Journal of Police Medicine

Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 19-30

Original Article

The Relationship between Patient's Safety Culture and Patients' Perception of Health Care Quality in Military Hospitals in 2013

Received: 25 January 2014 **Revised:** 3 June 2014 **Accepted:** 10 June 2014

Rouhollah Zaboli[1]
Mahdi Hasani[2*]
Kazem Khalagi[3]
Mohammad karim Bahadori[1]
Hadi Shirzad[4]

[1]Assistant Professor, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[2]M.Sc, Health Services Management, Applied Research Center of Police, Tehran, Iran.

[3]Assistant Professor, Health Statistic and Epidemiology Department, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[4]Assistant professor, Technology Management Department, Police Sciences and Social Studies Institute, Tehran, Iran.

[*]**Corresponding Author:**
Mahdi Hasani
Tel: (+98)9124470315
e-mail: mahdihasani58@yahoo.com

ABSTRACT

Background: The final goal of hospitals is improving patient safety and this is requires fundamental changes in processes and positive organizational culture. This study aimed to analysis the relationship between patient safety culture and patients' perception of Healthcare quality in military hospitals in Tehran.

Materials & Methods: This was a descriptive and cross sectional study that performed in military hospitals in Tehran. The study population consisted of 125 staffs of hospitals and 125 patients were selected by using Cochran's formula formed by random stratified sampling. Data collected with use of two questionnairs:1) HSOPSC as a standard tool for patient safety culture assessment and 2) CAHPSHS for patients' perception of Healthcare quality measurement. Descriptive statistics and correlation test were used to analyze the data.

Result: The results showed that most employees in this study (61.81%) women and 39.18% of them were male. Based on our achieved results the average scores of overall perceptions of safety was 14.28, actions and expectations of the manager/supervisor in order to promote safety was (12.52), teamwork was (15.33), transparency of communications was (10.34), response to errors without punishing was (8.98), supporting of hospital management from patient safety was (10.6) and the relocation and transfer of patient information was 11.65. Pearson correlation showed that despite the positive correlation between patient safety culture from staff's point of view and patients' perception of Healthcare quality scores (r= %10), this relationship was not statistically significant (P- value= 0.13).

Conclusion: With increasing patients' safety culture in hospitals, we can not expect the better perception of quality of care due to health care quality affected by several other factors.

Keywords: patient safety culture, quality of care, patients, military hospital

بهار۱۳۹۳ – دوره ۳ – شماره ۱– صفحات ۱۹–۳۰

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

ارتباط فرهنگ ایمنی بیمار با ادراک بیماران از کیفیت خدمات در بیمارستان‌های نظامی منتخب در سال ۱۳۹۲

تاریخ دریافت: ۵ بهمن ۱۳۹۲ **تاریخ اصلاح:** ۱۳ خرداد ۱۳۹۳ **تاریخ پذیرش:** ۱۸ خرداد ۱۳۹۳

چکیده

مقدمه: هدف نهایی بیمارستان‌ها بهبود ایمنی بیمار بوده و این کار نیازمند تغییرات اساسی در فرآیندها و فرهنگ مثبت سازمانی است. این تحقیق با هدف بررسی ارتباط فرهنگ ایمنی بیمار از نظر کارکنان با ادراک بیماران از کیفیت خدمات در بیمارستان‌های منتخب نظامی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این تحقیق از نوع توصیفی مقطعی بود که در بیمارستان‌های منتخب نظامی در شهر تهران به انجام رسید. نمونه آماری پژوهش با استفاده از فرمول کوکران، ۱۲۵ نفر ازکارکنان و ۱۲۵ نفر از بیماران با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای تشکیل دادند. روش جمع‌آوری داده‌ها دو پرسش‌نامه استاندارد HSOPSC به عنوان ابزار استاندارد سنجش فرهنگ ایمنی بیمار و پرسش‌نامه استاندارد CAHPSHS برای سنجش ادراک بیماران از کیفیت بود. از آمار توصیفی و آزمون همبستگی جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: ۶۰/۸۱٪ از کارکنان را زنان و ۳۹/۱۸٪ را مردان تشکیل دادند. میانگین امتیاز در ابعاد ادراک کلی از ایمنی ۱۴/۲۸، اقدامات و انتظارات مدیر در راستای ارتقاء ایمنی ۱۲/۵۲، کار تیمی درون بخش‌ها ۱۵/۳۳، شفافیت ارتباطات ۱۰/۳۴ پاسخ غیر تنبیهی به خطاها ۸/۹۸، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار ۱۰/۶ و جابجایی و انتقال اطلاعات بیمار ۱۱/۶۵ بود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که علی‌رغم وجود همبستگی مثبت بین امتیاز کلی ایمنی بیماران از دیدگاه کارکنان وامتیاز کلی ادراک بیماران از کیفیت مراقبت دریافتی (r =۰/۱)، این رابطه از نظر آماری معنادار نبود (P =۰/۱۳).

نتیجه‌گیری: با بالا رفتن فرهنگ ایمنی بیمار، نمی‌توان انتظار داشت که بیماران درک بهتری از کیفیت خدمات داشته باشند زیرا کیفیت خدمات درمانی متأثر از عوامل متعدد دیگری است.

کلید واژه‌ها: فرهنگ ایمنی بیمار، ادارک از کیفیت، بیماران، بیمارستان نظامی

روح اله زابلی [۱]
مهدی حسنی [۲*]
کاظم خلجی [۳]
محمد کریم بهادری [۱]
هادی شیرزاد [۴]

[۱]استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
[۲]کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات کاربردی معاونت بهداشت، امداد و درمان ناجا، تهران، ایران.
[۳]استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
[۴]استادیار، گروه مدیریت فن‌آوری، پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی، تهران، ایران.

[*]نویسنده مسئول:
مهدی حسنی
تلفن: ۹۱۲۴۴۷۰۳۱۵(+۹۸)
پست الکترونیک:
mahdihasani58@yahoo.com

مقدمه

هدف نهایی مراکز بهداشتی درمانی، حفظ، نگهداری و بهبود ایمنی بیمار است. سالانه بسیاری از بیماران در اثر خطای پزشکی، عفونت‌های مرتبط با اقدامات درمانی و سایر موارد قابل پیشگیری آسیب می‌بیند [۲ و ۱]. ایمنی بیمار به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارایه مراقبت‌های سلامت است [

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 19-30

۵-۳]. در ایمنی بیمار، تاکید اصلی بر ایجاد سیستمی است که از بروز خطا یا اشتباه جلوگیری کند؛ بر یادگیری از خطاهای گذشته و بر ابعاد گوناگون فرهنگ ایمنی بیمار در جهت مشارکت متخصصان و بیماران متمرکز باشد [۸-۶].

یکی از عوامل مؤثر در ارتقای سطح ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها، وجود فرهنگ ایمنی بیمار است [۱۰ و ۹]. فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان پذیرش و به کارگیری ایمنی بیمار به عنوان نخستین اولویت و ارزش رایج در سازمان تعریف می‌گردد. در واقع فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آن‌ها است [۱۵-۱۱]. درصورت وجود فرهنگ ایمنی بیمار، کارکنان بدون واهمه عوارض ناخواسته را گزارش و فرصت یادگیری از اشتباهات خود را بدست می‌آورند که این امر خود مانع از بروز خطاهای انسانی و سیستماتیک شده و به بهبود ایمنی بیمار کمک می‌نماید. شواهد مختلف حاکی از آن است که میان فرهنگ ایمنی و کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها رابطه مستقیم وجود دارد [۱۷ و ۱۶]. تلاش‌هایی که در زمینه بهبود ایمنی بیمار صورت می‌پذیرد با تاکید بر بهبود کیفیت، بتواند فرآیندهای درمانی غیر ایمن و رویه های نامناسب را شناسایی کند و بار اقتصادی وارده بر سیستم بهداشتی درمانی و جامعه را کاهش دهد [۲۰-۱۸].

کیفیت خدمات درمانی امروزه یکی از مهمترین مسایلی است که سیستم های بهداشتی درمانی با آن مواجه اند. کاهش خطاهای پزشکی زمینه ارتقای کیفیت خدمات را فراهم می آورد. اکثر خطاهای پزشکی، ناشی از غفلت و کوتاهی افراد نیست، بلکه برخاسته از سیستم‌ها و کارکرد نادرست آن‌هاست [۲۱]. به همین دلیل امروزه ابزارهای متعددی جهت سنجش وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز مختلف بهداشتی درمانی از جمله بیمارستان‌ها طراحی شده و پژوهش های متعددی در این زمینه صورت گرفته است [۲۹-۲۲]. یکی از کامل ترین ابزارهای سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان، پرسشنامه HSOPSC[1] است که در سال ۲۰۰۴ توسط مرکز پژوهش و کیفیت خدمات سلامت (AHRQ[2]) طراحی گردیده است [۳۰]. تاکنون تحقیقات وسیعی در سطح ایالات متحده و نیز در سایر کشورها با استفاده از این ابزار صورت گرفته و چنین ادعا شده است که در صورت ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان کیفیت خدمات بطور مستقیم افزایش خواهد یافت؛ زیرا که به موجب آن میزان خطاهای پزشکی کاهش می‌یابد، رفتارهای پرخطر در محیط کار کنترل می شود و درنتیجه بیماران ادراک بهتری نسبت به کیفیت خدمات پیدا می‌کنند [۳۵-۳۱].

بیمارستان ها به عنوان یکی از مهمترین اجزای نظام مراقبت بهداشتی حدود ۵۰ درصد از منابع و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند و با وجود مشابهت در ارایه خدمات، در کیفیت خدمات با یکدیگر متفاوت می‌باشند [۳۸-۳۶]. بیمارستان‌ها نیز مانند هر کسب و کار دیگری برای موفقیت نیاز به حفظ مشتریان و وفاداری آن‌ها دارند. یکی از راه‌های بهبود وفاداری بیماران، تمرکز بیمارستان ها بر ابعاد کیفیت خدمات ارائه شده می باشد. چرا که وفاداری بیماران به کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد بیمارستان منجر می شود [۳۹]. امروزه کیفیت را خواسته مشتری تعریف می کنند و ادراکات و انتظارات مشتری را اصلی ترین عامل تعیین کننده آن می‌دانند [۴۱ و ۴۰]. از نظر اکثر بیماران، کیفیت به عنوان تلاش‌های گروه پزشکی که شامل هرگونه تلاش ممکن برای بیماران است، تعریف می‌شود [۴۲]. بری و همکاران، کیفیت خدمت را معادل درجه انطباق آن با ترجیحات مشتری می‌دانند [۴۳]. همچنین هیدلی و باون کیفیت خدمات را به صورت تفاوت بین نیازهای مشتریان و آنچه که واقعا دریافت می‌کنند تعریف کرده‌اند [۴۴].

کیفیت یک عامل کلیدی در متمایز شدن خدمات، تعالی و منبع بالقوه مزیت رقابتی پایدار شناخته می‌شود. با بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی، میزان وفاداری مشتری نیز افزایش می‌یابد و در مقابل عدم رضایت مشتریان و ارباب رجوعان و تبلیغات منفی آنان موجب ضرر و زیان و نابودی سازمان مربوطه را فراهم می‌سازد [۴۷-۴۵]. انتظارات مشتری یک بعد مهم از کیفیت خدمات است و شناخت دقیق آن، مهم ترین قدم در تعریف و ارائه خدمات با کیفیت بالاست. در حقیقت یکی از چالش‌های فعلی نظام‌های سلامت، این است که چگونه به انتظارات بیمار پاسخ دهند [۴۹ و ۴۸]. منظور از ادراک مشتری از خدمت این است که مشتری خدمت دریافتی را چگونه ارزیابی می‌نماید. کیفیت ادراک شده به عنوان قضاوت مصرف کننده در مورد عالی بودن یک ماهیت یا برتری تعریف می‌شود و با کیفیت عینی یا ساختاری از یک چیز یا یک اتفاق فرق دارد [۵۰]. کیفیت ادراک شده، شکلی از یک نگرش است که مرتبط با رضایت و نتایج مقایسه بین انتظارات و ادراکات از عملکرد می‌باشد. به طور معمول ادراک مشتری از خدمت تحت تاثیر ۲ عامل مهم لحظه تماس و شواهد خدمت قرار می‌گیرد [۵۱].

با توجه به ماهیت پویای انتظارات، ارزیابی مشتری از خدمت در طول زمان دچار تغییر شده و از فرد یا فرهنگی نسبت به فرد یا فرهنگ دیگر تغییر می‌یابد. لیکن ارائه مراقبت مطابق ترجیحات، انتظارات و نیازهای بیمار می تواند باعث بهبود در کیفیت خدمات بیمارستانی شود [۵۴-۵۲]. بعد از ارائه خدمات بیمارستانی به بیماران، ارائه

1: Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2: Agency for Healthcare Research and Quality

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۳ – دوره۳ – شماره ۱– صفحات ۱۹–۳۰

کنندگان خدمات باید کیفیت و چگونگی برآورده شدن انتظارات مشتریان را ارزیابی نمایند. کیفیت در خدمات بهداشتی درمانی دو بعد فنی و کارکردی است. کیفیت فنی بر دقت رویه ها و تشخیص‌های پزشکی معطوف است و کیفیت کارکردی به روشی که خدمات بهداشتی به بیماران ارائه می‌شود، اشاره دارد [۵۵]. در مراقبت های سلامت، کیفیت فنی اساساً برمبنای صحت فنی تشخیص‌ها و رویه‌های درمانی تعریف می‌شود. در مقابل کیفیت عملیاتی با چگونگی ارائه مراقبت و یا به عبارت دیگر با جنبه‌های غیر بالینی آن ارتباط دارد [۵۷ و ۵۶]. بر این اساس و به دلیل ماهیت پویای کیفیت، سنجش ادراک بیماران از کیفیت خدمات امروزه از ضروریات مدیریت در سازمان‌های درمانی است.

در زمینه ارتباط فرهنگ ایمنی و ارتباط آن با کیفیت مطالعات چندانی در دسترس نیست. اما در ایران در برخی زمینه‌های مرتبط با ایمنی بیمار از جمله میزان شیوع زخم بستر، عفونت بیمارستانی و سقوط از تخت مطالعات متعددی صورت گرفته است. در زمینه ی کیفیت خدمات نیز مطالعات مشابهی در دست است اما خلاء اصلی که در این تحقیقات به چشم می‌خورد ارتباط بین فرهنگ ایمنی بیمار و ادراک بیماران از کیفیت خدمات است [۶۱–۵۸]. در بیمارستان‌های نظامی با اجرای طرح‌هایی درزمینه حاکمیت بالینی و اعتباربخشی ملی، اقدامات متعددی در زمینه فرهنگ ایمنی بیماران انجام شده است اما متاسفانه تاکنون در زمینه ادارک بیماران و تاثیر آن بر کیفیت خدمات تحقیقاتی صورت نگرفته است. به همین خاطر، پژوهش حاضر سعی دارد تا با بررسی ارتباط میان فرهنگ ایمنی بیمار در کارکنان و ادراک بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های منتخب نظامی در شهر تهران در سال ۱۳۹۲ در این راستا گام بردارد.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه حاضر، مقطعی توصیفی– تحلیلی است. محیط پژوهش شامل بیمارستان‌های امام سجاد(ع)، ولیعصر (عج) و بقیه الله (عج) در شهر تهران بود و بازه زمانی از مهر تا دی ماه سال۱۳۹۲ بود. جامعه پژوهش شامل ارایه دهندگان مراقبت که شامل کلیه پزشکان، پرستاران و بهیاران و بیماران بستری در مراکز درمانی منتخب بود که از ۴ بخش اصلی بیمارستان (داخلی، جراحی، اطفال و بخش مراقبت‌های ویژه قلبی) انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد:

$$n=\frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}}+z_{1-\beta}\right)^2}{\left(\frac{1}{2}\log_e\frac{1+r}{1-r}\right)^2}+3$$

حجم نمونه به نحوی تعیین شد تا بتوان با توان ۸۰٪ و در سطح خطای نوع یک ۵٪، حداقل ضریب همبستگی ۰/۲۵ بین نمره پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیماران و نمره پرسشنامه اداراک بیماران با لحاظ حداکثر ریزش نمونه ۲۰٪ به‌دست آید. بر این اساس نمونه پژوهش ۱۲۳ بیمار و ۱۲۳ نفر از ارائه‌دهندگان مراقبت بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و از بخش‌های مورد نظر (بخش داخلی۵۰ نفر، بخش جراحی ۴۵ نفر، بخش اطفال ۸ و بخش مراقبت‌های ویژه ۲۰ نفر) انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از دو پرسشنامه استفاده شده‌است.

الف– پرسش‌نامه اندازه‌گیری ادراک ارائه‌دهندگان مراقبت از فرهنگ ایمنی بیمار

به منظور گردآوری داده‌های مربوط به ادراک ارایه دهندگان مراقبت از فرهنگ ایمنی بیمار، از پرسش نامه استاندارد (HSOPSC)، استفاده شد که پایایی ابعاد مختلف آن در مطالعات بین ۶۳ تا ۸۴ درصد تعیین شده است [۶۲]. این پرسشنامه دارای ۴۲ سوال می‌باشد که ادراک کارکنان را درباره ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار می‌سنجد. این ابعاد عبارتند از: ۱) درک کلی از ایمنی موجود، ۲) یادگیری سازمانی– بهبود مداوم، ۳) اقدامات و تدارکات سرپرست واحد در راستای ایمنی بیمار، ۴) کار تیمی درون واحدهای سازمان، ۵) پاسخ غیر تنبیهی در موقع بروز خطا، ۶) مسائل کاری مربوط به کارکنان، ۷) حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار، ۸) کار تیمی بین واحدهای سازمانی، ۹) انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی، ۱۰) بازبودن راه‌های ارتباطی ۱۱) ارتباطات و ارائه بازخورد در مورد خطاها و ۱۲) تناوب گزارش دهی رخدادها. هر بعد دارای ۳ یا ۴ سوال می‌باشد که مقیاس پاسخ دهی سوالات در ۹ بعد اول بر اساس طیف ۵ نقطه‌ای لیکرت از کاملا موافقم= ۵ تا کاملا مخالفم= ۱ و در دو بعد آخر بر اساس طیف ۵ نقطه‌ای لیکرت از همیشه= ۵ تا هرگز= ۱ می‌باشد. در ایران ضریب پایایی این پرسش‌نامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تعیین شده است [۱].

ب– پرسشنامه اندازه‌گیری ادراک بیماران از کیفیت مراقبت دریافتی جهت سنجش ادراک بیماران از کیفیت مراقبت دریافتی از پرسش‌نامه استاندارد CAHPSHS استفاده شد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در کشور توسط رواقی و همکاران سنجیده شده است [۶۷]. این پرسشنامه شامل ۵ قسمت می‌باشد: قسمت اول مربوط به متغیرهای دموگرافیک، قسمت دوم حاوی ۲۳ سوال با مقیاس ۵ امتیازی لیکرت برای سنجش ادراک بیمار از کیفیت مراقبت دریافتی، قسمت سوم شامل ۷ سوال در خصوص تجربیات بیماران و قسمت‌های چهارم و پنجم نیز حاوی دو سوال کلی است. برای

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 19-30

جدول ۱: توزیع فراوانی جامعه مورد مطالعه بر حسب بیمارستان های منتخب

نام بیمارستان	تعداد کارکنان						تعداد بیماران					
	مرد		زن		تعداد کل		مرد		زن		تعداد کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد			فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
امام سجاد (ع)	۱۴	۷۰	۶	۳۰	۲۰		۹۵	۱۹	۵	۱	۲۰	
ولیعصر (عج)	۱۵	۴۵/۵۰	۱۸	۵۴/۵۰	۳۳		۴۵/۵۰	۱۵	۵۴/۵۰	۱۸	۳۳	
بقیه اله (عج)	۲۹	۳۰/۸۰	۶۶	۶۹/۲۰	۹۵		۴۸/۹۰	۴۶	۵۱/۱۰	۴۹	۹۵	
جمع کل	۵۸	۳۹/۱۸	۹۰	۶۰/۸۱	۱۴۸		۵۴/۶۱	۱۳۶	۴۵/۳۸	۱۱۳	۱۴۸	

نمره‌دهی به سوالات این پرسشنامه از مقیاس ۵ امتیازی لیکرت (خیلی زیاد= ۵، و بسیارکم= ۱) استفاده شد. پس از گردآوری داده‌ها، تحلیل‌های آماری با استفاده از روش‌های توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار آماری SPSS20 انجام شد.

یافته‌ها

بیشتر کارکنان مورد مطالعه در این پژوهش (۶۰/۸۱ درصد) زن بودند که بیشترین درصد در بیمارستان بقیه اله (عج) (۶۹/۲۰) و کمترین درصد در بیمارستان امام سجاد (ع) (۳۰) کار می کردند. همچنین بیشتر بیماران مورد مطالعه در این پژوهش (۵۴/۶۱ درصد) مرد بودند که بیشترین درصد آن‌ها در بیمارستان امام سجاد (ع) (۹۵ ٪) و کمترین درصد در بیمارستان ولیعصر (عج) (۴۵/۵۰ درصد) بستری و تحت درمان بوده‌اند (جدول ۱).

بر اساس جدول ۲ در بین ابعاد ۱۲ گانه فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های نظامی، بالاترین امتیاز کسب شده مربوط به کار تیمی درون بخش‌ها با میانگین ۵/۰۸ ± ۱۶/۲۳ و کمترین امتیاز مربوط به بعد پاسخ غیرتنبیهی به خطاها با میانگین ۲/۵۷ ± ۸/۹۸ بود.

در این پژوهش ۱۲۵ نفر از بیماران بستری نیز پرسشنامه مربوط به ادراک بیماران از کیفیت مراقبت دریافتی را تکمیل نمودند که ۵۴/۶۱٪ بیماران مرد و ۴۵/۳۸ ٪ آنان زن بودند. بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین امتیاز کلی ادراک بیماران از کیفیت خدمات

جدول۲: امتیازکلی ابعاد ۱۲ گانه فرهنگ ایمنی بیماران از دیدگاه کارکنان بر اساس HSOPSC در سال ۱۳۹۲

ابعاد فرهنگ ایمنی بیماران	تعداد	کمترین امتیاز	بیشترین امتیاز	بیشترین امتیاز ممکن	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪		انحراف معیار
						حد پایین	حد بالا	
ادراک کلی از ایمنی	۱۲۵	۸	۱۹	۲۰	۱۴/۲۸	۱۳/۸۷	۱۴/۷۰	۲/۳۴
فراوانی رویدادهایی که گزارش شده است	۱۲۵	۳	۱۰	۱۵	۱۰/۴۸	۸/۹۶	۱۲/۰۰	۸/۵
اقدامات و انتظارات مدیر/ سوپروایزر در راستای ارتقاء ایمنی	۱۲۵	۵	۱۸	۲۰	۱۳/۰۱	۱۲/۵۲	۱۳/۵۰	۲/۷۵
ارتقاء مستمر و یادگیری سازمانی	۱۲۵	۵	۱۵	۱۵	۱۱/۲۵	۱۰/۸۴	۱۱/۶۶	۲/۳۰
کار تیمی درون بخش ها	۱۲۵	۴	۲۰	۲۰	۱۶/۲۳	۱۵/۳۳	۱۷/۱۳	۵/۰۸
شفافیت ارتباطات	۱۲۵	۳	۱۵	۱۵	۱۰/۳۴	۹/۸۵	۱۰/۸۲	۲/۷۴
ارتباطات و بازخورد درباره خطا ها	۱۲۵	۵	۱۵	۱۵	۱۰/۸۸	۱۰/۴۷	۱۱/۲۸	۲/۲۸
پاسخ غیرتنبیهی به خطاها	۱۲۵	۳	۱۵	۱۵	۸/۹۸	۸/۵۲	۹/۴۴	۲/۵۷
امور مربوط به کارکنان (پرسنلی)	۱۲۵	۸	۲۰	۲۰	۱۳/۶۴	۱۳/۱۵	۱۴/۱۴	۲/۷۹
حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار	۱۲۵	۳	۱۵	۱۵	۱۰/۶۰	۱۰/۲۱	۱۱/۰۰	۲/۲۱
کار تیمی مابین واحدهای بیمارستان	۱۲۵	۷	۲۰	۲۰	۱۲/۲۱	۱۲/۴۰	۱۳/۷۲	۲/۰۷
جابجایی و انتقال اطلاعات بیمار در بیمارستان	۱۲۵	۴	۲۰	۲۰	۱۱/۶۵	۱۰/۸۹	۱۲/۴۱	۴/۲۹

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۳ – دوره۳ – شماره ۱– صفحات ۱۹–۳۰

جدول ۳: امتیاز کلی ادراک بیماران از کیفیت خدمات دریافتی در بیمارستان‌های نظامی مورد مطالعه در سال ۱۳۹۲

تعداد بیمار	کمترین امتیاز	بیشترین امتیاز	بیشترین امتیاز ممکن	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪		انحراف معیار
					حد پایین	حد بالا	
۱۲۵	۲۹	۱۱۵	۱۱۵	۷۶/۶۶	۷۳/۷۷	۷۹/۵۴	۱۷/۵۸

دریافتی در بیمارستان های منتخب نظامی ۱۷/۵۸ ± ۷۶/۶۶ بوده است. در این مطالعه درصد پاسخ‌های مثبت بیماران درباره نمره کلی کیفیت مراقبت دریافتی ۶۶/۶۶ درصد بود (جدول ۳).

به منظور بررسی ارتباط بین امتیاز کلی ایمنی بیمار از دیدگاه کارکنان و ارتباط آن با ادراک بیماران از کیفیت خدمات دریافتی، ازآزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. بر اساس یافته های این آزمون، علیرغم وجود همبستگی مثبت بین امتیاز کلی ایمنی بیماران از دیدگاه کارکنان با امتیاز کلی ادراک بیماران از کیفیت مراقبت دریافتی، این رابطه از نظر آماری معنادار نمی‌باشد (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته های پژوهش در زمینه ادراک کلی از ایمنی بیمار در بیمارستان های نظامی نشان داد که میانگین درصدی پاسخ های مثبت به این بعد از فرهنگ ایمنی بیمار ۱۴/۲۸ بوده است. بررسی نتایج سایر مطالعات نشان داد که در مطالعات چن و لی و مقری در بیمارستان‌های دولتی نیز این امتیاز در همین حدود بوده است [۶۴، ۶۳، ۱]. این تحقیقات یافته‌های ما را تأیید نمود و نشان داد که در بعد ادراک کلی از ایمنی بیمار امتیاز بیمارستان‌های نظامی از سایر بیمارستان های دولتی بیشتر بوده است. به نظر می رسد بحث و اصلاحاتی که در زمینه آموزش حاکمیت بالینی و اعتبار بخشی در این مراکز صورت گرفته است دلیل این امر بوده است. یافته های پژوهش در زمینه بعد ارتقای مستمر و یادگیری سازمانی در

جدول ۴: ضریب همبستگی کلی بین امتیاز کلی فرهنگ ایمنی بیماران با امتیاز کلی ادراک بیماران از کیفیت مراقبت در بیمارستان های نظامی

		امتیاز کلی ادراک بیماران از کیفیت مراقبت دریافتی
امتیاز کلی ایمنی بیماران از دیدگاه کارکنان	تعداد نمونه	۱۲۵
	P-Value	۰/۱۳
	ضریب همبستگی پیرسون*	۰/۱۰

*همبستگی دوطرفه در سطح ۱ ٪ محاسبه شده است.

بیمارستان‌های نظامی نشان داد که میانگین پاسخ‌های مثبت ۱۱/۲۵ در حد بالایی قرار داشته که مشابه نتایج مطالعات الاحمدی در سال ۲۰۱۰، الجردالی و تکبیری می‌باشد [۶۷–۶۵].

بررسی میانگین امتیازات اقدامات و انتظارات مدیر/سوپروایزر در راستای ارتقاء ایمنی و انجام کار تیمی در بیمارستان های نظامی نشان داد که امتیاز در حد متوسط قرار داشته است. نتایج مطالعات امیر اسماعیلی، مقری وآژانس تحقیقات کیفیت مراقبت آمریکا اندکی بالاتر را نشان داد که از این جهت اندکی با یافته‌های این تحقیق متفاوت می‌باشد [۶۴–۶۲، ۱].

مقایسه یافته های پژوهش در بعد پاسخ غیرتنبیهی به خطاها با سایر مطالعات مشابه نشان داد که میانگین پاسخ های مثبت به این بعد ۹۸/۸ یعنی درحد متوسط بوده است. نتایج مطالعات داخلی اندکی پایین تر از یافته‌های ما را نشان می‌دهد [۶۴ و ۱]. نتایج در سایر ابعاد امور مربوط به کارکنان، حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی بیمار، کار تیمی مابین واحدهای بیمارستان و انتقال و تبادل اطلاعات بیمار در بیمارستان نشان داد که وضعیت بیمارستان های نظامی در این زمینه تفاوت چندانی با سایر بیمارستان های دولتی ندارد. تحقیقات نیز این یافته‌ها را تایید نموده است [۶۸–۶۲].

در این تحقیق تعداد زیادی از افراد (۶۹/۴۷) هیچ موردی از خطای پزشکی را گزارش نکرده‌اند. در مطالعه عبادی فرد آذر و همکاران نیز ۵۷ درصد افراد هیچ موردی را گزارش نکرده و فقط ۲ درصد بیشتر از ۱۰ گزارش حادثه در طی ۱۲ ماه گذشته داشته‌اند و از این رو اندکی پایین تر از یافته‌های ما بوده است [۶۹].

نتایج مطالعات داخلی در بیمارستان های دولتی نشان داد، دو بعد پاسخ غیرتنبیهی به خطاها و امور مربوط به کارکنان جزء ابعادی هستند که پایین ترین امتیاز را کسب کرده‌اند، در مطالعه حاضر نیز مشخص شد در بیمارستان‌های نظامی در بین ابعاد ۱۲ گانه فرهنگ ایمنی بیمار، بالاترین امتیاز کسب شده مربوط به کار تیمی درون بخش‌ها و کمترین امتیاز کسب شده مربوط به بعد پاسخ غیرتنبیهی به خطاها بوده است. در مطالعه امیر اسماعیلی و همکاران و در مطالعه مقری نیز دو بعد کار تیمی درون واحدها و بهبود مستمر و

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 19-30

یادگیری سازمانی دارای امتیازات بالاتری نسبت به سایر ابعاد بودند (۷۰، ۶۴، ۱]. نتایج مربوط به میانگین امتیاز کلی ادراک بیماران از کیفیت خدمات دریافتی در بیمارستان‌های نظامی نشان داد که این میانگین از بین حداکثر امتیاز قابل حصول، برابر ۷۶/۶۶ بود. در مطالعه مراکز مدیکیر و مدیکید آمریکا نیز این میزان ۶۶ درصد می‌باشد [۷۱].

مرور بر مطالعات انجام گرفته نشان می‌دهد که کیفیت ادراک شده در برابر کیفیت مورد انتظار بیمار مهم‌ترین و تأثیرگذار ترین عامل بر ذهنیت وی از ارزش خدمت است که آن نیز بر تمایل وی به خرید دوباره خدمت اثر می گذارد. در بیمارستان ها بین انتظارات بیماران از کیفیت درمانی و کیفیت ادراک شده خدمت دریافتی شکاف معناداری وجود دارد [۷۳ و ۷۲]. در این مطالعه ادراک بیماران از کیفیت خدمات از ۱۱۵ امتیاز ممکن، نمره ۷۶ یعنی در حد متوسط رو به بالا را به خود اختصاص داد. از آنجایی که اغلب بیماران فاقد دانش مورد نیاز برای ارزیابی کیفیت فنی خدمات هستند، بنابراین ارزیابی آن‌ها از کیفیت بر مبنای فرایند ارائه مراقبت است [۷۴]. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که علیرغم وجود همبستگی مثبت بین امتیاز کلی ایمنی بیماران از دیدگاه کارکنان با امتیاز کلی ادراک بیماران از کیفیت مراقبت دریافتی (۰/۱ =r)، این رابطه از نظر آماری معنادار نمی‌باشد (۰/۱۳ =P– value) بنابراین با وجود افزایش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان، ادراک بیماران از کیفیت خدمات از نظر آماری تغییر چندانی نکرده است. به نظر می رسد کیفیت خدمات دریافتی در بیمارستان متأثر از سایر متغیر های محیطی و فنی می باشد. علت این امر را می توان به ویژگی های جامعه مورد مطالعه در این تحقیق یا در تعدد عوامل موثر بر کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌ها جستجو نمود. نتایج مطالعات مشابه نیز نشان داد که بین ادراک و انتظارات دریافت کنندگان خدمت و ادراک و انتظارات واقعی آن‌ها تناسبی وجود ندارد [۷۵–۷۷].

مدیران سازمان های بهداشتی و درمانی نمی توانند با تکیه بر آگاهی‌های شخصی، تجربه و روش‌های سنتی، امور سازمان را اداره کنند و خدماتی با کیفیت برای مصرف کنندگان فراهم نمایند [۸۰–۷۸]. تحلیل کیفیت خدمات و سنجش ادراک مشتریان در بیمارستان و ایجاد زمینه لازم برای ارتقای فرهنگ ایمنی منجر به ارتقای کیفیت خواهد شد [۸۱ و ۳۸]. از آنجایی که خدمات ذاتاً غیرقابل لمس هستند، تعاملات بین فردی که در طی فرآیند ارائه خدمات اتفاق می افتد، تاثیر مهمی بر ادراک از کیفیت خدمات دارد و سنجش فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان گام مهمی در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی می‌باشد [۸۴–۸۲].

عناصر انسانی اهمیت بیشتری نسبت به عناصر غیر انسانی در ادراک بیمار از کیفیت مراقبت دارد و روابط بین فردی یکی از مهمترین عوامل نتایج در ادراک از کیفیت خدمت است [۸۷–۸۵]. همچنین نحوه ارائه خدمت عاملی تعیین کننده در ادراک بیماران از کیفیت خدمات است و بیماران به فرآیند ارائه مراقبت توسط پرستاران و کارکنان حساسیت بیشتری دارند [۹۰–۸۸ و ۸۳]. توجه به فرهنگ ایمنی در بیمارستان ها باعث ارتقای کیفیت در بیمارستان می گردد زیرا خطاهای بالینی شناسایی شده و با آموزش و تحلیل ریشه‌ای خطاها، کیفیت خدمات بهبود خواهد یافت. اما نمی‌توان انتظار داشت که درک بیماران از کیفیت نیز افزایش یابد. برای افزایش ادراک بیماران از کیفیت خدمات باید اقدامات دیگری از قبیل ارتقای خدمات هتلینگ و خدمات رفاهی انجام گیرد. این پژوهش با محدودیت های از جمله نظامی بودن محیط پژوهش و انتخاب نمونه‌ها از ۴ بخش اصلی بیمارستان روبرو بود که در صورت انتخاب نمونه‌ها از سایر بخش‌ها و همچنین سایر بیمارستان‌ها، نتایج ممکن است متفاوت باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی با همین عنوان است که با حمایت مرکز تحقیقات مدیریت سلامت دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) انجام شده است. از تمامی کارکنان بیمارستان‌های مورد مطالعه به دلیل همکاری در جمع‌آوری داده‌ها تشکر بعمل می‌آید.

منابع

1. Moghri J, Ghanbarnezhad A, Moghri M, Rahimi Forooshani A, Akbari Sari A, Arab M. Validation of Farsi version of hospital survey on patient Safety culture questionnaire, using confirmatory factor analysis method. Hospital 2012; 11: 19-30. (Persian)
2. Bohne P, Peruzzi W. A Just Culture Supports Patient Safety. Trustee 2010; 63: 32-3.
3. Nash DB, Goldfarb NI. The Quality Solution: The Stakeholder's Guide to Improving Health Care. Jones & Bartlett Learning 2005.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human, Building a Safer Health System. 1st ed. Washington, D.C: National Academy Press; 2000.
5. Reducing errors in healthcare: transferring research to practice. [Cited 2008 Nov17]. Available at: www.ahrq.gov/qual/errors.htm.

6. Fleming M, Wentzell N. Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. Healthc Q 2008; 11: 10-5.
7. Hassey A, Gerrett D, Wilson A. A survey of validity and utility of electronic patient records in a general practice. BMJ 2001; 322: 1401-5.
8. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, Markowitz AJ. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Evid Rep Technol Assess 2001; i-x, 1-668.
9. Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, Ramanujam R, Keyser DJ, et al. Making a case for organizational change in patient safety initiatives 2005; 2: 455 -650.
10.Anderson DJ. Creating a culture of safety: Leadership, teams, and tools. Nurse Leader 2006; 4: 38-41.
11.Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. J Adv Nurs 2008; 63: 310-9
12.Bdeur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. Int J Qual Health C 2009; 21: 348-55.
13.Milligan JF. Establishing a culture for patient safety -the role of education. Nurse Educ Today 2007; 2: 95-102.
14.Kaafarani HM, Itani KM, Rosen AK, Zhao S, Hartmann CW, Gaba DM. How does patient safety culture in the operating room and post-anesthesia care unit compare to the rest of the hospital? Am J Surg 2009; 198: 70-5.
15.Adams RE, Boscarino JA. A community survey of medical errors in New York. Int J Qual Health Care 2004; 16: 353-62.
16.Kohn LT, Corrign JM, Donaldson MS. To err human, Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press 2000.
17.Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. Qual Saf Health Care 2007; 16: 313-20.
18.۱۰-facts on patient safety. Cited 2008 Nov 20; Available at: www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/index.html.
19.Lee P, Allen K, Daly M. A 'Communication and Patient Safety' training programme for all healthcare staff: can it make a difference? BMJ Qual Saf 2012; 21: 84-8.
20.Medical errors: the scope of the problem (an epidemic of errors). Cited 2008 Nov 17; Available at: http://www.ahcpr.gov/qual/errback.htm.
21.Rosser W, Dovey S, Bordman R, White D, Crighton E, Drummond N. Medical errors in primary care: results of an international study of family practice. Can Fam Physician 2005; 51: 386-7.
22.Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. Qual Saf Health Care 2003; 12: 405-10.
23.Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res 2006; 6: 44.
24.Kho M, Carbone J, Lucas J, Cook D. Safety Climate Survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. Qual Saf Health Care 2005; 14: 273 -8.
25.Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Qual Saf Health Care 2003; 12: 112-8.
26.Matsubara S, Hagihara A, Nobutomo K. Development of a patient safety climate scale in Japan. Int J Qual Health Care 2008; 20: 211-20.
27.Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. Qual Saf Health Care 2006; 15: 109-15.
28.Westrum R. A typology of organisational cultures. Qual Saf Health Care 2004; 13: 22-7.
29.Warburton RN. Patient safety--how much is enough? Health Policy 2005; 71: 223-32.
30.Hospital Survey on Patient Safety Culture. Cited 2008 Nov 20; Available at: http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/.
31.Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report. Cited 2008 Nov 20; Available at: http://www.ahrq.gov/qual/hospsurveydb.
32.Hospital Survey on patient safety culture: 2008 Comparative Database Report. cited 2007 Nov 20; Available at: http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey08.
33.Castle N, Sonon K. A culture of patient safety in nursing homes. Qual Saf Health Care 2006; 15: 405 -8.
34.Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results.

Int J Health Care Qual Assur 2007; 20: 620-32.
35.Scherer D, Fitzpatrick JJ. Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative area. AORN J 2008; 87: 163-75.
36.Pakdil F, Harwood TN. Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: an analysis using SERVQUAL dimensions. Total Quality Management And Business Excellence 2005; 16: 15-30.
37.Loghmanian MK, Tabibi SJ, Karimi I, Delgoshaei B. Designing a quality assurance model for hospital services in Iran, 2005. Med J I.R. Iran 2007; 25: 209 -308. (Persian)
38.Lim PC, Tang NKH. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance 2000; 13: 290-9.
39.Coffman J, Yale P. Would you recommend this hospital to a friend? Available at: http:// www.bain.com/publications/articles/would-you-recommend-this-hospital-to-friend.aspx.
40.West E. Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care. Qual Health Care 2001; 10: 40-8.
41.Sharma B, Gadenne D. An investigation of the perceived importance and effectiveness of quality management approaches. The TQM Magazine 2001; 13: 433-45.
42.Piligrimiene Z, Bucionien I. Different perspectives on health care quality: is the consensus possible? Engineering Economics 2008; 1: 104-10.
43.Kandampully J. Service quality to service loyalty: a relationship which goes beyond customer services. TQM 1998; 9: 431-43.
44.Headley DE, Bowen BD. International airline quality measurement. JATWW 1997; 2: 55-63.
45.Helminen SE. Quality of care provided for young adults and adolescents in the Finnish public oral health service. Institute of Dentistry, Department of Oral Public Health, University of Helsinki 2000.
46.Arasli H, Ekiz EH, Katircioglu ST. Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. Int J Qual Health Care 2008; 21: 8-23.
47.Godes D, Mayzlin D. Using online conversations to study word-of-mouth communication. Marketing Science 2004; 23: 545-60.
48.Dormohammadi T, Asghari F, Rashidian A. What Do Patients Expect from Their Physicians? Iran J Public Health 2010; 39: 70-7. (Persian)
49.Dawn AG, Lee PP. Patient expectations for medical and surgical care: a review of the literature and applications to ophthalmology. Surv Ophthalmol 2004; 49: 513-24.
50.Hang K, Bradley G. Measuring the performance of IT service: An assessment of SERVQUA. International journal of accounting information systems 2002; 3: 51-164.
51.Caruana A, Ewing MT. Assessment of the three column format SERVQUAL: an experimental approach. J Bus Res 2000; 49: 57-65.
52.Bodvarsson OB, Gibson WA. Tipping and service quality: a reply to Lynn. The social science journal 2002; 39: 471-6.
53.Taner T, Antony J. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2006; 19: i-x.
54.Karassavidou E, Glaveli N, Papadopoulos CT. Quality in NHS hospitals: no one knows better than patients. Measuring Business Excellence 2009; 13: 34-46.
55.Lin HC, Xirasagar S, Laditka JN. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. Int J Qual Health Care 2004; 16: 437-45.
56.Devlin SJ, Dong H. Service quality from the customers' perspective. Marketing Research 1994; 6: 5 -13.
57.Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Jama 1988; 260: 1743-8.
58.Ghotbi F, Raghibmotlagh M, Valaie N. Nosocomial sepsis in NICU department in Taleghani hospital , 2001-2002. Pajouhesh Dar Pezeshki 2005; 29: 313-17. (Persian)
59.Reihani H, Haghiri A. Determination of bed sore risk factors in craniospinal trauma patients in intensive care units. AMUJ 2007; 10: 39-46. (Persian)
60.Magharei M, Zarif Sanayei N. Pressure sore incidence and risk factors in patients admitted in medical, surgical and orthopedic wards in affiliated hospitals of shiraz university of medical sciences. Iran J Nurs 2003; 16: 8-13. (Persian)
61.Safavi Bayat Z, Zorriasatein F. Determining risk factors associated with falling among elderly at residential care facilities in Tehran. J Qazvin Univ Med Sci 2008; 11: 66–70. (Persian)
62.Sorra J, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. AHRQ 2004.
63.Chen I-C, Li H-H. Measuring patient safety culture

in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). BMC Health Serv Res 2010; 10: 152.

64.Amiresmaili M, Tourani S, Barati O. Measuring safety culture and setting priorities for action at an Iranian hospital. Al Ameen J Med Sci 2010; 3: 237-45. (Persian)

65.Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. Qual Saf Health Care 2010; 19: 1-5.

66.El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospital: a study at baseline. Int J Qual Health Care 2010; 22: 386-95.

67.Ravaghi H, Barati Marnani A, Hosseini AF, Takbiri A. The Relationship between Health Care Providers' Perceptions of Patient Safety Culture and Patients' Perceptions of Medical Errors in Teaching Hospitals in Tehran: 2011. J Health Adm 2012; 15: 57-68. (Persian)

68.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 Serv Res 2010; 10: 28.

69.Ebadi fard azar F, Rezapoor A, Tanoomand Khoushehmehr A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. Study of patients'safety culture in Selected Training hospitals affiliated whith Tehran university of medical sciences. Hospital 2012; 11: 55-64. (Persian)

70.Abdi Zh, Maleki MR, Khosravi A. Staff perceptions of patient safety culture in hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Payesh 2011; 10: 411-9. (Persian)

71.Palmieri PA, Peterson LT, Pesta BJ, Flit MA, Saettone DM. Safety culture as a contemporary healthcare construct: theoretical review, research assessment, and translation to human resource management. Advances in Health Care Management 2010; 9: 97-133.

72.Zeithaml VA. Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. J Marketing 1988; 52: 2-22.

73.Strasser S, Schweikhart S, Welch GE, 2nd, Burge JC. Satisfaction with medical care. It's easier to please patients than their family members and friends. J Health Care Mark 1995; 15: 34-44.

74.Lam SS. SERVQUAL: a tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. TQM 1997; 8: 145-52.

75.Lin D-J, Li Y-H, Pai J-Y, Sheu C, Glen R, Chou M -J, et al. Chronic kidney-disease screening service quality: questionnaire survey research evidence from Taichung City. BMC Health Serv Res 2009; 9: 239.

76.Chin K-S, Pun K-F. A proposed framework for implementing TQM in Chinese organizations. IJQRM 2002; 19: 272-94.

77.Donnelly M, Wisniewski M, Dalrymple JF, Curry AC. Measuring service quality in local government: the SERVQUAL approach. International Journal of Public Sector Management 1995; 8: 15-20.

78.Kebriaei A, Akbari F, Hosseini SM, Eftekhar Ardebili H. A comparative study of quality gap of primary health services in urban & rural health centers in kashan district. Daneshvar Med 2004; 11: 39-46. (Persian)

79.Lameei A. Principles of quality management.2nd ed. Committee of Total Quality Management, Ministry of Health and Medical Education. Tehran 2002. (Persian)

80.Sewell N. Continuous quality improvement in acute health care: creating a holistic and integrated approach. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 1997; 10: 20-6.

81.Wong A, Sohal A. Service quality and customer loyalty perspectives on two levels of retail relationships. Journal of Services Marketing 2003; 17: 495-513.

82.Brady MK, Cronin Jr JJ. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. J Marketing 2001; 65: 34-49.

83.Choi K-S, Lee H, Kim C, Lee S. The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. J Serv Mark 2005; 19: 140-9.

84.Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. 1st ed; Oxford University Press: Oxford, 2003.

85.Mohd Suki N, Chwee Lian JC, Suki NM. A comparison of human elements and nonhuman elements in private health care settings: customers' perceptions and expectations. J Hosp Mark Public Relations 2009; 19: 113-28.

86.Padma P, Rajendran C, Prakash SL. Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 19-30

hospitals: Perspectives of patients and their attendants. Benchmarking: An International Journal 2010; 17: 807-41.

87.Rose RC, Uli J, Abdul M, Ng KL. Hospital service quality: a managerial challenge. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2004; 17: 146-59.

88.Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A hierarchical model of health service quality scale development and investigation of an integrated model. J Serv Res 2007; 10: 123-42.

89.Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. Health Care Manage Rev 1997; 22: 74-89.

90.Loghmaniyan MKh, Tabibi SJ, Karimi A, Delgoshayi B. Design quality assurance model for hospital services in Iran. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2008; 36: 209-308. (Persian)

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۳ – دوره۳ – شماره ۱– صفحات ۱۹-۳۰