مقاله پژوهشی

چالش‌های فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی: یک مطالعه کیفی در تهران

مهدی حسنی [۱]، حسن ابوالقاسم‌گرجی [۲]، اسعد رعنایی [۳*]، سروه رضائی [۴]، نورالدین نیک‌نام [۵]

[۱] دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان نیروی انتظامی، تهران، ایران
[۲] دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
[۳] دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان، سنندج، ایران
[۴] دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان، سنندج، ایران
[۵] استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت‌جام، تربت‌جام، ایران

* **نویسنده مسؤول:** اسعد رعنایی
ranaei.a@iums.ac.ir

ارجاع: حسنی مهدی، ابوالقاسم‌گرجی حسن، رعنایی اسعد، رضائی سروه، نیک‌نام نورالدین. چالش‌های فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی: یک مطالعه کیفی در تهران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۷(۴): ۳۳-۳۲۲.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۰۲
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۱۱/۲۴
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: فرهنگ ایمنی پایه و قسمت غالب ایمنی بیمار بوده و به‌عنوان محور اصلی برنامه‌های ارتقای ایمنی و کیفیت خدمات در نظر گرفته می‌شود؛ هدف این مطالعه تبیین چالش‌های فرهنگ ایمنی در مراکز آموزشی درمانی ایران با رویکرد کیفی بود.

روش پژوهش: این پژوهش از نوع رویکرد تحلیل محتوای کیفی قراردادی در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. جامعه موردمطالعه افرادی بودند که سابقه ۵ سال مراقبت از بیماران یا کار در واحد ایمنی بیمار و کنترل کیفیت در مراکز آموزشی درمانی وابسته به یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران را داشتند. با نمونه‌گیری گلوله برفی و هدفمند و انجام مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختارمند با ۲۵ مشارکت‌کننده، داده‌های مطالعه به اشباع رسید. برای تحلیل داده‌ها از رویکرد گرانهیم و لاندمن و جهت استحکام پژوهش از معیارهای گوبا و لینکلن استفاده شد. فرایند کدگذاری و تحلیل داده‌های پژوهش هم‌زمان انجام گرفت؛ در پایان، مقولات و زیرمقولات استخراج‌شده، توسط مصاحبه‌شوندگان تائید گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار MaxQDA 10 انجام گرفت.

یافته‌ها: با تحلیل مصاحبه‌ها ۳۳۱ کد، ۷ مقوله و ۲۰ زیرمقوله استخراج شد. کم‌گزارش‌دهی خطاها، ضعف فرهنگ عدم سرزنش، مسائل مربوط به کارکنان، درک پایین از ایمنی بیمار، ضعف حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، ضعف کار تیمی بین واحدها و فقدان ارتباطات باز سازمانی، مقولات اصلی یافت شده و مهم‌ترین چالش‌های فرهنگ ایمنی در مراکز آموزشی درمانی بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، تدوین برنامه‌های مدون و مستمر آموزشی، تقویت کار تیمی و ارتباطات و اتخاذ رویکردی جامع جهت افزایش حضور همه اعضای تیم درمان در فرایند گزارش‌دهی، تحلیل و اجرای برنامه‌های پیشگیری از خطا، از الزامات بهبود و ارتقای فرهنگ ایمنی و کیفیت خدمت‌رسانی به بیماران هستند.

واژه‌های کلیدی: ایمنی، فرهنگ ایمنی، بیمارستان آموزشی، مطالعه کیفی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]

مقدمه

ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از اصول اساسی مراقبت سلامت و از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از واردشدن هرگونه صدمه و آسیب به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های بهداشتی است که این آسیب‌ها شامل مواردی نظیر خطاهای جراحی، تشخیصی، درمانی، مراقبتی، عفونت‌های بیمارستانی، سقوط از تخت و زخم بستر است (۳-۱). درواقع ایمنی بیمار چارچوبی از فعالیت‌های سازمان‌یافته است که فرهنگ‌ها، فرآیندها، رویه‌ها، رفتارها، فناوری‌ها و محیط‌هایی را در مراقبت‌های بهداشتی ایجاد می‌کند که به‌طور مداوم و پایدار خطرات را کاهش می‌دهد، وقوع آسیب‌های قابل‌اجتناب را کاهش می‌دهد، احتمال خطا را کمتر می‌کند و تأثیر آن را در صورت وقوع کاهش می‌دهد (۴).

توسعه دائمی در کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و دستیابی به اهداف نظام‌های سلامت بدون توجه به ایمنی گیرندگان خدمات امکان‌پذیر نیست؛ ارائه مراقبت‌های باکیفیت همواره از مهم‌ترین چالش‌های مراکز درمانی و از دغدغه‌های اساسی بیماران و جامعه بوده است. ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از اجزای ضروری ارائه خدمات مراقبت باکیفیت است و با ایجاد تغییرات مهم در فرایندها و مراحل ارائه خدمات بالینی پیگیری می‌شود (۷-۵).

خطا به‌عنوان نقص یا شکست در تکمیل یک اقدام برنامه‌ریزی‌شده یا استفاده از یک طرح اشتباه برای رسیدن به هدف تعریف می‌شود. خطاها نشانه نقص در اقدامات مربوط به ایمنی بیمار و نشانه بارز عدم کیفیت در ارائه مراقبت‌ها هستند؛ چراکه تعریف حداقلی از کیفیت مراقبت سلامت، رخ ندادن خطاهاست (۸،۹).

ریشه جنبش ایمنی بیمار به اواسط دهه ۱۹۷۰ بازمی‌گردد. سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است ارائه خدمات غیر ایمن تا ۱۶/۶ درصد از پذیرش‌های بیمارستانی را شامل می‌شود (۱۰،۱۱)؛ و خطاهای پزشکی به‌عنوان یکی از ۵ علت عمده مرگ در جهان اعلام‌شده است (۱۲). برآورد شده از هر ۱۰ نفری که در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند، یک نفر رویداد ناگواری را تجربه می‌کند که حدود نیمی از آن‌ها قابل‌پیشگیری هستند. همچنین حدود یک‌سوم از این رویدادها به بیمار، زیان‌های مختلفی (از بالا بردن مدت بستری تا وقوع مرگ) می‌رسانند (۱۳،۱۴).

یکی از جنبه‌های اساسی ایمنی بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار می‌باشد. فرهنگ، مجموعه‌ای از هنجارها، عقاید، نگرش‌ها و اقدامات کلی است که بین افراد در یک محل معین و زمان مشخص مشترک می‌باشد. فرهنگ ایمنی بیمار یعنی هنجارها، نگرش‌ها و ادراک کارکنان مراکز بهداشتی درمانی به ایمنی بیمار که در رفتار آن‌ها منعکس می‌شود. درواقع فرهنگ ایمنی بیمار نشان‌دهنده این است که ازنظر کارکنان، ایمنی بیماران چقدر مهم و دارای اولویت می‌باشد؛ بنابراین به‌منظور کمک به کاهش کلی حوادث مراقبت‌های بهداشتی، ایمنی بیمار از دیدگاه‌های مختلف موردمطالعه قرارگرفته است (۱۵).

در مطالعه مروری تقوی و قانع (۲۰۱۸) بر روی جایگاه واقعی مفهوم فرهنگ ایمنی بیمار در نظام سلامت ایران، نشان‌داد که میانگین کلی فرهنگ ایمنی دارای نمره متوسطی بود؛ و پژوهش اسدی و همکاران (۲۰۲۰) در میان کارکنان بیمارستان امام خمینی اردبیل، میانگین کلی درصد پاسخ‌های مثبت به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار با ۵۷/۷۱ درصد، در محدوده متوسط بود (۴،۱۶)؛ در پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۷) در ۴ بیمارستان اردبیل که با استفاده از ابزار مشترک بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان (Hospital Survey on Patient Safety Culture: HSOPSC)، به بررسی فرهنگ ایمنی در داخل کشور پرداختند، میانگین کلی ابعاد فرهنگ ایمنی دارای نمره متوسطی بود (۱۷).

بیشتر مطالعات در حوزه فرهنگ ایمنی در ایران به‌صورت کمّی انجام‌شده و تاکنون پژوهش کیفی برجسته‌ای در این زمینه توسط تیم پژوهش مشاهده نشده است. ازآنجاکه وضعیت ایمنی بیمار و کیفیت خدمات با چالش‌های اساسی روبرو است و نیاز به بهبود دارد (۱۸،۱۹) و ازآنجاکه رویکرد کیفی برای شناسایی چالش‌های فرهنگ ایمنی در ایران مناسب‌تر به نظر می‌رسد، این پژوهش باهدف تبیین چالش‌های فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی ایران و بررسی نقاط قابل‌بهبود درزمینه‌ی فرهنگ ایمنی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه انجام‌شد؛ تا با ایجاد سیاست‌های صحیح، شاهد بهبود وضعیت ایمنی و فرهنگ ایمنی بیمار در آینده نزدیک باشیم.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع رویکرد تحلیل محتوای کیفی قراردادی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش شامل ۲۵ نفر از کارکنان، مدیران ایمنی و کنترل کیفیت بیمارستان‌های یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران بودند که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم مشغول ارائه خدمات درمانی به بیماران بودند. معیار ورود به مطالعه داشتن حداقل ۵ سال سابقه فعالیت درمانی یا در حوزه ایمنی بیمار بود. برای دسترسی به نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و در بخش‌هایی نیز از روش گلوله برفی استفاده‌شد. تلاش شد که نمونه‌ها از بخش‌های ستادی و مدیریتی دانشگاه و بیمارستان‌ها و همچنین شاغلان رشته‌های درمانی مختلف باشند تا بیشترین تنوع در داده‌ها و درک از موضوع موردپژوهش حاصل گردد. برای گردآوری داده‌ها به دلیل حساسیت و محرمانگی موضوع، از مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته به روش رودررو انفرادی استفاده‌شد.

پس از مراجعه به معاونت درمان دانشگاه و مصاحبه با مسئول ایمنی، بیمارستان‌هایی که بر اساس نمرات کسب‌شده در آخرین ارزیابی سنجه‌های اعتباربخشی ملی (نسخه سال ۱۳۹۸)، وضعیت‌های مختلف ایمنی (ضعیف، متوسط، قوی) داشتند؛ شناسایی و با مشورت مسئول ایمنی بیمار در معاونت درمان، برای هر سطح فرهنگ ایمنی ۱ یا ۲ بیمارستان جهت مطالعه انتخاب شدند. در ادامه و پس از مراجعه به بیمارستان‌ها و انجام مصاحبه، از این نمونه‌ها خواسته شد که فرد دیگری که شرایط حضور در مطالعه را دارد، به تیم پژوهش معرفی کنند. درنهایت تعداد نمونه‌ها به ۲۵ نفر رسید.

مصاحبه‌ها در محیطی آرام و با هماهنگی قبلی و بدون حضور سایرین انجام‌گرفت. پس از معرفی کامل پژوهشگر و اهداف تحقیق با تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات دریافتی، برای ضبط جلسه مصاحبه، فرم رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان اخذ شد. در ۴ مورد به دلیل عدم رضایت از ضبط مصاحبه، فقط رونوشت‌برداری انجام گرفت. مصاحبه با سؤالات دموگرافیک و سؤالی کلی که وضعیت ایمنی در بیمارستان شما چگونه است؟ آغاز شد. در ادامه سؤالات کاوشی دیگری مانند چه چالش‌هایی در ارتباط بافرهنگ ایمنی در بیمارستان شما وجود دارد؟ بیشتر چه نوع خطاهایی گزارش می‌شوند؟ آیا همه کارکنان در جلسات گزارش‌دهی خطاها، تحلیل ریشه‌ای خطا (Root Cause Analysis: RCA) و پیشگیری از خطا (Failure Mode and Effects Analysis: FEMA) مشارکت می‌کنند؟ پرسیده شد؛ و میانگین زمان مصاحبه‌ها ۴۲ دقیقه بود. مصاحبه‌شوندگان می‌توانستند در صورت عدم تمایل، به سؤالات پاسخ ندهند و یا در هرزمانی، از ادامه مصاحبه انصراف دهند.

پس از هر مصاحبه فرایند رونوشت‌برداری، کدگذاری و تحلیل داده‌ها بلافاصله انجام‌شد. پس از تحلیل هر مصاحبه سؤالات برای مصاحبه‌های بعدی آماده شد و این فرایند تا رسیدن به اشباع نظری یعنی جایی که دیگر اطلاعات جدیدی به یافته‌ها اضافه نشود، ادامه پیدا کرد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار MaxQDA 10 انجام‌گرفت. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش پیشنهادی گرانهیم و لاندمن استفاده‌شد (۱۲). بدین‌صورت که در مرحله اول، مصاحبه‌های انجام‌شده با استفاده از تطبیق صدای ضبط‌شده و یادداشت‌های حین مصاحبه، پیاده‌سازی شدند تا یک درک کلی از صحبت‌ها به دست آید. در مرحله دوم واحدهای معنایی استخراج و تحت عنوان واحدهای فشرده دسته‌بندی شدند؛ در مرحله سوم واحدهای فشرده، خلاصه و دسته‌بندی شدند و برچسب مناسبی برای آن‌ها تعیین شد؛ در مرحله چهارم زیردسته‌ها بر اساس مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌ها مرتب شدند و در مرحله پنجم عنوان مناسبی که قابلیت پوشش دسته‌های حاصل‌شده را داشته‌باشد، به‌عنوان کد برای مفاهیم انتخاب شد.

جهت استحکام بیشتر پژوهش نیز از معیارهای گوبا و لینکلن (اعتبارپذیری، انتقال‌پذیری، قابلیت وابستگی و تاییدپذیری) استفاده‌شد (۲۰،۲۱). جهت افزایش اعتبار پژوهش (credibility)، محققین اصل تنوع در نمونه‌گیری را رعایت کردند و مشارکت‌کنندگانی انتخاب شدند که ازلحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند تحصیلات، شغل و غیره متفاوت باشند. همچنین در انتهای مصاحبه درک کلی محقق از سخنان مشارکت‌کنندگان، به‌طور مختصر بیان‌شد و مورد تائید آن‌ها قرار گرفت. در پایان فرایند کدگذاری و تحلیل داده‌ها نیز، جدول مقولات، زیرمقولات و کدها همراه نقل‌قول‌ها در اختیار ۶ نفر از شرکت‌کنندگان قرارگرفت تا مشخص شود که آیا

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]

محققین، تجربیات و گفته‌های مشارکت‌کنندگان را به‌درستی گزارش کرده‌اند که به تائید همه آن‌ها رسید. برای افزایش قابلیت اعتماد (dependability) درنهایت تمامی مقولات و زیرمقولات با تائید تمامی نویسندگان نهایی شد. برای کسب قابلیت تائید (confirmability) محققین، تحلیل داده‌ها و یافته‌های به‌دست‌آمده را برای ۴ نفر محقق برجسته درزمینه‌ی تحقیق کیفی و همچنین ۵ کارمند بیمارستان فرستادند و مطابق نظرات آن‌ها، اصلاحات لازم انجام‌گرفت. برای افزایش قابلیت انتقال پژوهش (transferability) توصیف کاملی از کل روند پژوهش ارائه گردید. نقل‌قول‌های شرکت‌کنندگان به‌صورت مستقیم و با تعداد زیاد آورده‌شد.

پژوهشگران خود دارای سابقه طولانی کار و پژوهش در بیمارستان‌های موردمطالعه بودند و بافرهنگ حاکم بر بیمارستان‌ها آشنایی داشتند. فرایند کدگذاری و تحلیل داده‌ها هم‌زمان انجام‌گرفت و در جلسه نهایی، تیم پژوهش، کدگذاری داده‌ها را موردبررسی، نقد و اصلاح قراردادند. درنهایت، مقولات و زیرمقولات جهت تائید داده‌های کدگذاری و تحلیل، برای مصاحبه‌شوندگان فرستاده‌شد تا مشخص شود که آیا مطابق نظرات و شرایط مدنظر آن‌ها هستند یا نه.

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IUMS.RREC.1396.9321532005 است. در تمامی مراحل پژوهش بر محرمانه بودن اطلاعات مشارکت‌کنندگان تأکید شد به این صورت که داده‌ها بدون ذکر اسامی مشارکت‌کنندگان و صرفاً جهت اهداف تحقیق به کار گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر با ۲۵ نفر مصاحبه انفرادی انجام‌گرفت که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آن‌ها در جدول ۱ ذکر شده است. همچنین با تحلیل مصاحبه‌ها ۳۳۱ کد، ۷ مقوله و ۲۰ زیرمقوله به‌دست‌آمد (جدول ۲) که در ادامه همراه نقل‌قول‌ها و توضیحات دیگر ذکرشده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در تحقیق

متغیر	رده	تعداد	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۱۵	۶۰
	زن	۱۰	۴۰
	کل	۲۵	۱۰۰
سن	۳۵-۲۰	۸	۳۲
	۵۰-۳۵	۱۴	۵۶
	>۵۰	۳	۱۲
سطح تحصیلات	کارشناسی	۱۳	۵۲
	کارشناسی ارشد یا پزشک عمومی	۸	۳۲
	دکتری یا تخصص	۴	۱۶
شغل یا پست سازمانی	کارشناس بالینی ایمنی	۴	۱۶
	مسئول ستادی ایمنی	۳	۱۲
	رابط ایمنی	۲	۸
	مترون	۳	۱۲
	سوپروایزر	۶	۲۴
	پرستار	۵	۲۰
	مدیران ستادی دانشگاه	۲	۸

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]

جدول ۲: مقولات و زیرمقولات به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها

مقولات	زیرمقولات
درک پایین از ایمنی بیمار	ضعف کارآمدی رویه‌های موجود عدم تبعیت از موازین ایمنی عدم درک اهمیت گزارش‌دهی خطا
ضعف فرهنگ عدم سرزنش	تنبیه پرسنل به دلیل خطا عدم تحمل سرپرستان و مدیران در مواجه با خطا ترس از عواقب گزارش‌دهی و افشای خطا ضعف کارایی رویه‌های تشویقی
ضعف حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	ارجحیت کسب درآمد بر ایمنی در اولویت نبودن ایمنی برای مدیران عدم شرکت مدیران و رؤسا در بازدیدها
مسائل مربوط به کارکنان	استفاده زیاد از دانشجویان و طرحی‌ها حجم بالای کار کمبود نیرو
کم گزارش‌دهی خطاها	فقط خطاهای آشکار گزارش می‌شود پرستاران تنها گروه گزارش‌دهنده لاپوشانی خطاهای رخداده
ضعف کار تیمی بین واحدها	ضعف کار تیمی متخصصین ضعف کار تیمی بین پزشکان و پرستاران
نبود ارتباطات باز سازمانی	نبود ارتباطات باز بین پزشک و پرستار نبود ارتباطات باز بین پرسنل

درک پایین از ایمنی بیمار

مصاحبه‌شوندگان بیان داشتند که بخش بزرگی از چالش‌های مربوط به ادراک فرهنگ ایمنی، وجود مسائل مرتبط با ایمنی و وجود نظام‌ها و رویه‌های غیر ایمن، به اشکال گوناگون و در بخش‌های مختلف مراکز آموزشی درمانی است:

«عده‌ای عقیده دارند ۵ درصد خطا طبیعی است و ایرادی نیست؛ دنبالش را هم نگیرید، اتفاقی هست که افتاده» (مصاحبه‌شونده ۱).

«الان به‌جای پزشک‌ها، پرستارها نسخه دارویی را وارد HIS (Hospital Information System) می‌کنند، این خود یک نوع خطاست» (مصاحبه‌شونده ۱۲).

«باید دستورالعمل‌ها و رویه‌ها ادغام شود به‌نحوی‌که کادر بالینی ارشد هم از موازین ایمنی تبعیت کنند» (مصاحبه‌شونده ۷).

کارکنان مورد مصاحبه اعتقاد داشتند که سیستم‌ها و فرآیندهای موجود در بیمارستان برای پیشگیری از خطا یا گزارش‌دهی صحیح و جلوگیری از وقوع مجدد خطا کافی و کارا نیستند:

«رویه بیمارستان‌های دولتی و خصوصی خیلی متفاوت هستند، در خیلی از بیمارستان‌های خصوصی به نفری که خطا را گزارش می‌کند، یک تشویقی می‌دهند و همین عامل، انگیزشی میشه برای پرسنل که هر خطایی را گزارش کنند» (مصاحبه‌شونده ۳).

ضعف حمایت مدیریت از ایمنی بیمار

بر اساس نظرات مشارکت‌کنندگان، ایمنی بیمار و فرهنگ ایمنی هنوز یک اولویت و مسئله استراتژیک در مراکز آموزشی درمانی نیست؛ رؤسا و مدیران به‌ندرت در بازدیدهای مدیریتی بخش‌ها شرکت می‌کنند، اغلب فرایندهای مراقبتی را از نزدیک مشاهده نمی‌کنند و در جلسات تخصصی مرتبط حضور ندارند. این رویکردها باعث نارضایتی و عدم تمایل کارکنان به رعایت موارد ایمنی شده‌است:

«بحث ایمنی بیمار برای مدیران اولویت نیست، ایمنی بیمار باید در اولویت استراتژیک بیمارستانی قرار بگیرد»

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]

(مصاحبه‌شونده ۲۱).

«فرهنگ ایمنی بر این تأکید دارد که ایمنی باید در اولویت اول باشد، یعنی اینکه اولویت یک مدیر، تأمین و امن کردن تخت‌ها باشد تا راه‌اندازی یک بخش درآمدزا » (مصاحبه‌شونده ۱۵).

«مهم‌ترین چالش این هست که بیشتر سنجه‌های ایمنی، مستلزم یک سری سرمایه‌گذاری و هزینه است که باید مدیریت به آن ورود کند» (مصاحبه‌شونده ۱۶).

«بازدیدهای مدیریتی باید تقویت شود؛ در بیمارستان ما میزان حضور رئیس و مدیران در این بازدیدها کم است» (مصاحبه‌شونده ۱۴).

«پرسنل از این قضیه شاکی هستند که مسئولانی که خودشان پزشک هستند، خیلی به ایمنی بیمار توجه و اعتقادی ندارند؛ و برای امورات ایمنی بودجه نمی‌گذارند» (مصاحبه‌شونده ۲).

کم گزارش‌دهی خطا

بر اساس دیدگاه مشارکت‌کنندگان در پژوهش یکی از علل اصلی ضعف فرهنگ ایمنی که موجب تکرار خطاها می‌شود، جوّ ارتباطی و فضای کلی محیط کاری کارکنان در حین ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی بود:

«کلاً فرهنگ ایمنی تازه داره جا میفته، هنوز باید کار بشه تا بتوانیم شاهد ارتقای بیشتر آن باشیم» (مصاحبه‌شونده ۱).

«خطاهای مشهود را پزشک‌ها نمی‌توانند مخفی کنند، ولی در جلسات RCA معمولاً پزشک حضور ندارد!» (مصاحبه‌شونده ۱۶).

«بیشترین چالش را من در پزشک‌ها دیدم. متأسفانه هنوز قدرت اجرایی که پزشک‌ها را مجاب کند، وجود ندارد؛ و دوم اینکه آموزش کافی نمی‌بینند» (مصاحبه‌شونده ۹).

ترس از دست دادن موقعیت کاری و اعتبار به‌عنوان یک فرد حرفه‌ای و حاذق، نیز از علل عدم گزارش‌دهی خطاها بیان می‌شد:

«چون بحث مالی و اعتباری و حیثیتی داره، به دلیل اینکه زیر سؤال میرن و حتی ممکنه دادگاهی شوند، پزشک‌ها خیلی دوست ندارند که خطاهایشان گزارش و افشا شود» (مصاحبه‌شونده ۷).

«اساتید پزشک شاید جلوی گروه فراگیرهاشون خیلی خوشایند نباشه که خطاهایشان افشا شود، بنابراین خیلی این کار را نمی‌کنند» (مصاحبه‌شونده ۵).

ضعف فرهنگ عدم سرزنش

تحلیل مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که در بیمارستان‌ها، رویکرد نظام‌مند در برخورد با خطاها وجود ندارد و مسئول ایمنی نیز نمی‌تواند مانع از تنبیه فرد توسط مدیران ارشد شود؛ کارکنان نیز این سرزنش‌ها و توبیخ‌ها را دلیلی برای عدم گزارش‌دهی خطاها می‌بینند:

«پرستاران طرحی از لغو طرح یا عوض شدن بخش می‌ترسند، خیلی‌ها از ترس تنبیه و این چیزها خطاها را مخفی می‌کنند» (مصاحبه‌شونده ۲).

«دیوار پرستاری همیشه کوتاه است، میگویند ربطی نداره که کارهایت زیاد و نیرو هم کم باشد، در هر حالتی باید بهترین کار را ارائه بدهید و اصلاً نباید اشتباه کنید» (مصاحبه‌شونده ۹).

«تشویقی‌ها را من می‌توانم انجام بدهم ولی نمی‌توانم مانع از تنبیه بشوم، به خاطر همین اصلاً گزارش نمی‌دهم تا کسی تنبیه نشود» (مصاحبه‌شونده ۲۰).

مسائل مربوط به کارکنان

بر اساس نظرات حاضرین در پژوهش، یک چالش اصلی در حوزه مسائل مربوط به کارکنان، حجم زیاد کاری کارکنان است. پرستاران به دلیل حقوق دریافتی پایین، مجبور هستند شیفت‌های کاری زیادی را قبول کنند. همچنین بهره‌گیری زیاد از نیروهای طرحی و دانشجویان به‌عنوان نیروی کار با کشیک‌های طولانی نیز از کدهایی بود که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره می‌کردند:

«مشکلات اولیه جامعه پرستاری شیفت‌های زیاد، حقوق فوق‌العاده کم، تعداد ناکافی پرستار به مریض و حجم بالای کار است؛ که اصلاً رضایت‌بخش نیست» (مصاحبه‌شونده ۱۰).

«بعضی از خطاها ناشی از کمبود و خستگی نیروها بوده است » (مصاحبه‌شونده ۱۷).

«مدام رزیدنت‌ها، اینترن‌ها و پرستارهای طرحی عوض می‌شوند؛ و ما باید به نیروهای جدید آموزش بدهیم» (مصاحبه‌شونده ۱۱).

چالش دیگر مورداشاره، کمبود کارشناسان ایمنی، سوپروایزرهای کنترل عفونت و داروسازهای بالینی نسبت به تعداد زیاد تخت‌های بیمارستان بود:

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]

«تعداد داروساز و داروسازان بالینی در بیمارستان خیلی‌کم هست؛ درحالی‌که حداقل باید هر ۳-۲ تا بخش یک داروساز داشته باشند» (مصاحبه‌شونده ۲۴)

«اینجا ۵۰۰ تخت داریم و فقط ۱ کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی» (مصاحبه‌شونده ۱۲)

به علت فشار همه‌جانبه بر پرستاران، انتظارات نابجا، کامل کردن کارهای ناقص سایر بخش‌ها و گروه‌ها که درنهایت به داخل بخش‌های بالینی منتقل می‌شود، نارضایتی در این گروه بسیار بالاتر از سایر گروه‌های درمانی بود؛ همچنین مسائلی چون عدم تعرفه گذاری خدمات بالینی، نارضایتی را در این گروه عمیق‌تر کرده است:

«مشکل دیگر انتظارات زیاد بیمار، پزشک، سرپرستار، سوپروایزر و غیره از پرستارها است» (مصاحبه‌شونده ۱).

«یک‌سری از کارهای پزشک، محول شده به پرستاران؛ ولی هیچ‌کدام تعرفه‌گذاری نشده، خیلی از کارهایی که ما انجام می‌دهیم هنوز از جهت مادی جزء تعرفه‌گذاری پزشک‌ها است و فقط مسئولیت‌های آن متوجه ما می‌شود» (مصاحبه‌شونده ۴).

نبود ارتباطات باز سازمانی

بر اساس نظرات بیان‌شده در مصاحبه‌ها، کارکنان، کانال‌های ارتباطی مناسبی با یکدیگر و با گروه پزشکان ندارند؛ و در صورت مشاهده اعمال غیرایمن یا خطا، نمی‌توانند آن‌ها را به‌طور صریح بیان‌کرده و یا دلیل آن رفتار را بپرسند:

« اینجا همه‌ی پزشکان اساتید بزرگی هستند و اغلب ایشان هم سوابق مدیریتی کلانی در وزارت بهداشت دارند؛ ولی در مورد برنامه درمانی مریض ارتباط خوبی با پرستار برقرار نمی‌کنند» (مصاحبه‌شونده ۲)

«یکی از مسائل مهم آموزش است؛ درواقع بعضی وقت‌ها خطا از طرف پزشک است که من پرستار نمی‌توانم مستقیماً به ایشان بگویم شما دارید مرتکب خطا می‌شوید، شاید هم بروز خطا را بپذیرد، ولی بازهم کار خودش را ادامه بدهد و باعث آسیب دائمی یا مرگ بیمار شود» (مصاحبه‌شونده ۱۵)

ضعف کار تیمی بین واحدها

بر اساس نظرات نمونه‌های پژوهش، ضعف کار تیمی بین واحدها، عدم هماهنگی در بین رده‌های مختلف پزشکی و پرستاری به‌عنوان یک چالش اصلی در پیشگیری، مدیریت و گزارش‌دهی خطاهاست:

«پزشک با پرستار هماهنگی و ارتباط مؤثر نداره؛ هرکدام جداگانه می‌روند بالای سر بیمار که می‌تواند باعث شود یک سری مسائلی که به ایمنی بیمار مربوط میشه، از دید یکی از آن‌ها دور بماند» (مصاحبه‌شونده ۷)

همچنین موضوع عدم هماهنگی میان جراحان و متخصصین غیرجراح می‌تواند باعث کاهش دقت در تشخیص و درمان بیماران و افزایش احتمال خطا شود:

«بیماری که علاوه بر مریضی اصلی، مریضی‌های دیگری هم دارد، به‌جای مشاوره پشت سرهم که باعث اشغال تخت و اقامت طولانی بیمار شود، می‌توانند با تشکیل یک کمیته یا تیم، تصمیم‌گیری کنند» (مصاحبه‌شونده ۱۱)

وسعت فیزیکی و حجم زیاد فعالیت بیمارستان‌های آموزشی، در هماهنگی بین واحدها و گروه‌های مختلف تاثیرگذارده و ایجاد یک فرهنگ ایمنی واحد در بیمارستان‌ها سخت‌تر می‌شود:

«بزرگ‌ترین ضعف اینجا که به مسئله ارتباطات باز برمی‌گرده، بزرگی این بیمارستان هست؛ مدیریت این بیمارستان فقط در صورتی ایده‌آل می‌شود که تجزیه و کوچک‌تر شود» (مصاحبه‌شونده ۲۴)

بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر ۷ مقوله‌ی کم‌گزارش‌دهی خطاها، ضعف فرهنگ عدم سرزنش، مسائل مربوط به کارکنان، درک پایین از ایمنی بیمار، ضعف حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، ضعف کار تیمی بین واحدها و فقدان ارتباطات باز سازمانی، به‌عنوان مقولات اصلی در خصوص موضوع چالش‌های فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شناسایی شدند. بر اساس نتایج مطالعه کنونی، فرهنگ ایمنی بیمار در تمامی رده‌های کارکنان درمانی و به‌صورت خاص در گروه پزشکان، ضعیف و مؤلفه‌ها و ابعاد مختلف آن با چالش مواجه است. هم‌راستا با این یافته‌ها مطالعات شریفی و همکاران (۲۰۱۴) در پرستاران بیمارستان‌های مازندران و فقیه‌زاده و همکاران (۲۰۱۵) در بین پرستاران بیمارستان‌های شهر آمل نشان می‌دهد که مفاهیم ایمنی بیمار در نظام مراقبت سلامت ایران نهادینه نشده و کارکنان و مدیران با این مفاهیم آشنا نیستند (۱۴،۲۲). همچنین نتایج مطالعه حاضر؛ با نتایج مطالعه مروری تقوی و قانع (۲۰۱۸) که به بررسی ۹ مطالعه منتخب از سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۸ پرداخته‌است و پژوهش‌های کاواناقاه و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]

همکاران (۲۰۱۷) در جامعه مطالعاتی بیمارستان‌های ایالات‌متحده آمریکا، هم‌راستا می‌باشد که سطح و تناوب گزارش‌دهی خطا را پایین ارزیابی کرده‌اند (۴،۱۳).

یکی دیگر از چالش‌های فرهنگ ایمنی بیمار، مشارکت کم پزشکان در گزارش‌دهی و جلسات تحلیل و پیشگیری از خطا بود که می‌تواند بر میزان گزارش‌دهی خطا در سایر گروه‌های مراقبت سلامت نیز تأثیر منفی بگذارد. نتایج پژوهش کنونی هم‌راستا با نتایج مطالعه نظام‌مند و متاآنالیز وزیری و همکاران (۲۰۱۹) در ایران بیانگر این است که در کنار میزان بالای خطاهای پزشکی، میزان گزارش‌دهی خطا کم و محدود به موارد فاحشی همچون سقوط از تخت و زخم بستر مربوط است (۲۳). در مطالعه جولایی و همکاران (۱۳۸۸) که در بین پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد، اختلاف زیاد بین میزان رخداد خطا و گزارش‌دهی آن وجود دارد (۱۲). همچنین میزان خطاهای دارویی در ایران در حدود ۵۳ درصد کل خطاها، ولی میزان گزارش‌دهی آن‌ها پایین و نزدیک به ۳۶ درصد بود. این مطالعات توسط شعربافچی‌زاده (۲۰۱۹) در ۳۵ بخش بیمارستانی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و توسط زابلی و همکاران (۲۰۱۶) در میان پرستاران و بهیاران بیمارستان‌های شهر انجام شده‌است (۲۴،۲۵).

با توجه به اینکه در مطالعات داخل کشور بین امتیاز کلی فرهنگ خطاپذیری و تعداد خطاهای گزارش‌شده ارتباط معنی‌دار وجود داشت، می‌توان استدلال کرد که تا زمانی که سایر اجزای فرهنگ ایمنی (به‌ویژه جوّ غیرتنبیهی و عدم ترس از گزارش‌دهی) بهبود نیابد، میزان گزارش‌دهی خطا نیز افزایش نمی‌یابد (۱۷،۲۶،۲۷).

هم‌راستا با نتایج پژوهش، یافته‌های مطالعه الصافی و همکاران (۲۰۱۵) در میان ۱۰۷ نفر از کارکنان درمانی بیمارستان تخصصی در کشور عربستان که به بررسی گزارش‌دهی خطاهای پزشکی پرداختند و نتایج مطالعه یعقوبی و همکاران (۲۰۱۵) در میان دانشجویان ترم آخر پرستاری دانشکده پرستاری شهر زاهدان نشان‌دادند، کارکنان از اقدامات تنبیهی بعد از گزارش‌دهی هراس داشته و فقط نیمی از پاسخ‌دهندگان اعتقاد داشتند که گزارش‌دهی خطاها باعث ایجاد نتایج بهتری در خدمات مراقبتی می‌شود (۲۸،۲۹). با توجه به مطالعه انجام‌شده توسط خراسانی و بیگی (۱۳۹۴) در ۴ بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، غالب پرستاران و ماماها ازلحاظ فردی، افشاگر بوده و تمایل به افشای خطاها داشتند (۱۱) که مجموع نتایج فوق می‌تواند نشان‌دهنده وجود موانع مشهود و نامشهود سیستمی و سازمانی برای گزارش‌دهی و افشای خطاها باشد.

در مصاحبه‌ها، مؤلفه‌ی پاسخ غیرتنبیهی، به‌عنوان یک مانع گزارش‌دهی ذکرشد. در چند مطالعه ازجمله پژوهش مصطفایی و همکاران (۱۳۹۷) در میان پرسنل بالینی و پاراکلینیکی ۴ مرکز آموزشی درمانی در ۲ دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران، مطالعه صابر و همکاران (۱۳۹۲) بر روی تعدادی از کارکنان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان، پژوهش کیایی و همکاران (۱۳۹۵) در میان پزشکان، پرستاران و کارکنان پاراکلینیک در بیمارستان‌های آموزشی در استان‌های تهران، البرز و قزوین و مطالعه محمدی خشویی و همکاران (۱۳۹۷) بر روی کارکنان صف و ستادی ارائه‌دهنده خدمات سلامت در مراکز آموزشی درمانی نشان‌دادند؛ پاسخ غیرتنبیهی به خطا کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده و به‌عنوان یکی از ضعف‌های بیمارستان‌ها عنوان شده‌است (۳۳-۳۰)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در بیمارستان‌هایی که کمترین میزان گزارش‌دهی خطا را دارند، مؤلفه برخورد غیرتنبیهی در پایین‌ترین سطح است؛ و رویکرد پاسخ‌دهی به خطا، به‌جای رویکردی نظام‌مند، سرزنش کردن فرد خاطی است (۳۴،۳۵).

از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان نیروی کار کم، حقوق و مزایای دریافتی پایین و شیفت‌های کاری زیاد، خستگی تدریجی، عدم توجه به نظرات کارکنان، نرخ بالای جابجایی نیروها و افزایش مستندسازی‌های اعتباربخشی سالیانه به‌عنوان مسائل مربوط به کارکنان، در ایجاد خطا و کم گزارش‌دهی آن مؤثر است که این مسئله در تحقیقات مختلف به‌عنوان چالش‌های اساسی در ارتقای فرهنگ ایمنی ذکرشده‌اند (۳۶،۳۷). نتایج مطالعات مصطفایی و همکاران (۱۳۹۷) در میان پرسنل مراکز آموزشی درمانی در ۲ دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران، دهقانی و همکاران (۱۳۹۴) بر روی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی درمانی استان هرمزگان و رضائیان و همکاران (۱۳۹۳) بر روی کارکنان درمانی بیمارستان های شهر یاسوج، نشان‌دادند؛ کمترین میانگین نمره فرهنگ ایمنی بیمار متعلق به امور کارکنان و پاسخ غیرتنبیهی به خطاها بود (۳۰،۳۸،۳۹).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]

بر اساس نتایج مصاحبه‌ها، عدم‌حمایت مدیریت از ایمنی بیمار در تصمیم‌گیری‌های مدیریت و در نحوه تخصیص منابع، نمود می‌یابد. نتایج پژوهش حبیبی و همکاران (۱۳۹۵) در ۲ بیمارستان آموزشی دولتی شهر تهران نشان‌داد؛ بُعد عدم‌حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده‌است (۴۰)؛ که می‌تواند منجر به کاهش تلاش‌های ارتقای فرهنگ ایمنی در میان کارکنان شود.

همچنین مسئله ارتباط میان پزشکان و پرستاران به‌عنوان یک بعد پُرچالش مطرح است. پرستاران نمی‌توانند در مورد مسائلی که امنیت بیمار را تحت تأثیر قرارمی‌دهد با پزشکان و دانشجویان پزشکی به‌طور آزادانه صحبت کنند. همسو با این نتایج، کیایی و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای در میان کارکنان بیمارستان‌های آموزشی در ۳ استان تهران، البرز و قزوین نشان‌دادند؛ کمترین امتیاز به موضوع نبود ارتباطات صریح و روشن اختصاص دارد که این وضعیت زمینه‌ساز بروز خطاهای بیشتر بوده و از تأثیرگذاری فرایندهای گزارش‌دهی، ثبت، RCA و FMEA می‌کاهد (۳۲).

نقطه قوت مطالعه حاضر بررسی دیدگاه و ادراک افرادی بود که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در برنامه‌ها و اقدامات مربوط به ایمنی بیمار نقش داشتند. به دلیل کیفی بودن مطالعه امکان بررسی کمی میزان فرهنگ ایمنی امکان‌پذیر نبود. همچنین امکان مخفی کردن بعضی مسائل در ارتباط با خطاهای پزشکی وجود داشت که با تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات تحقیقی و جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان، این مشکل کم‌رنگ شد.

نتیجه‌گیری

ایمنی بیمار و فرهنگ ایمنی بیمار جزء اساسی ارائه خدمات درمانی است و عوامل انسانی، مهم‌ترین فاکتورها در ایجاد و بهبود این فرهنگ هستند. حمایت سطوح ارشد مدیریت از ایمنی بیمار، می‌تواند منجر به افزایش انگیزه و تلاش‌های ایجاد فرهنگ ایمنی در بین کارکنان شود. ترس از گزارش‌دهی، وجود جو تنبیه و سرزنش، مسائل مرتبط با کارکنان، عدم‌حمایت مدیریت از ایمنی بیمار و ضعف ارتباطات بین گروهی چالش‌های اساسی موجود در فرهنگ ایمنی بیمارمی‌باشد که نیاز به برگزاری کلاس‌های آموزشی و ایجاد دیدگاه علمی دارد. پیشنهاد می‌شود در سطوح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی، برنامه‌ریزی عملی در این زمینه صورت گیرد. تدوین برنامه‌های مدون و مستمر آموزشی، تقویت کار تیمی و ارتباطات و اتخاذ رویکردی جامع جهت افزایش حضور همه اعضای تیم درمان در فرایند گزارش‌دهی، تحلیل و اجرای برنامه‌های پیشگیری از خطا، از الزامات بهبود و ارتقای فرهنگ ایمنی و کیفیت خدمت‌رسانی به بیماران هستند.

سپاسگزاری

از اساتید، مدیران و کارکنان ستادی و بیمارستان‌های مورد پژوهش، صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. ح، ح ا. گ، ا. ر

جمع‌آوری داده‌ها: ا. ر، س. ر، ن. ن

تحلیل داده‌ها: م. ح، ح ا. گ، ا. ر، ن. ن

نگارش و اصلاح مقاله: م. ح، ح ا. گ، ا. ر، س. ر، ن. ن

سازمان حمایت‌کننده

این مطالعه از سوی هیچ سازمانی موردحمایت مالی قرار نگرفته است؛ و تأمین مالی این پژوهش توسط نویسندگان مقاله انجام‌شده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1)Alex Kim RJ, Chin ZH, Sharlyn P, Priscilla B, Josephine S. Hospital survey on patient safety culture in Sarawak general hospital: a cross sectional study. The Medical Journal of Malaysia 2019; 74(5): 385-8. PMID: 31649213.

2)Rafiee Vardanjani L. The relationship between professional commitment and patient safety culture in educational hospitals of Shahrekord university of medical sciences. Journal of Health and Care 2019; 21(4): 344-52. doi: 10.29252/jhc.21.4.344. [Persian]

3)Donaldson LJ, Kelley ET, Dhingra-Kumar N, Kieny MP, Sheikh A. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. Lancet 2017; 389(10080): 1680-1. doi: 10.1016/S0140-6736(17)

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]

31047-4.
4)Taghavi Larijani T, Ghane G. Actual position of patient safety culture in the health system: a review study. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty 2018; 4(2): 1-16. [Persian]
5)Zaboli R, Hasani M, Khalagi K, Bahadori MK, Shirzad H. The relationship between patient's safety culture and patients' perception of healthcare quality in military hospitals in 2013. Journal of Police Medicine 2014; 3(1): 19-30. doi: 10.30505/3.1.19. [Persian]
6)Tourani S, Hassani M, Ayoubian A, Habibi M, Zaboli R. Analyzing and prioritizing the dimensions of patient safety culture in emergency wards using the TOPSIS technique. Global Journal of Health Science 2015; 7(4): 143-50. doi: 10.5539/gjhs.v7n4p143.
7)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): 1-9. doi: 10.1186/1472-6963-10-28.
8)Ali H, Ibrahem SZ, Al Mudaf B, Al Fadalah T, Jamal D, El-Jardali F. Baseline assessment of patient safety culture in public hospitals in Kuwait. BMC Health Services Research 2018; 18(158): 1-12. doi: 10.1186/s12913-018-2960-x.
9)Raeissi P, Reisi N, Nasiripour AA. Assessment of patient safety culture in iranian academic hospitals: strengths and weaknesses. Journal of Patient Safety 2018; 14(4): 213-26 doi: 10.1097/PTS. 0000000000000199.
10) Matin BK, Hajizadeh M, Nouri B, Rezaeian S, Mohammadi M, Rezaei S. Period prevalence and reporting rate of medication errors among nurses in Iran: a systematic review and meta-analysis. Journal of Nursing Management 2018; 26(5): 498-508. doi: 10.1111/jonm.12579.
11) Khorasani F, Beigi M. Evaluating the effective factors for reporting medical errors among midwives working at teaching hospitals affiliated to Isfahan university of medical sciences. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2017; 22(6): 455-59. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_249_15.
12) Jolaee S, Hajibabaee F, Peyravi H, Haghani H. Nursing medication errors and its relationship with work condition in Iran university of medical sciences. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2009; 3(1): 65-76. [Persian]
13) Kavanagh KT, Saman DM, Bartel R, Westerman K. Estimating hospital-related deaths due to medical error: a perspective from patient advocates. Journal of Patient Safety 2017; 13(1): 1-5. doi: 10.1097/PTS. 0000000000000364.
14) Sharifi S, Izadi-Tame A, Hatamipour K, Sadeghigooghary N, Safabakhsh L. Patient safety culture from Mazandaran clinical nurses' perspective. Iran Journal of Nursing 2014; 27(88): 77-87. doi: 10.29252/ijn.27.88.77. [Persian]
15) Vierendeels G, Reniers G, Van Nunen K, Ponnet K. An integrative conceptual framework for safety culture: the egg aggregated model (TEAM) of safety culture. Safety Science 2018; 103: 323-39. doi: 10.1016/j.ssci.2017.12.021.
16) Asadi H, Habibi Soola A, Davari M, Ershadifard S. The status of patient safety culture in nurses of Imam Khomeini hospital in Ardabil, Iran during the outbreak of COVID-19, in 2020. Journal of Military Medicine 2020; 22(11): 1162-70. doi: 10.30491/JMM.22.11.1162. [Persian]
17) Rahimi E, Alizadeh SH, Safaeian AR, Abbasgholizadeh N. An investigation of patient safety culture: the beginning for quality and safety improvement plans in patient care services. Journal of Health 2020; 11(2): 235-47. doi: 10.29252/j.health. 11.2.235. [Persian]
18) Nasiripour AA, Jafari S. The relationship of quality improvement and patient safety with performance indicators in Shahid Beheshti university of medical science teaching hospitals. Journal of Payavard Salamat 2016; 10(4): 311-9. [Persian]
19) Rezaie T, Ghahramanian A, Abdollahzadeh F, Asghari-jafarabadi M, sheykhalipoor Z, fadaei Z. Patient safety culture and the factors influencing from the perspective of nurses of Medical Center of Imam Reza (AS) Tabriz. Nursing and Midwifery Journal 2018; 15(10):767-76. [Persian]
20) Hesari B, Ghodsi H, Hoseinabadi M, Chenarani H, Ghodsi A. A survey of nurses' perceptions of the causes of medication errors and barriers to reporting in hospitals affiliated to Neyshabur university of medical sciences, Iran. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2014; 21(1): 105-11. [Persian]
21) Hasani M, Gorji HA, Panahi S. Recognition of factors affecting the use of volunteer clinical forces in hospitals in Tehran: a qualitative study. Journal of Education and Health Promotion 2021; 10(16): 10-16. doi: 10.4103/jehp.jehp_635_20.
22) Phaghizadeh S, Motamed N, Shoghli A, Asoori M, Safaean M. Assessment of nurses viewpoints on patient safety culture in Amol hospitals in Iran, 2012. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal 2015; 4(2): 45-55. [Persian]
23) Vaziri S, Fakouri F, Mirzaei M, Afsharian M, Azizi M, Arab-Zozani M. Prevalence of medical errors in Iran: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Services Research 2019; 19(1): 622. doi: 10.1186/s12913-019-4464-8.
24) Sharbaafchi zadeh N ,Soori S, Rostami Z, Aghilidehkordi G. Occurrence and reporting of

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]

nurses' medication errors in a teaching hospital in Isfahan. Journal of Health Administration 2019; 21(74): 75-86. doi: 10.29252/jha.21.74.75. [Persian]

25) Zaboli R, Abbaszade A, Shahabinejad M. Assessing the barriers of error reporting from perspective of nurses in Kerman hospitals. Journal of Medical Ethics 2016; 9(34): 31-53. doi: 10.22037/mej.v9i34.11052. [Persian]

26) Shirinzadeh I, Rasoulzadeh Y, Hazrati S, Asgari Jafarabadi M. Psychometric evaluation of persian version of the just culture questionnaire (JCQ). Iran Occupational Health Journal 2017; 14(1): 114-22. [Persian]

27) Salamat A, Mohammad Aliha J, Mardani Hamooleh M, Mohammadnejad E, Haghani S. 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. [Persian]

28) Alsafi E, Baharoon S, Ahmed A, Al- Jahdali HH, Al Zahrani S, Al Sayyari A. Physicians' knowledge and practice towards medical error reporting: a cross-sectional hospital-based study in Saudi Arabia. Eastern Mediterranean Health Journal 2015; 21(9): 655-64.

29) Yaghoobi M, Navidian A, Charkhat-Gorgich E, Chackerzahi F, Salehiniya H. Survey of medication errors in nursing student and reasons for not reporting it from their perspective. Journal of Nurse and Physician Within War 2015; 3(6): 5-11. [Persian]

30) Mostafaei D, Aryankhesal A, Dastoorpoor M, Rahimikhalifekandi Z, Estebsari F. Patient safety culture assessment of clinical and paraclinical staff perspective in selected university of medical sciences hospitals in Tehran. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2018; 6(3): 293-301. doi: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.3.293. [Persian]

31) Saber M, Tehrani H, Hasani Kabootarkhani M, Ghorban Sabagh M, Bagheri M. Acquaintance of Kerman hospitals' staff about patient safety culture. Health and Development Journal 2015; 4(2): 124-32. [Persian]

32) Kiaei MZ, Ziaee A, Mohebbifar R, Khoshtarkib H, Ghanati E, Ahmadzadeh A,et al. Patient safety culture in teaching hospitals in Iran: assessment by the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). Journal of Health Management & Information Science 2016; 3(2): 51-56.

33) Mohammadi Khoshooei R, Salehi Sh, Saeidian N. The experiences of health care staff from the organizational culture of patient safety and error management in educational centers. Quarterly Journal of Nursing Management 2018; 7(2): 60-72. [Persian]

34) Nourmoradi H, Kazemi M, Pirmoradi F, Mirzaei A, Mirzaei M, Moghadam FM, et al. Hospital patient safety culture in developing countries: a comparative study in Ilam city, Iran. Journal of Medicine and Medical Research 2015; 10(5): 1-8. doi: 10.9734/BJMMR/2015/19499.

35) Sabouri M, Najafipour F, Jariani M, Hamedanchi A, Karimi P. Patient safety culture as viewed by medical and diagnostic staff of selected Tehran hospitals, Iran. Hospital Practices and Research 2017; 2(1): 15-20. doi: 10.15171/HPR.2017.04.

36) Zareh Moayedi M, Hesam S. Effective components on promoting patient safety culture at Fayazbakhsh hospital. Journal of Healthcare Management Research 2018; 9(3): 55-64. [Persian]

37) Davati A, Vatankhah S, Sharifi K. Assessment of patient safety culture at Shahid Mostafa Khomeini hospital: nurses' perspective. Journal of Health Administration 2018; 20(70): 10-21. [Persian]

38) Dehghani M, Hayavie Haghighi MH, Salimi J, Khorami F. Culture of patient safety from nurses' perspective. Iran Journal of Nursing 2015; 28 (93& 94): 42-54. doi: 10.29252/ijn.28.93.94.42. [Persian]

39) 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 Journal 2016; 20(10): 935-46. [Persian]

40) Habibi M, Gholami Fesharaki M, Samadinia H, Mohamadian M, Anvari S. Patient safety culture and factors that impact that culture in Tehran hospitals in 2013. Iranian Red Crescent Medical Journal 2017; 19(1): 1-5. doi: 10.5812/ircmj.30874.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]

Manage Strat Health Syst

Research Article

Challenges of Safety Culture in Educational and Medical Hospitals: A Qualitative Study in Tehran

Mahdi Hasani [1], Hasan Abolghasem Gorji [2], Asaad Ranaei [3*], Srva Rezaee [4], Noureddin Niknam [5]

[1] Ph.D. of Health Services Management, Research Center for Cognitive & Behavioral Sciences in Police, Directorate of Health, Rescue & Treatment, Police Force, Tehran, Iran
[2] Associate Professor, Department of Health Services Management, Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Ph.D. of Health Services Management, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[4] Ph.D. student of Nursing, Clinical Care Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[5] Assistant Professor, Department of Public Health, Torbat Jam Faculty of Medical Sciences, Torbat Jam, Iran

*** Corresponding Author:** Asaad Ranaei
ranaei.a@ius.ac.ir

Citation: Hasani M, Abolghasem Gorji H, Ranaei A, Rezaee S, Niknam N. Challenges of Safety Culture in Educational and Medical Hospitals: A Qualitative Study in Tehran. Manage Strat Health Syst 2023; 7(4): 322-33.

Received: October 24, 2022
Revised: February 13, 2023
Accepted: February 27, 2023

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Safety culture is the basis and dominant part of patient's safety, and is considered as the main axis of safety promotion programs and service quality. The purpose of this study was to explain the challenges of safety culture in Iranian educational centers with a qualitative approach.

Methods: This study was a contractual qualitative content analysis which conducted in 1400. The study population consisted of people who had 5 years of experience in taking care patient or working in the patient's safety and quality control unit in teaching and medical centers affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Study data were saturated by purposeful snowball sampling and in-depth and semi-structured interviews with 25 participants. "Granheim and Landman approaches" and "Goba and Lincoln criteria" were used to analyze the data and solidify the research. The process of coding and analyzing research data was performed simultaneously; Finally, the extracted categories and subcategories were confirmed by the interviewees. MaxQDA $_{10}$ was used to analyze data.

Results: By analyzing the interviews, 331 codes, 7 categories and 20 subcategories were extracted. Lack of reporting errors, poor culture regarding no-blame, staffing issues, low understanding of patient safety, poor management support for patient safety, poor teamwork between units, and lack of open organizational communication were the main categories found and the most important challenges of safety culture in teaching and medical hospitals.

Conclusion: According to the findings of the research, developing codified and continuous educational programs, strengthening teamwork and communication, adopting a comprehensive approach to increase the presence of all members of the treatment team in the process of reporting, and analyzing and implementing error prevention programs are among the requirements for improving and promoting the safety culture and quality of service to patients.

Keywords: Safety, Safety culture, Teaching hospital, Qualitative study

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.4.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12175]