دارای رتبه علمی پژوهشی از
کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه
مدیریت ارتقای سلامت

دوره اول شماره۱ زمستان ۱۳۹۰ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۲۵۱-۸۶۱۴

- بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر تعارض شغلی پرستاران.....۷
پریناز آخوندلطفعلی، محمدعلی حسینی، حمیدرضا خانکه، مسعود فلاحی خشکناب، سمانه حسین زاده

- بررسی همبستگی خودکارآمدی مقابله با حوادث غیرمترقبه با ویژگی های جمعیت شناسی در پرستاران.....۱۷
فریبا برهانی، عباس عباس زاده، سیمین کهن

- بررسی فعالیت بدنی مدرسین زن دانشگاه: طراحی، اعتبار سنجی و بکار گیری ابزار "ثبت زمان فعالیت بدنی بالغین".....۲۶
رقیه اسمعیلی، میمنت حسینی، فریده یغمایی

- تأثیر گروه همتایان بر ارتقاء وضعیت سلامت جسمی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: آزمون نظریه خود-تعالی رید...۳۴
مریم جدید میلانی، طاهره اشک تراب، ژیلا عابد سعیدی، حمید علوی مجد

- همبستگی مهارت های ارتباطی پرستاران با کیفیت خدمات بستری در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی کاشان.....۴۵
امیر اشکان نصیری پور، زهرا سادات سعیدزاده، محمد صباحی بیدگلی

- بررسی منابع دانش مورد استفاده توسط پرستاران در بالین.....۵۵
نسرین نیک پیما، احمد ایزدی

- بررسی وضعیت ایمنی بیماران در مراکز درمانی شهرستان کاشان.....۶۲
محمد صباحی بیدگلی، سمیه شهری، علی کبریایی، سید حمید رضا سیدی، زهرا سرافراز

- چالش ها و فرصت های اشتغال فارغ التحصیلان دکتری تخصصی پرستاری در بالین.....۷۳
حسین فیض اله زاده، پرخیده حسنی

به نام خداوند جان و خرد

مجله مدیریت ارتقای سلامت

فصلنامه علمی – پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره یکم – شماره ۱ – زمستان ۱۳۹۰

•**صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**مدیر مسؤول:** دکتر محمدعلی حسینی

•**سردبیر:** دکتر فریده یغمایی

•**معاون سردبیر:** فرشته نجفی

•**شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:** ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

•**شماره بین المللی نشریه چاپی:** ISSN: ۲۲۵۱-۸۶۱۴ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

•**شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی:** e-ISSN: ۲۲۵۱-۹۹۴۷ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهرنوش پازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر حیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان- خوراسگان
- دکتر عباس عبادی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر عباس عباس زاده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا
- دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر کیان نوروزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریموی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

داوران این شماره:

-دکتر اکبر بیگلریان
-دکتر محمدعلی حسینی
- دکتر حمید رضا خانکه
-دکتر عباس عبادی
- زهرا فتوکیان
-دکتر مسعود فلاحی خشکناب
-فرشته نجفی
- دکتر کیان نوروزی
-دکتر فریده یغمایی

•**ویراستار انگلیسی:** دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

•**ویراستار فارسی:** دکتر فریده یغمایی

•**حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

•**طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

•**ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**نشانی:** تهران – میدان توحید – دانشکده پرستاری و مامایی تهران

•**کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ **صندوق پستی:** ۱۴۱۹۵/۳۹۸ **تلفن و نمابر:** ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@jhpm.ir , **Website: http:**//jhpm.ir

بررسی وضعیت ایمنی بیماران در مراکز درمانی شهرستان کاشان

*محمد صباحی بیدگلی[۱]، سمیه شهری[۲]، علی کبریایی[۳]، سید حمید رضا سیدی[۴]، زهرا سرافراز[۵]

چکیده

مقدمه: امروزه مسئله ایمنی بیمار یکی از مباحث مهم جامعه پزشکی و سازمان جهانی بهداشت در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه است. خطاهای پزشکی یکی از مشکلات جدی در سلامت عمومی و تهدیدی برای ایمنی بیمار محسوب می شوند. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت ایمنی بیماران در مراکز درمانی شهرستان کاشان از دیدگاه پرستاران انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی، ۲۱۸ نفر از کارکنان پرستاری شاغل در مراکز درمانی شهرستان کاشان شرکت داشتند. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه انجام شد. "پرسشنامه جو ایمنی بیمار"، جو ایمن را با ۳۰ سوال در هفت بعد (فرصت های آموزشی، گزارش دهی، رفع خستگی، نگرش سرپرستان، شرایط پرستاری، ارتباط با پزشکان، روابط بین پرستاران) بررسی نمود. اعتبار پرسشنامه به روش اعتبار محتوا و پایایی آن نیز با استفاده از ضریب الفای کرونباخ (۰/۸۹) تایید شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۱ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۶/۸۵±۳۲/۶۳ سال بود و ۸۵/۸ در صد آنان زن بودند. تفاوت معنی داری در میانگین رتبه جو ایمنی بیمار در تمامی ابعاد مشاهده گردید. همچنین میانگین رتبه جو ایمنی بیمار در تمامی ابعاد به جز بعد رفع خستگی در مراکز پزشکی درمانی تحت مطالعه معنی دار بود (p=۰/۰۰۱). در این مطالعه بعد روابط بین پرستاران (۰/۶۷±۳/۲۴) بیشترین و بعد نگرش سرپرستان (۰/۷۱±۲/۴۷) کمترین میانگین رتبه را به خود اختصاص داد.

نتیجه گیری: جو ایمنی بیمار در مراکز مورد مطالعه در وضعیت مناسبی قرار ندارد. این امر توجه مدیران بخش سلامت در شهرستان را به اتخاذ رویکرد مناسب جهت تامین جو ایمنی بیمار در مراکز درمانی جلب می نماید.

کلید واژه ها: ایمنی بیمار، پرستار، بیمارستان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۵

۱ – مربی، گروه آمار و بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت. دانشگاه علوم پزشکی کاشان. کاشان. ایران **(نویسنده مسؤول)**
پست الکترونیکی: sabahibidgoli@gmail.com
۲ – کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودسر و املش باشگاه پژوهشگران جوان. رودسر. ایران
۳ – استادیار گروه بهداشت عمومی دانشکده بهداشت. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. زاهدان. ایران
۴ – مربی گروه هوشبری دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان. کاشان. ایران
۵ – کارشناس مامایی بیمارستان شهید بهشتی کاشان. کاشان. ایران

مقدمه

با توجه به اینکه امروزه ساختار مراقبت های بهداشتی و درمانی بسیار پیچیده شده است، مراقبت ها در محیطی پر فشار و با سرعت انجام می گیرد که در آن طیف وسیعی از فناوری وجود دارد و بکارگیری آن شامل تصمیمات شخصی و قضاوت های فردی و روزانه کارکنان بهداشتی و درمانی است (۱). در این شرایط کارها به خوبی پیش نمی رود. گاهی اوقات صدمات غیر عمدی حین انجام جراحی های بالینی یا در نتیجه تشخیص های بالینی به بیمار وارد می شود (۲). پژوهش های متعدد مراکز پزشکی شیوع بالای خطاهای پزشکی و فاصله زیاد بین کیفیت مراقبت های بهداشتی و درمانی ارائه شده مانند اشتباهات داروئی، عوارض و عفونت های بعد از اعمال جراحی، غربالگری ناکافی سرطان و... را با استاندارد نشان می دهد (۳). در سال ۱۹۹۹، موسسه پزشکی آمریکا، گزارشی را با عنوان "بشر، جایزالخطاست، پس بیایید نظام سلامت ایمن تری بسازیم" منتشر کرد و مدعی شد سالانه ۹۸ هزار بیمار در آمریکا به دلیل اشتباهات پزشکی فوت می کنند (۴). جو ایمن، به معنای برداشت کارکنان از ایمنی و تاثیر انگیزه آنان بر بروز رفتار ایمن در محیط کار تعریف شده است (۱). هنگامی ایمنی در یک سازمان به یک ارزش تبدیل و سپس به عنوان اولویت در نظر گرفته می شود که تمام افراد سازمان به اهیمت آن پی ببرند، پژوهش ها حاکی از آن است که بیمارستان هایی که جو ایمنی بهتری در آن ها حکم فرماست، عملکرد بهتری نیز دارند و میزان بروز خطاها در آن ها کمتر می باشد، نتایج پژوهش Walston و همکاران با هدف تعیین عوامل تاثیر گذار بر جو ایمن در بیمارستان نشان داد که حمایت مدیریت، وجود یک نظام گزارش دهی و منابع کافی جزء موارد اثر گذار بر جو ایمنی محسوب می گردند (۵). Yule و همکاران با استفاده از شاخص هایی که منجر به ایجاد محیط ایمن می گردد به ارزیابی محیط ایمن و تاثیر آن بر عملکرد کارکنان پرداختند (۶). Colla و همکاران در پژوهش خود تحت عنوان "ارزیابی وضعیت ایمنی بیمار" به این نتیجه رسیدند که وضعیت ایمنی بیمار به طور قابل توجهی متفاوت است و رسیدن به فرهنگ ایمنی بیمار ممکن است هدف پسندیده ای باشد اما تلاش بیشتر بایستی جهت بررسی وضعیت ایمنی بیمار و نتایج حاصل از آن بر بیمار صورت گیرد (۷). پژوهش های Fleming و Singer نشان داد که به منظور تامین جو ایمن، حمایت مدیریت و سرپرستاران، وجود ارتباطات قوی، اعتماد بین کارکنان از اهمیت بالایی برخوردار است (۸و۹). پژوهشی توسط Gershon و همکاران تحت عنوان "بررسی وضعیت جو ایمن در بیمارستان ها و ارتباط آن با روش ها و محیط کاری ایمن و در معرض حوادث قرار گرفتن کارکنان" انجام گرفت. نتیجه این پژوهش نشان داد اگر چه ۶ بعد (حمایت مدیریت ارشد از برنامه های ایمنی، عدم مانع در انجام کار به شیوه ایمن، تمیزی و نظم و ترتیب در محل کار، ارتباط خوب میان همکاران، وجود بازخود مستمر، آموزش، دسترسی به وسایل محافظت فرد در حین کار، کنترل) منجر به سنجیدن جو ایمن مناسب هستند، اما در این پژوهش تنها ۳ متغیر ارتباط معنی دار را نشان داده است و تنها بعد حمایت مدیریت از برنامه های ایمنی بیمار ار جحیت بیشتری برخوردار است (۱۰). پژوهشی در زمینه ایمنی بیمار و خطاهای پزشکی در ۱۲ بیمارستان روستایی در ۱۲ ایالت نشان داد که ۹۰ درصد کارکنان بیمارستان بر این باورند که سلامت بیمار مسئولیت اولیه پرستار می باشد (۱۱). علی رغم تاکیدات فراوان، معضلات اخلاقی به طور مکرر در اقدامات پرستاری رخ می دهند واهمیت این مهم، چرا که حرفه پرستاران به گونه است که با مرگ و زندگی انسان ها سر وکار دارند. علاوه بر آن، خطاهای پرستاران نه تنها منجر به آسیب به بیماران می گردد بلکه خود حرفه پرستاری را نیز زیر سوال می برد (۱۲). هدف از این مطالعه تعیین وضعیت ایمنی بیمار در مراکز درمانی شهرستان کاشان از دیدگاه پرستاران است.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر به روش توصیفی در شهرستان کاشان انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کارکنان پرستاری مراکز پزشکی درمانی شهرستان کاشان در بهمن ماه سال ۱۳۸۹ بود. این مطالعه بر روی کارکنان پرستاری شاغل در چهار مرکز پزشکی درمانی کاشان به ترتیب: مرکز پزشکی درمانی الف (بیمارستان عمومی دولتی)، ب (تخصصی دولتی) و ج (تخصصی وابسته به سازمان تامین اجتماعی) و د (بیمارستان عمومی تحت مالکیت بخش خصوصی) انجام گرفت. قبل از شروع مطالعه به منظور کسب موافقت مسئولین اجرایی مراکز تحت مطالعه، مکاتبات لازم با آنان انجام شد و موافقت آنان جهت اجرای پژوهش کسب گردید. جهت تعیین اندازه نمونه و با استفاده از فرمول محاسبه اندازه نمونه در جامعه محدود با استفاده از فرمول کوکران و احتساب ضریب خطای ۰/۰۵ و $\alpha=$ ۰/۰۵ اندازه نمونه ۲۳۴ نفر برآورد گردید. نمونه مورد نیاز در هر مرکز متناسب با تعداد کارکنان پرستاری شاغل در مراکز انتخاب گردید . کارکنان پرستاری واجد شرایط در مطالعه آندسته از کادر پرستاری بودند که مستقیما با بیمار ارتباط داشته و عهده دار مشاغل سرپرستاری نبودند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، "پرسشنامه جو ایمنی بیمار" (Safety Patient Climate Questionnaire)،طراحی شده توسط Kudo و همکاران بود(۲). اعتبار پرسشنامه پس از ترجمه فارسی آن به روش اعتبار محتوا و پایایی آن در مطالعه پایلوت انجام شده و با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ (۰/۸۹) مورد تائید قرار گرفت . این پرسشنامه مشتمل بر ۴۰ سوال و دو بخش بود، که بخش اول آن سوالات مربوط به متغیر های زمینه ای بوده است و بخش دوم آن سوالات مربوط به سنجش جو ایمنی حاوی ۳۰ سوال بوده است، این پرسشنامه جو ایمنی بیمار حاکم بر بیمارستان را در ۷ بعد (فرصت های آموزشی، گزارش دهی، رفع خستگی، نگرش سرپرستاران، شرایط پرستاری، ارتباط با پزشکان، روابط بین پرستاران) مورد سنجش قرار می دهد. در هر یک از ابعاد هفتگانه گویه هایی متناسب با بعد مربوطه منظور گردیده است. گویه های مربوط به ابعاد هفتگانه جو ایمنی بیمار در قالب عباراتی که بر اساس مقیاس لیکرت ۵ طبقه ای تنظیم شده بود وضعیت موجود را از دیدگاه پاسخگو مورد ارزیابی قرار می دهد. پس از جمع آوری اطلاعات، مجموع نمرات بدست آمده از هر بعد برای هر نفر بر تعداد سئوالات هر بعد تقسیم و نمره میانگین حاصله در هر بعد برای هر نفر جهت تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت. بر اساس مقیاس لیکرت ۵ طبقه ای محدوده نمره زیر ۲/۶ وضعیت نامناسب و بین ۲/۶ الی ۳/۴ وضعیت متوسط و از ۳/۴ با بالا وضعیت مناسب جو ایمنی بیمار در نظر گرفته شد. در این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۱ فراوانی مطلق، میانگین و انحراف معیار نمره میانگین جو ایمنی بیمار محاسبه شده و برای تحلیل داده ها از آزمون های ناپارامتریک کروسکال والیس، من ویتنی و فریدمن استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه از ۲۳۴ پرسشنامه توزیع شده، ۲۱۸ پرسشنامه (میزان پاسخگویی ۹۳/۱۶ درصد) بطور کامل تکمیل شده بود و مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از ۲۱۸ کارکنان پرستاری تحت مطالعه نشان داد ۸۵/۸ درصد زن و میانگین سنی آنان ۳۲/۶۳±۶/۸۵ بوده و بیشتر افراد در گروه سنی ۳۰–۲۵ سال (۲۸/۴ درصد) قرار داشتند. ۸۳/۵ درصد افراد متاهل بودند. میانگین سابقه کار پرستاران تحت مطالعه ۹/۶۴±۷/۰۹ سال بود و بیشتر افراد تحت مطالعه کمتر از ۵ سال (۳۳/۹ درصد) سابقه کار داشتند. ۶۷/۴ درصد افراد تحت مطالعه دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر بودند. ۵۶/۸ در صد نفر اظهار داشتند که هیچ مورد گزارش خطایی طی ۱۲ ماه گذشته به مسئول خود ارائه ننموده اند. از نظر وضعیت استخدامی ۳۶/۲ در صد افراد دارای وضعیت استخدامی رسمی بودند. میانگین نمره در تمام گویه های جو ایمنی در جدول ۱ درج گردیده است. مندرجات این جدول نشان می دهد که هشت

(۲۶/۶ درصد) گویه پائین ترین میانگین نمره را کسب کرده اند و به عبارتی، همگی در وضعیت ضعیف قرار داشتند، هفده (۵۶/۶ درصد) گویه وضعیت متوسط داشته و فقط پنج (۱۶/۶ درصد) گویه باقیمانده در وضعیت مطلوب قرار دارند. یافته های پژوهش نشان داد نمره میانگین جو ایمنی بیمار در تمامی مراکز تحت مطالعه بطور کلی ۲/۹۰±۰/۴۲ بود به عبارت دیگر، افراد تحت مطالعه از جو ایمنی بیمار در وضعیت متوسط قرار داشت. میانگین رتبه جو ایمنی بیمار در ابعاد هفتگانه به ترتیب عبارت بود از: روابط بین پرستاران (۳/۲۴±۰/۶۷)، گزارش دهی (۳/۱۲±۰/۶۴)، فرصت های آموزشی مناسب (۲/۹۸±۰/۷۰)، شرایط پرستاری (۲/۸۹±۰/۸۵)، رفع خستگی (۲/۷۶±۷۰)، ارتباط با پزشکان (۲/۷۱±۰/۵۹) و نگرش سرپرستان (۲/۴۷±۰/۷۱). همانگونه که نتایج آزمون آماری نشان داد اختلاف مشاهده شده بین میانگین رتیه ها در ابعاد هفتگانه معنی دار است (جدول ۲).

در مقایسه نمره میانگین رتبه جو ایمنی بیمار در بیمارستان های تحت مطالعه، یافته های پژوهش نشان داد که اختلاف میانگین رتبه در تمامی ابعاد به جز بعد رفع خستگی در بین چهار بیمارستان معنی دار است (P=۰/۰۰۰۱). نتایج جدول ۳ نشان می دهد که اختلاف نمره میانیگن رتبه جو ایمنی بیمار در تمامی ابعاد و نیز در بعد کلی در گروه های زن و مرد و نیز بر اساس وضعیت تاهل معنا دار نیست. همین طور نتایج مندرج در جدول ۳ اختلاف نمره میانگین رتبه جو ایمنی بیمار در برخی ابعاد برحسب گروه های سنی (فرصت های آموزشی) (P=۰/۰۰۵) و نیز برحسب سابقه کاری مختلف (فرصت های آموزشی) (P=۰/۰۰۱)، گزارش دهی (P=۰/۰۰۷)، نگرش سرپرستان (P=۰/۰۰۴) و شرایط پرستاری (P=۰/۰۱) از نظر آماری معنی دار است. همچنین طبق جدول ۴ نشان می دهد که اختلاف بین نمره میانگین رتبه جو ایمنی بیمار در ابعاد شرایط پرستاری، ارتباط با پزشکان، نگرش سرپرستان بر حسب گروه های با مدرک تحصیلی مختلف نیز معنا دار بود. در این مطالعه تفاوت معنا داری در ابعاد مختلف جو ایمنی بیمار شامل فرصت های آموزشی (P=۰/۰۰۱)، گزارش دهی (P=۰/۰۰۱)، نگرش سرپرستان (P=۰/۰۰۱) و شرایط پرستاری (P=۰/۰۰۲) در گروه های با وضعیت استخدامی مشاهده گردید.

جدول ۱: توزیع میانگین و انحراف معیار گویه های بیانگر جو ایمنی بیمار بر حسب میزان مطلوبیت در افراد تحت مطالعه

گویه های اصلی ایمنی	X ± SD	نامطلوب	متوسط	مطلوب
۱- برنامه های آموزشی مناسب	۳/۴۷ ± ۱/۰۱			*
۲- بازخورد نتایج کاری پرستاران	۲/۷۹ ± ۱/۰۹		*	
۳- عدم احساس خستگی جسمی	۲/۳۹ ± ۱/۰۷	*		
۴- از خود گذشتگی مسئولین نسبت به زیردستان	۲/۶۵ ± ۱/۱۳		*	
۵- گزینش بر اساس توانایی ها و تجارب بالینی	۲/۴۱ ± ۱/۰۲	*		
۶- راهنمایی مناسب پرستاران توسط پزشکان	۲/۶۸ ± ۱/۰۷		*	
۷- کار تیمی پرستاران	۳/۰۸ ± ۱/۱۱		*	
۸- عدم احتمال شانس در وقوع اشتباهات	۳/۷۶ ± ۱/۰۶			*
۹- برخورد عادلانه مسئولین در مواقع بروز خطا	۳/۱۶ ± ۱/۰۹		*	
۱۰- همکاری خوب پرستاران و پزشکان	۲/۹۷ ± ۱/۰۶		*	
۱۱- برنامه های آموزشی اختصاصی و متناسب با نیاز هر فرد	۲/۷۶ ± ۱/۰۴		*	
۱۲- تجزیه و تحلیل گزارشات توسط همکاران	۳/۲۸ ± ۱/۰۴	*		
۱۳- عدم نگرانی از ثبت اشتباهات فردی در پرونده شغلی آنان	۲/۱۵ ± ۰/۹۶	*		
۱۴- وجود دستورالعمل هایی مناسب برای راهنمایی کارکنان	۳/۰۲ ± ۱/۰۰		*	
۱۵- تعداد کافی کارکنان پرستاری	۲/۲۰ ± ۱/۰۹	*		

۱۶- دسترسی راحت به پزشک در مواقع نیاز	۲/۷۷ ± ۱/۰۸		*	
۱۷- ایفا نقش شایسته در تولید دانش مراقبت های سلامت	۲/۸۶ ± ۰/۹۸		*	
۱۸- رسیدگی به خطا های پزشکی بخوبی مورد رسیدگی قرار می گیرد	۲/۷۳ ± ۱/۰۶		*	
۱۹- مافوق بخوبی به توضیحات کارکنان گوش می دهد	۲/۸۰ ± ۱/۰۴		*	
۲۰- وجود منابع و مواد آموزشی مناسب و کافی	۳/۰۲ ± ۰/۹۳		*	
۲۱- ارتباط راحت با پزشکان	۳/۰۳ ± ۱/۱۰		*	
۲۲- ارتقاء سطح توانایی با کار کردن در این بیمارستان	۳/۱۳ ± ۱/۰۸		*	
۲۳- اقدام سریع کارکنان به محض اطلاع از وقوع خطا	۳/۷۴ ± ۰/۹۲			*
۲۴- عدم احساس خستگی و خواب آلوده گی کارکنان	۲/۱۶ ± ۱/۰۹	*		
۲۵- عدم احساس نگرانی از گزارش خطاها و اشتباهات فردی	۲/۴۹ ± ۱/۰۸	*		
۲۶- همکاری کارکنان با سایر قسمتها در مواقع نیاز	۲/۵۱ ± ۱/۱۳	*		
۲۷- ارتباط راحت با پرستاران	۳/۴۹ ± ۰/۸۷			*
۲۸- روابط خوب بین پرستاران	۳/۴۷ ± ۰/۹۷			*
۲۹- فرصت کافی کارکنان برای درک شرایط بیمار	۲/۷۷ ± ۱/۰۳		*	
۳۰- روابط بسیار گرم و صمیمی بین پرستاران	۳/۲۲ ± ۱/۰۳		*	
جمع کل		۸ (۲۶/۶)	۱۷ (۵۶/۶)	۵ (۱۶/۶)

جدول ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار ابعاد هفتگانه جو ایمنی بیمار در افراد تحت مطالعه

ابعاد هفتگانه جو ایمن	میانگین و انحراف معیار X ± SD	P
فرصت های آموزشی پرستاران	۲/۹۸ ± ۰/۷۰	
گزارش دهی	۳/۱۲ ± ۰/۶۴	
رفع خستگی	۲/۷۶ ± ۰/۷۰	
نگرش سرپرستان	۲/۴۷ ± ۰/۷۱	۰/۰۰۱
شرایط پرستاری	۲/۸۹ ± ۰/۸۵	
ارتباط با پزشکان	۲/۷۱ ± ۰/۵۹	
ارتباط بین پرستاران	۳/۲۴ ± ۰/۶۷	

جدول۳: توزیع میانگین نمره ادراک جو ایمنی بیمار در ابعاد هفتگانه بر حسب مراکز پزشکی درمانی مورد مطالعه

ابعاد های جو ایمنی	بعد (۱)	بعد (۲)	بعد (۳)	بعد(۴)	بعد(۵)	بعد (۶)	بعد (۷)
	$\bar{X}$ X±SD	$\bar{X}$ ±SD	$\bar{X}$ ±SD	$\bar{X}$ ±SD	$\bar{X}$ ±SD	$\bar{X}$ ±SD	$\bar{X}$ ±SD
بیمارستان الف	۳/۵۱± ۰/۶۲	۳/۴۹± ۰/۶۱	۳/۰۳±۰/۶۷	۲/۷۸± ۰/۶۷	۳/۴۷± ۰/۸۶	۳/۰۳± ۰/۶۴	۳/۶۷± ۰/۶۱
بیمارستان ب	۳/۱۶± ۰/۴۶	۳/۳۵± ۰/۴۳	۲/۶۹± ۰/۶۹	۲/۹۹± ۰/۵۶	۲/۸۵± ۰/۷۸	۲/۸۵± ۰/۵۶	۳/۳۳± ۰/۶۸
بیمارستان ج	۲/۸۵± ۰/۷۱	۲/۹۳± ۰/۶۱	۲/۷۲± ۰/۶۹	۲/۲۰± ۰/۶۷	۲/۶۱± ۰/۸۱	۲/۵۵± ۰/۵۷	۳/۱۰± ۰/۶۱
بیمارستان د	۲/۷۷± ۰/۶۹	۳/۱۶± ۰/۷۰	۲/۷۳± ۰/۷۱	۲/۵۱± ۰/۶۴	۳/۱۴± ۰/۷۰	۲/۷۶± ۰/۵۴	۳/۲۰± ۰/۷۰
P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

جدول ٤: توزیع میانگین و انحراف معیار ابعاد هفتگانه جو ایمنی بیمار بر حسب مشخصات جمعیت شناسی در افراد تحت مطالعه

	ابعاد جو ایمنی	بعد (۱) $\bar{X}$ ±SD	بعد (۲) $\bar{X}$ ±SD	بعد (۳) $\bar{X}$ ±SD	بعد (۴) $\bar{X}$ ±SD	بعد (۵) $\bar{X}$ ±SD	بعد (۶) $\bar{X}$ ±SD	بعد (۷) $\bar{X}$ ±SD
جنسیت	زن	۲/۹۸±۰/۷۰	۳/۱۱±۰/۶۳	۲/۷۴±۰/۶۸	۲/۴۶±۰/۷۱	۲/۸۴±۰/۸۰	۲/۷۲±۰/۵۹	۳/۲۱±۰/۶۷
	مرد	۲/۹۵±۰/۷۴	۳/۱۸±۰/۷۳	۲/۸۹±۰/۷۸	۲/۵۳±۰/۶۸	۳/۱۵±۱/۰۶	۲/۶۴±۰/۶۴	۳/۴۳±۰/۶۰
	P	۰/۹۷	۰/۷۲	۰/۲۳	۰/۴۷	۰/۰۳	۰/۶۴	۰/۱۸
تحصیلات	دیپلم	۳/۲۶±۰/۸۵	۳/۳۷±۰/۶۶	۲/۸۵±۰/۵۳	۳/۰۰±۰/۷۳	۲/۹۰±۰/۷۲	۳/۰۸±۰/۹۲	۳/۲۴±۰/۹۴
	کاردانی	۳/۱۷±۰/۶۴	۳/۴۶±۰/۴۵	۲/۷۴±۰/۷۴	۳/۰۲±۰/۵۹	۲/۹۷±۰/۷۳	۳/۵۶±۰/۸۰	۳/۲۷±۰/۸۰
	کارشناسی و	۲/۹۵±۰/۷۸	۳/۰۳±۰/۶۱	۲/۵۲±۰/۵۸	۲/۹۲±۱/۰۹	۲/۶۴±۰/۶۹	۲/۷۵±۰/۷۹	۳/۰۳±۰/۸۵
	P	۰/۲۱	۰/۰۰۷	۰/۰۱۸	۰/۷۰	۰/۰۷	۰/۰۰۶	۰/۱۸۵
گروه سنی (سال)	زیر ۲۵ سال	۲/۷۲±۰/۷۷	۲/۹۸±۰/۵۶	۲/۸۵±۰/۶۷	۲/۴۰±۰/۶۹	۲/۷۷±۰/۷۵	۲/۶۹±۰/۶۷	۳/۲۷±۰/۶۵
	۲۵ – ۳۰	۲/۹۳±۰/۷۱	۳/۰۶±۰/۶۹	۲/۶۴±۰/۷۱	۲/۳۴±۰/۷۴	۲/۸۸±۰/۸۷	۲/۶۶±۰/۶۵	۳/۱۱±۰/۷۲
	۳۰ – ۳۵	۲/۸۸±۰/۷۳	۳/۱۰±۰/۷۱	۲/۷۷±۰/۶۵	۲/۴۵±۰/۶۵	۲/۷۱±۰/۸۸	۲/۷۴±۰/۵۲	۳/۲۶±۰/۶۹
	۳۵ – ۴۰	۳/۱۷±۰/۵۸	۳/۲۸±۰/۶۳	۲/۸۱±۰/۷۱	۲/۷۴±۰/۶۷	۳/۰۶±۰/۸۲	۲/۷۷±۰/۶۰	۳/۳۰±۰/۶۱
	۴۰ سال به بالا	۳/۳۴±۰/۵۱	۳/۲۸±۰/۴۳	۲/۸۷±۰/۷۸	۲/۵۴±۰/۷۶	۳/۱۷±۰/۸۳	۲/۶۸±۰/۵۴	۳/۳۸±۰/۵۸
	P	۰/۰۰۵	۰/۲۱	۰/۵۳	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۹۰	۰/۳۸
سابقه کار (سال)	زیر ۵ سال	۲/۸۱±۰/۷۴	۳/۰۶±۰/۶۱	۲/۷۰±۰/۷۰	۲/۳۷±۰/۶۷	۲/۹۴±۰/۷۶	۲/۶۳±۰/۶۷	۳/۱۹±۰/۷۴
	۵ – ۱۰	۲/۸۴±۰/۶۸	۲/۹۵±۰/۶۷	۲/۷۳±۰/۶۷	۲/۳۴±۰/۶۷	۲/۶۳±۰/۹۲	۲/۷۵±۰/۵۰	۳/۱۳±۰/۶۰
	۱۰ – ۱۵	۳/۰۷±۰/۵۸	۳/۳۹±۰/۷۰	۲/۸۶±۰/۶۶	۲/۵۴±۰/۷۵	۳/۰۶±۰/۷۷	۲/۷۴±۰/۵۷	۳/۳۴±۰/۵۸
	۱۵ – ۲۰	۳/۴۴±۰/۵۵	۳/۳۰±۰/۵۴	۲/۸۰±۰/۷۳	۳/۸۸±۰/۷۹	۳/۱۸±۰/۷۶	۲/۸۶±۰/۶۷	۳/۳۹±۰/۷۰
	۲۰ سال به بالا	۳/۳۰±۰/۵۵	۳/۴۴±۰/۴۵	۲/۹۹±۰/۸۰	۲/۵۹±۰/۵۳	۳/۰۱±۰/۹۳	۲/۵۶±۰/۵۱	۳/۵۰±۰/۵۶
	P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	۰/۵۷	۰/۰۰۴	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۱۲
وضعیت استخدامی	طرحی	۲/۷۹±۰/۷۹	۳/۰۷±۰/۵۱	۲/۸۷±۰/۶۳	۲/۳۹±۰/۷۰	۲/۷۹±۰/۸۷	۲/۶۵±۰/۶۳	۳/۲۵±۰/۵۴
	قراردادی	۲/۸۲±۰/۶۸	۳/۰۴±۰/۶۷	۲/۷۱±۰/۷۳	۲/۲۶±۰/۶۸	۲/۸۴±۰/۸۰	۲/۶۸±۰/۵۴	۳/۱۴±۰/۷۰
	پیمانی	۲/۷۵±۰/۷۷	۲/۸۱±۰/۷۱	۲/۵۸±۰/۵۶	۲/۷۶±۰/۶۶	۲/۵۴±۰/۹۰	۲/۵۷±۰/۶۳	۳/۰۹±۰/۶۸
	رسمی	۳/۲۷±۰/۵۶	۳/۳۵±۰/۵۳	۲/۸۵±۰/۷۲	۲/۷۶±۰/۶۶	۳/۱۳±۰/۷۹	۲/۸۴±۰/۶۰	۳/۳۹±۰/۶۶
	P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۲۷	۰/۰۸

بحث

یافته های پژوهش نشان داد که وضعیت جو ایمنی بیمار در مراکز پزشکی درمانی مورد مطالعه چندان مطلوب و رضایتبخش نیست. وضعیت نامطلوب گویه هایی از قبیل نگرانی از ثبت گزارشات حوادث و خطا در سوابق کارکنان، عدم وجود فرصت کافی برای استراحت، تفریح و خستگی روانی در زندگی شخصی، تعداد ناکافی کارکنان پرستاری، گزینش بدون ضابطه و غیرمنطقی کارکنان ترس و نگرانی از گزارش خطاها و اشتباهات فردی، عدم روحیه همکاری در بین کارکنان پرستاری و عدم وجود روحیه از خود گذشتگی سرپرستان نسبت به زیردستان نشانه بی توجهی مسئولین مراکز تحت مطالعه نسبت به مهمترین مشکل بیماران و متولیان نظام سلامت است. نتایج پژوهش طبیبی و همکاران نشان داد نمره نگرش کارکنان نسبت به بعد جو ایمن پایین است (۱۷). نتایج پژوهش Roseanne & Moody نیز نشان داد عواملی که سبب گزارش خطاها در میان کادر پرستاری می گردد عبارت است از وجود جو ایمن، ارتباطات آزاد، محرک های انگیزشی از

جمله وجود کار به صورت تیمی است. نتایج این پژوهش ها در راستای پژوهش حاضر است (۱۸). همچنین، مقایسه نمره میانگین رتبه جو ایمنی بیمار در بیمارستان های تحت مطالعه، یافته های پژوهش نشان داد که اختلاف میانگین رتبه در تمامی ابعاد به جز بعد رفع خستگی در بین چهار بیمارستان معنی دار است. اختلاف نمره میانگین رتبه جو ایمنی بیمار در برخی ابعاد در گروه های سنی و نیز گروه های با سابقه کاری مختلف و تحصیلات از نظر آماری معنا دار است. مقرری در پژوهش خود نشان داد، سابقه افراد در یک واحد خاص، شغل افراد، ساعات کاری سابقه کاری تخصصی، به طور معنی داری سبب اختلاف در ایمنی بیمار می گردد (۱۹). نتایج این پژوهش در راستای پژوهش حاضر می باشد.

در پژوهش حاضر منظور از بعد "فرصت های آموزشی" این است که پرستاران اطلاعات شان به روز، و از آخرین تغییرات در زمینه کارشان مطلع اند، همچنین فرصت هایی برای افزایش مهارت ها و توانایی ها وجود دارد. با توجه به پیشرفت سریع علوم پزشکی و ورود فناوری و دانش جدید، لازم است که تمام پرستاران دانش و مهارت های جدید را کسب نمایند، در این رابطه پژوهشی با هدف بهبود کیفیت آموزش پرستاری انجام شد، نتایج این پژوهش نیز ایجاد مدل مشارکتی بین آموزش و نظام مراقبتی و بهبود قوانین پرستاری را مطرح نموده است (۲۰).

انوشه و همکاران در پژوهشی با عنوان مقایسه علل زمینه ساز بروز خطاهای کاری در مراقبت های پرستاری، بر این باورند که آن چنان که باید برای ارائه مراقبت در برخی ار بخش ها آماده نیستند و کمبود دانش و آگاهی های آنان زمینه ساز بروزخطاهای کاری آنان در برخی از بخش ها می باشد (۲۱). همچنین Danial در پژوهش خود با عنوان تاثیر مدیریت کیفیت فراگیر در تعیین نیازهای آموزشی پرستاران بخش های ویژه عنوان کرد، از آنجا که پزشکی، فناوری های، داروها و روش های درمانی همواره در حال تغییر و تحول هستند همین مسئله ضرورت آموزش مستمر پرستاران و تاثیر آن را در مهارت شغلی آنان بیش از پیش بیان می نماید (۲۲). نتایج پژوهش فروزان نیز بعد آموزش سازمانی در زمینه ایمنی بیمار در وضعیت نامناسب را نشان داده است (۲۳). همین طور نتایج پژوهش مقری (۱۹) نشان داد که مدیران بایستی با در اولویت قرار دادن نیازهای همکاران خود، از جمله پرستاران، به طریق مختلف از انتظارات آنان آگاه شوند و در جهت بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران از طریق بالا بردن استانداردها گام بردارند. همچنین با به کارگیری مدیریت کیفیت در بیمارستان و برگزارنمودن دوره های آموزشی مناسب برای کادر درمان از جمله پرستاران، جدیدترین استانداردهای عملکردی و روش های درمانی را بیاموزند برگزار نمودن دوره های آشنایی با ابعاد حاکمیت بالینی، آشنایی با استانداردهای اعتباربخشی تا بتوان گام بزرگی در راستای کاهش خطاهای پزشکی از طریق آموزش و ارتقای آگاهی کارکنان در زمینه ایمنی بیمار برداشت. بعد گزارش دهی در پژوهش حاضر به این معنا است که کارکنان بدون ترس از تنبیه کار خود را به صورت دقیق به طور مستمر به سرپرستان خود ارئه دهند و گزارشاتی که در ارتباط با خطاها می باشد، منجر به یادگیری بیشتر و کسب تجربه در زمینه ایمنی بیمار گردد.

Johnstone & Kanitsaki در پژوهشی، اولین گام در کاهش خطاهای کاری، ایجاد محیطی است که در آن هر یک از اعضای کادر پرستاری در صورت وقوع یک خطا ی کاری، صادقانه خطای خود را و علت بروز این رخداد را به سایر همکاران و اعضای تیم درمان بیان نمایند تا نه تنها صدمه وارد شده به بیمار جبران شود بلکه مسئولین مربوطه بتوانند انواع خطاها، شرایط حاکم بر وقوع رخداد ها را گردآوری نموده و در جهت رفع علل به وجود آورنده چنین خطاهایی برآیند (۲۴). این در حالی است که در پژوهش حاضر افراد تحت مطالعه دارای مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر، اظهار داشتند که هیچ مورد گزارش خطایی طی ۱۲ ماه گذشته به مسئول خود ارائه ننموده اند. بعد "رفع خستگی" در پژوهش حاضر به زمان کافی برای استراحت، خواب، رفع خستگی (جسمی و روانی) به پرستاران به منظور کاهش خطاها اشاره داشته است. موریس در پژوهش خود عوامل انسانی بخشی از علل بروز خطاهای پزشکی را شامل می شود که از بی توجهی، ارتباط

ناکافی با بیمار، خستگی و بی حوصلگی فرد معالج حاصل می شود. نتایج پژوهشی خطاهای پزشکی ناشی از خستگی را ۳ تا ۱۰ درصد از خطاهای پزشکی که در سال اخیر اتفاق افتاده است تشکیل می دهد (۲۵). نتایج پژوهش Tabone نشان داد که میزان اشتباهات پرستاران با افزایش ساعات کاری افزایش چشمگیری می یابد. همین طور کمبود خواب در بین پرستاران کاهش سطح هوشیاری، بدخلق شدن و کاهش عملکرد و.. را در بر داشته است (۲۶). سرپرستان می توانند از گردش شغلی بهرمند گردند چرا که نه تنها سبب افزایش دانش و تجربیات کارکنان می گردد، بلکه از خستگی نیز می کاهد و این امر نیز منجر به تحولات فکری و نوآوری و خلاقیت می شود.

در این پژوهش منظور از بعد "نگرش سرپرستان": عدم تنبه کارکنان پرستاری از سوی مافوق در صورت بروز خطا ، توجه و گوش سپاری به نظرات کارکنان پرستاری در رابطه با ایمنی بیمار توسط مافوق طرف مافوق می باشد. بر اساس مطالعه Leurer و همکاران از بین راهبردهایی که برای نگه داشتن پرستاران در حرفه خود مؤثر می داند می توان به مشورت و ارتباط با پرستاران، شناسایی پرستاران از سوی مقامات مافوق، مدیریت حمایتی و در نظرگرفتن فرصت هایی برای پیشرفت حرفه ای پرستاران اشاره کرد (۲۷). با توجه به نتایج بدست آمده در این پژوهش، کارکنان هیچ گونه گزارشی از خطاهای خود را گزارش ننموده اند این مطلب حاکی از آن است که هنوز ترس از ابراز خطاها و گزارش آن در بیمارستان ها وجود دارد، و سرپرستان نتوانسته اند در ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار به منجر کاهش خطاها گام بردارند، همچنین گزارش ننمودن خطاها نشان از ترس از دست دادن شغل را در بر می گیرد.

بعد "شرایط پرستاری" اشاره به بار کاری پرستاران و تناسب تعداد بیماران با تعداد پرستاران دارد به گونه ای که پرستاران زمان کافی برای رسیدگی به هر یک از بیماران را داشته باشند و دادن اختیار نیز بر اساس توانایی ها و مهارت ها و سوابق کاری و.. است.

بعد "ارتباط با پزشکان" نیز به این معنا بوده است که پزشکان و پرستاران ارتباطات کاری مناسب دارند، دسترسی پرستاران به پزشکان در مواقع ضرورت ممکن است. این همکاری تنها برای کادر پزشکی و پرستاری بلکه برای بیمار نیز مفید است و منجر به کاهش مرگ بیماران نیز می گردد. مطالعه Kudu و همکاران تحت عنوان "بررسی جو ایمن از دید پرستاران" نشان داد که ارتباط با پزشکان در تامین ایمنی بیمار موثر است و پرستاران آن را عاملی مهم در پیشگیری اشتباهات می دانند (۱۶).

بر اساس مطالعه Blickensobrfer، همکاری و درک متقابل پزشک و پرستار، موجب افزایش رضایتمندی بیمار، کاهش هزینه ها، بهبود مراقبت از بیمار و تقویت بهره وری می گردد(۲۸). در ارتباط با بعد "چگونگی ارتباط کاری در میان پرستاران" نیز تمرکز بر وجود روابط خوب میان پرستاران و کمک و همکاری نسبت به یکدیگر بود. در پژوهش Matsubara و همکاران فرایند ارتباطات باز، نقش مهمی در فرایند مراقبت از بیمار ران را ایفا می کند و منجر به بهبود ایمنی بیمار می گردد . فقدان ارتباطات خود یکی از عوامل بروز اشتباهات قابل پیشگیری در مراقبت بهداشتی است. سرپرستان بایستی بتوانند کار تیمی و ارتباطات باز را در بین کارکنان ایجاد کنند. همچنین مشارکت کارکنان در تصمیم گیری ها از اهمیت زیادی برخودار است(۲۹).

نتیجه گیری نهایی

نتایج حاصل از این پژوهش اطلاعات با ارزشی در زمینه وضعیت ایمنی بیمار در مراکز پزشکی درمانی فراهم نموده است. یافته های پژوهش حاکی از وضعیت ضعیف حاکم بر مراکز تحت مطالعه از نظر جو ایمنی بیمار می باشد لذا فرصتی فراهم است تا مدیران نظام سلامت شهرستان با برنامه ریزی مناسب و اتخاذ رویکردهای لازم موجبات تامین ایمنی بیماران و اعتماد سازی در جامعه را فراهم آورند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پروژه دانشجویی است که با حمایت دانشکده بهداشت و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کاشان و با همکاری مسئولین محترم بیمارستان های تحت مطالعه انجام گرفته است. بدینوسیله از معاونت آموزشی پژوهشی دانشکده بهداشت، معاونت درمان دانشگاه مزبور، مسئولین محترم و کارکنان پرستاری بیمارستان های تحت مطالعه که در انجام پژوهش همکاری داشتند صمیمانه تشکر نموده و نیز از تلاش و همکاری دانشجو آقای امیر معتمدنژاد که در جمع آوری اطلاعات نقش شایسته ای را ایفا نمودند قدردانی می گردد.

منابع

1- Brennan TA. Leape LL. Laird NM. Hebert L. Localio AR. Lawthers AG. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. Quality and Safety in Health Care. 2004; 13(2) 145-51.

2- Kudo Y. Satoh T. Kido S. Watanabe M. Miki T. Miyajima E. et al. A pilot study testing the dimensions of safety climate among Japanese Nurses. Industrial Health. 2008; 46(2) 158-65.

3- Stratton KM. Blegen MA. Pepper G. Vaughn T. Reporting of medication errors by pediatric nurses. Journal of Pediatric Nursing. 2004; 19(6) 385-92.

4- Institute for Safe Medication Practices. Assessing where you stand: Pathway for patient safety. Health Research & Educational Trust. 2008.

5- Walston SL. Al-Omar BA. Al-Mutari FA. Factors affecting the climate of hospital patient safety: A study of hospitals in Saudi Arabia. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2010; 23(1) 35-50.

6- Yule S. Flin R. Murdy A. The role of management and safety climate in preventing risk-taking at work. International Journal of Risk Assessment and Management. 2007; 7(2) 137–51.

7- Colla JB. Bracken AC. Kinney LM. Weeks WB. Measuring patient safety climate: A review of surveys. Quality and Safety in Health Care 2005; 14(5) 364-6.

8- Fleming M. Patient safety culture measurement and improvement: A 'how to' guide. Health Care Quarterly. 2005; 8, 14- 9.

9- 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. Quality and Safety in Health Care. 2003; 12(2) 112-8.

10- Gershon RR. Karkashian CD. Grosch JW. Murphy LR. Escamilla-Cejudo A. Flanagan PA. et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. American Journal of Infection Control. 2000; 28(3) 211-21.

11- Hall LM. Nursing Intellectual capital: A theoretical approach for analyzing nursing productivity. Nursing Economics. 2003; 21(1) 14-9.

12- Benner P. Sheets V. Uris P. Malloch K. Schwed K. Jamison D. Individual, practice and system causes of errors in nursing: taxonomy. Journal of Nursing Administration. 2002; 32(10) 509-23.

13- Hofmann D. Mark B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. Personnel Psychology. 2006; 59(4) 847-69.

14– World Alliance for Patient Safety - Forward Programme 2005, World Health Organization. Available at: www.who.int/patientsafety.

15- Härenstam KP. Elg M. Svensson C. Brommels M. Ovretveit J. Patient safety as perceived by Swedish leaders. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2009; 22(2) 168-82.

16- Kudo Y. Kido S. Taruzuka Shahzad M. Saegusa Y. Satoh T. Aizawa Y. Safety climate and motivation toward patient safety among Japanese nurses in hospitals of fewer than 250 beds. Industrial Health. 2009; 47(1) 70–9.

17- Tabibi SJ. Nasiripour AM. Maleki MR. Reisi P. Mahmodi M. Azimi L. [Survey of employees' safety attitude in a teaching hospital Tehran 2010]. Iran Occupational Health. 2011; 7(4) 25-32. (Persian).

18- Roseanne F. Moody R. Safety Culture on Hospital Nursing Units: Human Performance and Organizational System Factors that Make a Difference. 2006; [1]. Indiana University. Available at: http://gradworks.umi.com. December, 5, 2009.

19- Moghery J. [Accreditation of questionnaire of patient safety culture in hospital and assessing patient safety culture from health care personnel viewpoint.] Master thesis. Tehran University of Medical Sciences. Health School. 2010. (Persian).

20- Aghayan S. [Evaluate the educational needs of nurse from the viewpoint of nursing managers (senior managers), head nurses (middle managers) and nurses in Imam Khomeini Hospital in Tehran 2000] Dissertation. Tarbiat Moallem University. 2000. (Persian).

21- Anoosheh M. Ahmadi F. Faghihzade S. Vaismoradi M. [Survey of ppredisposing causes of working errors in nursing cares from perspective of nurses and their mangers perspectives.] Tarbiat Modares University (Persian).

22- Danial Z. Effect of total quality management in determining the educational needs of critical wards nurses. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2009; 2(3): 117-20. (Persian).

23- Forozan F. [Survey of the patient safety culture status in teaching hospitals of Shiraz University of Medical Sciences from nursing point of view and suggesting appropriate solution for improvement of patient safety culture status 2009] Master's thesis. Shiraz University of Medical Sciences, Faculty of Medical Informatics & Management; 2009. (Persian).

24- Johnstone MJ. Kanitsaki O. The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: A discussion paper. International Journal of Nursing Studies. 2006; 43(3) 367-76.

25- Moriss GP. Moriss RW. Anesthesia and fatigue: An analysis of the first 10 years of Australian incident monitoring study 1987-1997. Anaesthesia and Intensive Care Journal. 2000; 28(3) 300-4.

26- Tabone S. Nurse fatigue: The human factor. Texas Nurses Association. 2004; 78(5) 8-10.

27- Leurer MD, Donnelly G, Domm E. Nurse retention strategies: Advice from experienced nurses. Journal of Health Organization and Management 2007; 21(3) 307-39.

28- Blickensobrfer L. Nurses and physicians: Creating a collaborative environment. Journal of Intravenous Nursing 1996; 19(3) 127-31.

29- Matsubara S. Hagihara A. Nobutomo K. Development of a patient safety climate scale in Japan. International Journal for Quality in Health Care 2008; 20(3) 211–20.

Patient safety climate in medical centers of Kashan

Sabahi-Bidgoli M[1], Shahri S[2], Kebriaei A[3], Seyyedi S.H[4], Sarafraz Z[5]

Introduction: The issue of patient safety is today of much importance for the medical community and the World Health Organization in the developing and developed countries. Medical errors are serious threats to the public health and patient safety. The aim of this study was to determine nursing staff's viewpoints about patient safety climate in medical centers of Kashan.

Methods and Materials: In this descriptive study 218 nurses working in the medical centers of Kashan were participated. Data were collected by questionnaire included two parts, demographic and 'Safety Climate Questionnaire Patient' with seven dimensions that covered by the questionnaire were: educational opportunities, reporting, refreshment, head nurses' viewpoints, nursing condition, relation with physician, and nurses' inter-relations. Content validity method and Cronbach's alpha coefficient (0.89) were used for confirming validity and reliability of the questionnaire, respectively. Data were evaluated using the SPSS (v.11).

Findings: The results showed that mean age of the nurses participated in the study was 32.63±6.85 years, of them 85.8% were female. The mean of patient safety climate score in all seven aspects were significantly different. Except for the refreshment aspect, other aspects had different mean scores in different centers (p=0.001). Highest and lowest mean scores were related to the nurses' inter-relations (3.24±0.67) and head nurses' attitudes (2.47±0.71), respectively.

Conclusion: Patient safety climate in the centers under the current study was not in a good condition. This does motivate the managers of the health sector in the city to adopt an appropriate approach to patient safety climate in health care centers.

Keywords: Patient Safety, Nurses, Hospital

1- Lecturer Department of Biostatistics and Public Health. Kashan University of Medical Sciences, Kashan. Iran. (Corresponding author)
e-mail: sabahibidgoli@gmail.com
2- MS. Department of Health Care Management, Young Researchers Club, Amlash & Roudsar Branch, Islamic Azad University, Roudsar. Iran.
3- Assistant Professor Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan. Iran.
4- Lecturer Faculty of Para Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, R. Iran.
5- BS of Midwifery, Kashan Shahid Beheshti Hospital. Kashan. Iran.

Iranian Nursing Scientific Association

Journal Of Health Promotion Management

ISSN: 2251-8614 Vol.1 No.1 Winter 2012

- The effect of Emotional Intelligence education on job conflict in nurses.....85
Akhoondlotfali. P, Hosseini. M.A, Khankeh. H.R, Fallahi Khoshknab. M, Hoseinzade S

- Correlation of self- efficacy of nurses to deal with unexpected events with the demographic characteristics of the nurses.....86
Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan S

- The survey of physical activities in women lectures of university: Development, validation and use of 'Time Diary of Adult Physical Activity'.....87
Esmaieli R, Hossinie M, Yaghmaei F

- Effect of Peer Support Groups on promotion of Physical Health Status in Multiple Sclerosis: Testing Reed's Self-Transcendence Theory.....88
Jadid Milani M, Ashktorab T, Abed Saeedi Z, Alavi Majd H

- Correlation between nurses' communication skills and inpatient service quality in the hospitals of Kashan University of Medical Sciences.....89
Nasiripour AA, Saeidzadeh ZS M.A, Sabahi Bidgoli M

- Assessment on knowledge sources used in nursing practice.....90
Nikpeyma N, Izadi A

- Patient safety climate in medical centers of Kashan.....91
Sabahi-Bidgoli M, Shahri S, Kebriaei A, Seyyedi S H, Sarafraz Z

- Challenges and opportunities of doctorate of nursing graduates in clinical settings.....92
Feizalahzadeh H, Hassani P