.100149
9. Naglaa A. El-Sherbiny, Eman H. Ibrahim, Wafaa Y. Abdel-Wahed. Assessment of Patient Safety Culture Among Paramedical Personnel At General And District Hospitals, Fayoum Governorate, Egypt. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2020;95(1):2-8. doi:10.1186/s42506-019-0031-8
10. Pourshareiati F, Amrollahi M. Patient Safety Culture from Rahneon Hospital Nurses' Perspective. *Occupational Hygiene & Health Promotion*. 2017;1(1):52-61.
11. Alimohammadzadeh KH, Esmaili Joladi S, Olya M, Ghaiyoomi A, Zaferani Arani H. A Comparative Study on Effective Factors In Patient Safety Culture From The Nursing Staff Points Of View. *J Health Man & Info*. 2017;4(2):57-61.
12. Salamat A, Mohammad Aliha J, Mardani Hamooleh M, Mohammadnejad E, Haghani SH. Patient Safety Culture In Intensive Care Units In The Viewpoint Of Nurses In Tehran, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2019; 32(119):48-58. doi:10.29252/ijn.32.119.48
13. Laal F, Fazli B, Balarak D, Dalir F, Mohammadi M, Mirzaei R. Attitude Toward The Patient Safety Culture In Healthcare Systems. *Patient Saf Qual Improv*. 2016; 4(2):363-368.
14. Nekoei-Moghadam M, Raadabadi M, Heidarijamebozorgi M. Patient Safety Culture in University Hospital's Emergency Departments: A Case Study. *Int J Health Plann Manage*. 2019. doi:10.1002/hpm.2948
15. Ajalli A1 , Fallahi - Khoshknab M , Hosseini MA, Mohammadi E , Sirati Nir M. The Issue Of Patient Safety In Psychiatric Wards And Center: A Systematic Review. *IJSR*. 2020;1(1):21-35.
16. Mohebi Farr, Alijan Zade M, Safari Variani A, Khoshtarkib H, Ghanati E, Teymouri F Et Al . Studying Patient Safety Culture From The Viewpoint of Staffs In Educational Hospitals In Tehran City. *Journal of Health and Safety at Work*. 2015; 5(1): 57-64.
17. Amiran P, Pour Riba M, Fatemi Mehr A. 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. doi:10.29252/mcs.5.1.26
18. Khoshakhlagh AH, Khatooni E, Akbarzadeh I, Yazdanirad S, Sheidaei A. Analysis Of Affecting Factors On Patient Safety Culture In Public And Private Hospitals In Iran. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):1009. doi:10.1186/s12913-019-4863-x
19. Kumbi M, Hussen A, Lette A, Nuriye S, Morka G. Patient Safety Culture And Associated Factors Among Health Care Providers In Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study. *Drug Healthc Patient Saf*. 2020;12:1-14. doi:10.2147/DHPS.S198146
20. Lalegani S, Aliakbari F, Kheiri S, Masoudi R. The Effectiveness Of Patient Safety Empowerment Program With The Technique Of Failure Mode And Effects Analysis And Its Impact On The Safety Culture of Nurses In Critical Care Units. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2020; 5 (4): 38-48.
21. Rafiee Vardanjani L, Noorian K, Zaheri A. Study Of The Status Of Patient Safety Culture In Employees Of Educational And Therapeutic Centers Affiliated To Shahrekord University Of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2019;12(1):528-35.
22. Jang H-E, Song Y, Kang H-Y. Nurses' Perception of Patient Safety Culture and Safety Control in Patient Safety Management Activities. *Journal of Korean Academy Of Nursing Administration*. 2017; 23 (4):450-9doi:10.11111/jkana.2017.23.4.450
23. Danielsson M NP, Rutberg H, Arestedt K. A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden. *J Patient Saf*. 2017.
24. Güneş ÜY, Gürlek Ö, Sönmez M. A Survey of the Patient Safety Culture of Hospital Nurses in Turkey. *Collegian*. 2016; 23(2):225-32. doi:10.1016/j.colegn.2015.02.005
25. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *Plos One*. 2016;11(7):1-12. doi:10.1371/journal.pone.0159015

26. Park YM, Kim SY. Impacts Of Job Stress And Cognitive Failure On Patient Safety Incidents Among Hospital Nurses. *Saf Health Work*. 2013; 4(4):210-5. doi:10.1016/j.shaw.2013.10.003
27. Gözülü K, Kaya S. Patient Safety Culture As Perceived By Nurses In A Joint Commission International Accredited Hospital In Turkey And Its Comparison With Agency For Healthcare Research And Quality Data. *Patient Saf Qual Improv*. 2016; 4 (4):440-449.
28. Jafarpanah M, Rezaei B. Patient Safety Culture; the Strengths and Weaknesses: A Case Study of Imam Reza Hospital Of Kermanshah. *Health and Development Journal* 2019; 8(2): 197-209.
29. Akologo A, Abuosi AA, Anaba EA. A cross-sectional survey on patient safety culture among healthcare providers in the Upper East region of Ghana. *PloS one*. 2019;14(8):e0221208. doi:10.1371/journal.pone.0221208
30. Wu G, Mao J, Zhao L, Li Y, Li S. The Association Of Patient Safety Culture With Hospital Safety Performance: A Cross-sectional Survey. *Health Science Journal*. 2019;13(5):1-6.
31. Okuyama J, Galvao TF, Crozatti MT, Silva MT. Health Professionals' Perception Of Patient Safety Culture In A University Hospital In Sao Paulo: A Cross-Sectional Study Applying The Hospital Survey On Patient Safety Culture. *Sao Paulo Med J*. 2019; 137(3):216-22. doi:10.1590/1516-3180.2018.0430140319
32. Solvtofte AS, Larsen P, Laustsen S. Effectiveness Of Patient Safety Leadership Walkrounds On Patient Safety Culture: A Systematic Review Protocol. *JBISRIR-2016-003004*. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017; 15 (5):1306-15. doi:10.11124/JBISRIR-2016-003004
33. Yilmaz Z, Goris S. Determination Of The Patient Safety Culture Among Nurses Working At Intensive Care Units. *Pak J Med Sci*. 2015;31(3):597-601 doi:10.12669/pjms.313.7059