

بررسی عوامل مؤثر بر جو ایمنی بیمار در بیمارستان‌های نظامی

روح ا... زابلی^۱، عباس عباس زاده^۲، *مصطفی شهابی نژاد^۳

چکیده

مقدمه: بهبود وضعیت ایمنی بیمار یک ضرورت جهانی است و یکی از مؤلفه‌هایی که نقش مهمی در ارتقاء سطح ایمنی بیمار در بیمارستانها دارد، جو ایمنی بیمار است. هدف از انجام این پژوهش شناسایی عوامل مؤثر بر جو ایمنی بیمار در بیمارستان‌های نظامی کرمان است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه تحلیلی با استفاده از تحلیل عاملی است که در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان‌های نظامی کرمان انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل ۲۰۰ نفر از کارکنان پرستاری در بیمارستان‌های مذکور بوده است. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه بود. معیار روش تحلیل داده‌ها، تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بود.

یافته‌ها: ۹ مؤلفه مؤثر بر جو ایمنی بیمار در بیمارستان‌های نظامی استخراج شد که عبارتند از نگرش سرپرستان، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، پاسخ غیر تنبیهی به خطا، همکاری تیمی، ایمنی مراقبت‌های پزشکی، بار کاری، مدیریت خطا، توانمندسازی کارکنان و ارتباطات.

بحث و نتیجه‌گیری: ابعاد جو ایمنی بیمار در محیط‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد و میزان تأثیر هر یک از ابعاد بر جو ایمنی بیماران در بیمارستان‌ها نیز متفاوت است.

کلمات کلیدی: بیمارستان نظامی، پرستار، ایمنی بیمار

(سال بیستم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۷، مسلسل ۶۳)
تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۳

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا
تاریخ دریافت: ۹۶/۶/۵

۱. دانشیار، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج).
دانشکده بهداشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
۲. استاد، تهران، ایران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،
دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری داخلی و جراحی
۳. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی،
تهران، ایران، مرکز تحقیقات کاربردی معاونت بهداشت،
امداد و درمان ناجا (* مؤلف مسئول)

مقدمه

امروزه به دلیل افزایش آسیب بیماران بستری، ایمنی بیماران به طور ویژه‌ای، مورد توجه واقع و تبدیل به یک اولویت مهم در نظام سلامت شده است [۱، ۲]. ایمنی بیمار به عنوان یکی از عوامل اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های سلامت است [۳]. برآورد می‌شود که ۱۰-۵٪ هزینه‌های مربوط به سلامت ناشی از خدمات بالینی غیر ایمن است که باعث آسیب بیماران می‌شوند [۴].

یکی از مؤلفه‌هایی که نقش مهمی در ارتقاء سطح ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها دارد، جو ایمنی بیمار است و به سطح درک شده‌ای از ایمنی بیمار در مکان و زمان خاصی اشاره دارد [۵]. جو ایمنی بیمار درک و برداشت کارکنان را از وضعیت ایمنی بیمار در یک مقطع زمانی خاص نشان می‌دهد و با عوامل محیطی و وضعیتی همراه است، تحت تأثیر شرایط موجود است و ضمن موقتی و سطحی بودن، مستعد تغییر نیز هست [۶، ۷]. از آنجا که ایمنی بیمار پایه و اساس کیفیت مراقبت‌های درمانی است، وجود جو ایمنی قوی یک شرط لازم برای مراقبت اطمینان بخش از بیمار در بیمارستان‌ها است [۸].

نتایج مطالعات نشان داده است، بیمارستان‌هایی که جو ایمنی بهتری دارند کیفیت خدمات بهتری دارند و میزان آسیب به بیمار در آنها کمتر است [۹]. وجود جو ایمنی بیمار مناسب در یک مرکز درمانی، از میزان خطاها و اثرات مضر آنها در بیمارستان می‌کاهد [۱۰]. امروزه تقویت جو ایمنی به عنوان یک استراتژی لازم برای بهبود ایمنی بیماران شناخته شده است [۱۱] و تأثیر استفاده از شاخص‌های پیشگیرانه^۱ نظیر تقویت جوایمنی بیمار و مشاهده رفتارها که بر فعالیتهای جاری ایمنی تأکید دارند، مورد توجه قرار گرفته است که می‌تواند در دستیابی به اثرات اجرای برنامه‌های ایمنی بیمار، در بیمارستان‌ها کمک کننده باشد [۱۲، ۱۳]. چرا که نتایج مطالعات

نشان داده است جو ایمنی بیمار قوی باعث بهبود رفتارهای کارکنان مراکز درمانی خواهد شد [۱۴].

نتایج مطالعه کولا^۲ نشان می‌دهد که پنج عامل مدیریت و رهبری، سیاست‌ها و رویه‌ها، کارکنان، ارتباطات و گزارش دهی خطا بر جو ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها تأثیرگذار است [۱۵]. در راستای ارائه خدمات سلامت به بیماران، بیمارستان‌های نظامی نیز نه تنها مسئول حفظ و بهبود سلامت نیروهای مسلح هستند، بلکه این بیمارستان‌ها خدمات بهداشتی برای همه اعضای جامعه فراهم می‌نمایند و با توجه به مأموریت و استراتژی سازمان‌های نظامی، که به عنوان یک رهبر و پیشگام در تمام زمینه‌ها هستند، تأمین ایمنی بیماران و ارائه مراقبت سلامت به دور از آسیب و زیان بیماران یکی از اهداف اصلی این سازمان‌های مراقبت بهداشتی نظامی بوده که رسیدن به این هدف، با شناسایی نقاط ضعف و از بین بردن آنها امکان‌پذیر خواهد بود [۱۶].

در راستای همین اهداف، برای اولین بار در سال ۲۰۰۱ ارزیابی جو ایمنی بیماران با یک سازه سه بُعدی، به عنوان بخشی از یک استراتژی جامع برای بهبود ایمنی بیماران در تمامی مراکز درمانی نظامی آمریکا انجام شد. که ابعاد آن عبارت بودند از: (۱) تمایل کارکنان به گزارش خطا (۲) ارزیابی فرایند حل مشکل (۳) برداشت‌های کارکنان در مورد نگرانی مدیران برای ایمنی بیمار [۱۷].

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که در زمینه جو ایمنی بیمار در بیمارستان‌های نظامی در ایران پژوهشی انجام نشده است. این خلأ پژوهش در بیمارستان‌های نظامی و اهمیت موضوع ایمنی بیمار، نیاز به این پژوهش را ضروری دانسته تا ضمن شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر جو ایمنی بیمار، مدیران بیمارستان‌های نظامی با تکیه بر نقاط قوت، در جهت رفع نقاط ضعف خود در زمینه هر یک از ابعاد جو ایمنی بیمار تلاش نمایند.

1. Proactive
2. Colla

روش بررسی

این مطالعه از نوع تحلیلی است که با استفاده از تحلیل عاملی، از طریق مدل یابی معادلات ساختاری^۱ در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه مورد پژوهش، پرستاران بیمارستان‌های نظامی کرمان بود. انتخاب بیمارستان‌ها به صورت طبقه‌ای و پرستاران بخش‌ها به صورت تصادفی ساده انجام شد.

جهت تعیین حجم نمونه، براساس مدل یابی معادلات ساختاری، با استفاده از اصول تعیین حجم نمونه در تحلیل رگرسیون چند متغیری از فرمول ذیل استفاده شده است [۱۸، ۱۹]. $5q \leq n \leq 15q$. که در آن q تعداد گویه‌های پرسشنامه و n حجم نمونه است. حجم نمونه با توجه به این که تعداد گویه‌های پرسشنامه ۴۰ عدد بود ۲۰۰ نفر تعیین شد و سپس با استفاده از نمونه‌گیری سهمیه‌ای به نسبت تعداد پرستار شاغل در هر بیمارستان، حجم نمونه هر بیمارستان به تفکیک مشخص شد.

در این مطالعه برای شناسایی عوامل مؤثر بر جو ایمنی بیمار، از پرسشنامه محقق ساخته که مبنای آن پرسشنامه‌های مورد استفاده در مطالعات کودو [۲۰]، سکستون [۲۱] و بلنزر [۲۲] بود، استفاده شد. پرسشنامه دارای ۲ بخش بود که بخش اول مربوط به مشخصات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده (شامل ۹ سؤال) و بخش دوم شامل گویه‌های مرتبط با جو ایمنی بیمار (حاوی ۴۰ سؤال) بود. مقیاس پاسخگویی به پرسشنامه بر اساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت در نظر گرفته شد. نمره ۵ برای کاملاً موافق، نمره ۴ برای موافق، نمره ۳ برای نه موافق/نه مخالف، نمره ۲ برای مخالف و نمره ۱ برای کاملاً مخالف منظور شد.

جهت تعیین روایی صوری و محتوی پرسشنامه، از اساتید خبره و صاحب نظر در این زمینه استفاده شد. برای تعیین پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد ($\alpha=0/931$). معیار ورود پرستاران به پژوهش، داشتن سابقه فعالیت، حداقل به مدت یک سال و

کسانی که کار بالین برای بیماران انجام می‌دادند در نظر گرفته شد.

پرسشنامه توسط محقق در نوبت‌های کاری مختلف پس از کسب اطمینان در مورد داشتن رضایت آگاهانه پرستاران جهت تکمیل پرسشنامه با رعایت ملاحظات اخلاقی، در بیمارستان‌های مذکور توزیع و افرادی که حاضر به شرکت در مطالعه نبودند از مطالعه خارج شدند. به شرکت‌کنندگان در مطالعه در مورد این که پرسشنامه بدون نام و نشان تکمیل می‌گردد و محرمانه ماندن اطلاعات آن توضیحات لازم داده شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه آنها محفوظ و با اجازه مبادی ذیربط در راستای اهداف پژوهش از آنها استفاده خواهد شد. معیار روش تحلیل داده‌ها، تحلیل عاملی بود. ابتدا با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی ابعاد جو ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها شناسایی شدند و برای تفسیر و شناسایی عامل‌ها از روش چرخش واریماکس استفاده شد. سپس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی و بر اساس مدل یابی معادلات ساختاری، مدل مفهومی ترسیم و با انجام تحلیل عاملی تأییدی در طی چند مرتبه مدل ارائه و تأیید گردید. برای برازش مدل از شاخص‌های CFI، NNFI، NFI، GFI، AGFI، IFI و RMSEA استفاده شد. ضمن استفاده از آمار توصیفی و استنباطی، تحلیل مدل معادلات ساختاری در این روش به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ و LISREL نسخه ۸/۸ انجام گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۲۰۰ پرسشنامه توزیع شد که ۴ نفر تمایلی به شرکت در مطالعه نداشته و از ۱۹۶ پرسشنامه جمع‌آوری شده، تعداد ۱۸۰ پرسشنامه که به طور صحیح و کامل تکمیل شده بودند مورد بررسی قرار گرفت و نرخ پاسخگویی ۹۰٪ محاسبه گردید. بر اساس یافته‌های مطالعه، بیشترین رده سنی شرکت‌کنندگان مربوط به سنین ۲۵-۳۴ بوده که ۷۱/۴٪

جدول ۲- آزمون KMO و بارتلت برای تحلیل اکتشافی

شاخص کفایت نمونه KMO		۰/۷۶۷
آزمون کروی بودن بارتلت:	کای اسکوار	۴۲۰۰/۰۶۷
	df	۷۸۰
	مقدار p	<۰/۰۰۱

عامل‌ها (مکنون‌ها) شناسایی شدند. به عبارت دیگر داده‌ها در مجموعه کوچکتری از عامل‌ها خلاصه شدند. در واقع با انجام تحلیل عاملی اکتشافی، هدف کاهش داده‌ها و شناسایی ساختار بود. جهت انجام تحلیل عاملی اکتشافی ابتدا از این مسئله اطمینان حاصل شد که داده‌ها را می‌توان برای انجام تحلیل، مورد استفاده قرار داد و با استفاده از آزمون KMO^۱ از کفایت نمونه‌گیری اطمینان حاصل شد. برای اطمینان از مناسب بودن داده‌ها مبنی بر اینکه ماتریس همبستگی‌هایی که پایه تحلیل قرار می‌گیرند در جامعه برابر با صفر نیست از آزمون بارتلت^۲ نیز استفاده شده است. از آنجایی که سطح معنی‌داری آماره بارتلت برابر با صفر و کمتر از ۰/۰۵ است، فرض صفر رد و فرضیه یک تأیید می‌شود یعنی ساختار داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی مناسب است (جدول ۲).

با انجام تحلیل عاملی اکتشافی تعداد گویه‌ها به ۳۵ گویه کاهش پیدا نموده و تعداد ۹ عامل که دارای بردارهای ویژه بزرگتر از یک هستند شناسایی و در مدل باقی ماندند. همچنین در این جدول واریانس تجمعی برابر با ۷۰٪ است که نشان دهنده آن است که این ۹ عامل می‌توانند حدود ۷۰٪ واریانس متغیرها را توضیح دهند. لازم به ذکر است که میزان تبیین واریانس تجمعی در تحلیل عاملی اکتشافی بایستی بزرگتر از ۶۰٪ باشد.

آخرین خروجی در تحلیل عاملی اکتشافی جدول ماتریس چرخش یافته عاملی است. در این ماتریس مشخص گردید که کدام متغیر (سؤال) به کدام عامل مربوط است. با انجام تحلیل عاملی تأییدی در چند مرحله مشخص گردید که سؤالات مورد

شرکت‌کنندگان در این گروه قرار داشتند و ۷۰٪ شرکت‌کنندگان زن و ۷۹/۴٪ آنها متأهل بودند. ۶۱/۱٪ آنها به صورت رسمی استخدام بوده و از لحاظ نوع بخش، بخش‌های جراحی سهم بیشتری از پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش را به خود اختصاص داده‌اند (جدول ۱).

در ابتدا برای انجام تحلیل عاملی از ۴۰ متغیر مکنون یا عامل استفاده شد. که ابتدا با انجام تحلیل عاملی اکتشافی

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد	
سن	۱۵ - ۱۹	۱	۰/۶
	۲۰ - ۲۴	۸	۵
	۲۵ - ۲۹	۶۰	۳۵
	۳۰ - ۳۴	۶۲	۳۶/۴
	۳۵ - ۳۹	۳۵	۲۰
جنس	<۴۰ سال	۶	۳
	مرد	۵۴	۳۰
وضعیت تأهل	زن	۱۲۶	۷۰
	متأهل	۱۴۳	۷۹/۴
رده شغلی	مجرد	۳۷	۲۰/۶
	سرپرستار	۱۵	۸/۳
	پرستار	۱۳۰	۷۲/۲
	تکنسین	۱۴	۷/۸
وضعیت استخدام	بهبار	۲۱	۱۱/۷
	رسمی	۱۱۰	۶۱/۱
	پیمانی	۵	۲/۸
	قراردادی	۵۱	۲۸/۳
مدرک تحصیلی	وظیفه	۱۴	۷/۸
	دیپلم بیماری	۱۷	۹/۴
	فوق دیپلم	۳	۱/۷
بخش درمانی	لیسانس	۱۵۵	۸۶/۱
	فوق لیسانس	۵	۲/۸
	جراحی	۴۳	۲۳/۹
	داخلی	۲۱	۱۱/۷
	CCU	۱۴	۷/۸
	ICU	۱۸	۱۰
	NICU	۴	۲/۲
	اتاق عمل	۲۶	۱۴/۴
	اطفال	۱۰	۵/۶
	نوزادان	۹	۵
زنان و زایمان	۱۲	۶/۷	
اورژانس	۳۳	۱۲/۸	
جراحی	۴۳	۲۳/۹	
داخلی	۲۱	۱۱/۷	
CCU	۱۴	۷/۸	
ICU	۱۸	۱۰	
NICU	۴	۲/۲	

1. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

2. Bartlett's Test

جدول ۴- میزان بار عاملی ابعاد جو ایمنی بیمار در بیمارستان‌های نظامی

ردیف	مؤلفه	بار عاملی
۱	نگرش سرپرستان	۸/۸۹
۲	بار کاری	۵/۰۲
۳	پاسخ غیر تنبیهی خطا	۶/۰۸
۴	کار گروهی	۷/۱۶
۵	کیفیت و ایمنی مراقبت‌های پزشکی	۷/۳۷
۶	حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۵/۲۴
۷	مدیریت خطا	۷/۱۱
۸	توانمند سازی کارکنان	۶/۴۰
۹	ارتباطات	۶/۳۹

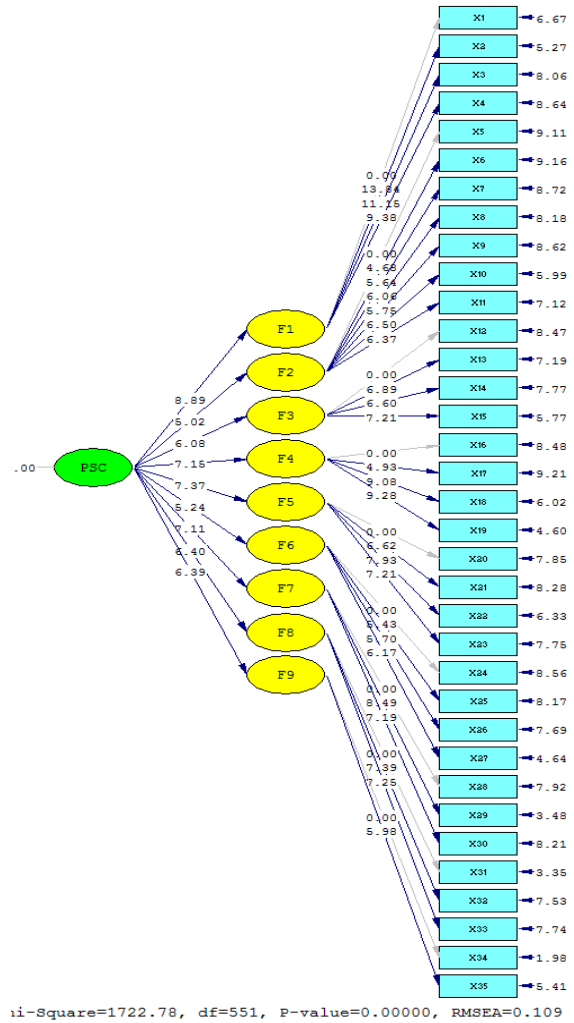
تیمی، کیفیت و ایمنی مراقبت‌های پزشکی بود. سپس بر اساس بار عاملی هر کدام از ابعاد، میزان تأثیر آنها در جو ایمنی بیمار سنجیده شد. (جدول ۴)

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که ۹ بُعد بر جو ایمنی بیمار در بیمارستان‌های نظامی تأثیرگذار است که نگرش سرپرستان دارای بیشترین بار عاملی و بار کاری دارای کمترین بار عاملی تأثیرگذار بر جو ایمنی بیمار هستند و در همین راستا مطالعه پینیهرو^۱ در بیمارستان‌های پرتغال نشان می‌دهد، عوامل تأثیرگذار در جو ایمنی بیمار در اتاق عمل، محیط کار تیمی، رضایت شغلی، ادراک مدیریت، شرایط کار و ارتباطات بین مشاغل مختلف هستند که شرایط کار و رضایت شغلی بیشترین تأثیر در جو ایمنی بیمار داشته‌اند [۲۳].

نتایج پژوهش معنی‌باشی و همکاران نشان داد بالاترین و پایین‌ترین عوامل تأثیرگذار در جو ایمنی بیمار به ترتیب مربوط به ابعاد «تعهد مدیریت نسبت به ایمنی» و «آگاهی کارکنان درباره موضوعات ایمنی» است [۲۴]. مطالعه السوس^۲ نیز نشان می‌دهد که در بیمارستان‌های فلسطین، ۶ عامل کار تیمی، رضایت شغلی، شناخت استرس، فرهنگ ایمنی، ادراک مدیریت و شرایط کار در نگرش ایمنی کارکنان تأثیرگذار است [۲۵].

و ننگ^۳ در مطالعه خود به اهمیت نقش سرپرستان و مدیران و تأثیر سازوکارهای آنان در تقویت جو ایمنی بیمار اشاره می‌کند



نمودار ۱- تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم در بیمارستان‌های نظامی

نظر از قدرت تبیین خوبی برخوردارند و سازه‌های استخراج شده از روایی لازم برخوردارند و همچنین رابطه بین سازه و بُعد و رابطه میان هر یک از ابعاد و مفهوم اصلی یعنی جو ایمنی بیمار مثبت و معنادار است. (نمودار ۱)

برای برازش مدل از چندین شاخص استفاده شد و مشخص گردید که مدل از برازش قابل قبولی برخوردار است و می‌توان نتیجه گرفت که مدل از دقت خوبی برخوردار بوده و برازش مناسبی برای تحلیل فراهم آورده است. (جدول ۳)

ابعاد جو ایمنی بیمار شناسایی شده شامل حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، بار کاری، نگرش سرپرستان، پاسخ غیر تنبیهی به خطا، مدیریت خطا، ارتباطات، توانمند سازی کارکنان، همکاری

جدول ۳- شاخصهای برازش مدل معادلات ساختاری

شاخص	RMSEA	(χ^2/df)	GFI	AGFI	NFI	NNFI	CFI	IFI
مقدار	۰/۰۹	۲/۷۶	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۸۸	۰/۸۴	۰/۸۴	۰/۸۴

بر اساس نتایج مطالعه، مدیریت خطاهای گزارش شده نیز عاملی تأثیرگذار در جو ایمنی بیمار در بیمارستانهای نظامی شناخته شد. زیرا مدیران بایستی با انجام اقدامات مناسب شرایطی فراهم آورند تا گزارش خطای کاری پرستاران در محیط کارشان نمود پیدا کند و پرستاران به این باور برسند که گزارش خطای آنها موجب تغییرات مثبت در سیستم می‌شود [۳۲].

برنامه ایمنی بیماران^۴ که در تمامی مراکز پزشکی نظامی آمریکا به جهت افزایش ایمنی بیمار از سال ۲۰۰۱ به دستور فرمانده پزشکی ارتش این کشور اجرایی شده است نیز مشتمل بر ۹ بُعد است که عبارتند از: ۱) تعیین مدیر ایمنی بیمار در هر مرکز درمانی؛ ۲) تخصیص منابع برای تداوم اجرای برنامه ایمنی بیمار؛ ۳) تدوین استراتژی‌هایی برای ایجاد انگیزه کارکنان و تسهیل گزارش خطا و وقایع ایمنی بیماران؛ ۴) نظارت بر تمام فعالیت‌های ایمنی بیماران توسط کمیته تعیین شده؛ ۵) آموزش همه کارکنان در خصوص مسائل و مسئولیت‌های ایمنی بیماران، داشتن ارتباطات مؤثر و کار تیمی؛ ۶) تشویق و بازخورد به موقع به کارکنانی که مشکلات ایمنی را گزارش می‌نمایند؛ ۷) اطلاع رسانی به بیمار، در خصوص رویدادی که منجر به آسیب وی شده است توسط یک پزشک واجد شرایط؛ ۸) حمایت حرفه‌ای و عاطفی از کارکنانی که درگیر وقایع و رویدادهای ناگوار شده‌اند؛ و ۹) آموزش به ذینفعان مراکز درمانی نظامی در خصوص مسئولیت آنها در زمینه شناسایی مسائل ایمنی بیماران [۱۷].

هر چند در بیمارستان‌های نظامی مورد مطالعه ۹ بُعد تأثیرگذار بر جو ایمنی بیمار شناسایی شد ولی از بررسی مطالعاتی که در زمینه ارزیابی جو ایمنی انجام شده است این گونه برداشت می‌شود که ساختار عوامل سازنده جو ایمنی بیمار در فرهنگ‌ها یا محیط‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد. مهم آن است که مدیران بیمارستان‌ها بتوانند ابعاد مؤثر بر جو ایمنی بیمار را شناسایی و با تکیه بر نقاط قوت خود در جهت

و می‌گوید جهت تقویت جو ایمنی بیمار، تعهد مدیران و سرپرستان بایستی در حمایت از فعالیت‌هایی که ایمنی بیمار را ارتقاء می‌دهند نشان داده شود و در سیستم مدیریتی آنها اقدامات ایمنی در اولویت باشند [۲۶]. نتایج مطالعه نیکلایدس و دیمووا^۱ نیز با عنوان ارزیابی جو ایمنی بیمار در بیمارستانهای قبرس که با ۶ بُعد جو ایمنی بیمار را سنجیده است، نتایج نشان داده است که بیشترین امتیاز مربوط به بُعد رضایت شغلی و کمترین نمره مربوط به بُعد تشخیص استرس بوده است [۲۷].

نتایج مطالعات مشابه نشان می‌دهد که یکی از عوامل تأثیرگذار بر جو ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها «ساخت استرس» است [۲۸] چرا که وجود استرس در محیط کار پرستاران باعث کاهش کیفیت مراقبت‌های درمانی و به خطر افتادن زندگی بیماران می‌شود. هرچند فعالیت در بیمارستان‌های نظامی با توجه به وجود قوانین و مقررات نظامی، ساختار و سطح انتظارات، استرس و فشار روانی پرستاران را افزایش می‌دهد [۲۹]. در همین ارتباط دانیل^۲ می‌گوید برای بهبود جو ایمنی بیمار و نتایج مراقبت‌ها بایستی مداخلات سازمانی بر بهبود محیط کار پرستاران متمرکز شود [۳۰].

در بیمارستان‌های نظامی پرستاران از بُعد ارتباطات درک ضعیفی داشته‌اند، در حالی که یافته‌های حاصل از پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که ارتباط یک بخش اساسی در فعالیت‌های پزشکی بوده و عاملی مهم در پیشگیری از مخاطرات ایمنی بیماران محسوب می‌گردد، به طوری که ارتباط غیر مؤثر میان حرفه‌ای و مشکلات موجود در ارتباطات، یکی از دلایل عمده بروز عوارض ناخواسته و مشکلات قابل پیشگیری در مراقبت‌های سلامت است [۵]. مطالعه کودو^۳ و همکاران نیز در پرستاران ژاپنی نشان داده است که از دیدگاه پرستاران ارتباط با پزشکان در تأمین ایمنی بیمار مؤثر است و پرستاران آن را عامل مهمی در گزارش خطای خود و پیشگیری از اشتباهات می‌دانند [۳۱].

3. Kudo

4. Patient Safety Program

1. Nicolaidis & Dimova

2. Danielle

رفع نقاط ضعف خود تلاش نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را از مدیران بیمارستان‌های نظامی کرمان و کارکنانی که در این پژوهش شرکت نموده‌اند اعلام می‌دارند.
این مقاله برگرفته از پایان نامه به شماره ۳۴۰/۱۲/۵/۲۲۴/س که در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) به تصویب رسیده است.

نتایج نشان داد که مؤلفه‌های نگرش سرپرستان، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، پاسخ غیر تنبیهی به خطا، همکاری تیمی، کیفیت و ایمنی مراقبت‌های پزشکی، بار کاری، مدیریت خطا، توانمندسازی کارکنان و ارتباطات، بر جو ایمنی بیماران تأثیرگذار هستند و میزان تأثیر هر یک از ابعاد می‌تواند در محیط‌های مختلف، متفاوت باشد. لذا مدیران بایستی با توجه به نتایج این مطالعه و برنامه‌ریزی مناسب و اتخاذ رویکردهای لازم موجبات تأمین ایمنی بیماران را فراهم آورند.

References

1. Baghaee R, Nourani D, Khalkhali HR, Pirnejad H. Evaluating patient safety culture in personnel of academic hospitals in Urmia University of Medical Sciences in 2011. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2012; 10(2):155-164. [Persian]
2. Bahrami MA, Chalak M, Montazeralfaraj R, Dehghani Tafti A. Iranian nurses' perception of patient safety culture. *Iranian Red Crescent medical journal*. 2014; 16(4):1-9.
3. Zaboli R, Hasani M, Khalagi K, Bahadori M, 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. [Persian]
4. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: building a safer health system*: National Academies Press; 2000.
5. Zakerian A, Teymouri GH, Asghari M, Mohammadian F, Moradi F, Taheri MA, et al. Evaluation of patient safety climate in implementing clinical governance system. *Iranian safety science and technology journal*. 2015; 1(1):3-14. [Persian]
6. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*. 2013; 158(5 Pt 2):369-374.
7. Gehring K, Schwappach DLB, Battaglia M, Buff R, Huber F, Sauter P, et al. Safety climate and its association with office type and team involvement in primary care. *International journal for quality in health care*. 2013; 25(4):394-402.
8. Devriendt E, Van den Heede K, Coussement J, Dejaeger E, Surmont K, Heylen D, et al. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the safety attitudes questionnaire: an observational study. *International journal of nursing studies*. 2012; 49(3):327-337.
9. Nelson S, Stone PW, Jordan S, Pogorzelska M, Halpin H, Vanneman M, et al. Patient safety climate: variation in perceptions by infection preventionists and quality directors. *Interdisciplinary perspectives on infectious diseases*. 2011; 2011:1-7.
10. Rosen AK, Singer S, Shibe Z, Shokeen P, Meterko M, Gaba D. Hospital safety climate and safety outcomes: Is there a relationship in the VA? *Medical care research and review*. 2010; 67(5):590-608.
11. Benzer JK, Meterko M, Singer SJ. The patient safety climate in healthcare organizations (PSCHO) survey: short-form development. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2017; 23(4):853-859.
12. Zaheer S, Ginsburg L, Chuang Y-T, Grace SL. Patient safety climate (PSC) perceptions of frontline staff in acute care hospitals: examining the role of ease of reporting, unit norms of openness, and participative leadership. *Health care management review*. 2015; 40(1):13-23.
13. Zhu J, Li L, Zhao H, Han G, Wu AW, Weingart SN. Development of a patient safety climate survey for Chinese hospitals: cross-national adaptation and psychometric evaluation. *BMJ quality & safety*. 2014; 23(10):847-856.
14. Hessels AJ, Larson EL. Relationship between patient safety climate and standard precaution adherence: a systematic review of the literature. *The journal of hospital infection*. 2016; 92(4):349-362.
15. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality & safety in health care*. 2005; 14(5):364-366.
16. Bahadori M, Ravangard R, Yaghoubi M, Alimohammadzadeh K. Assessing the service quality of Iran military hospitals: joint commission international standards and Analytic Hierarchy Process (AHP) technique. *Journal of education and health promotion*. 2014; 3:98.

17. Doleman JS. Analysis of the MEDCOM patient safety climate survey: implications for implementation of the AMEDD patient safety program: U.S. Army Medical Department Center and School; 2002.
18. Raminmehrh H, Charsetad P. Quantitative research method using structural equation modeling (Lisrel software). 1st ed. Tehran: Termeh; 2013. [Persian]
19. Zaboli RA, Malmoun Z, Hassani M. Relationship of factors affecting the quality of teaching: structural equation modeling. *Education strategies in medical sciences*. 2014; 7(5):315-321. [Persian]
20. 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):158-165.
21. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC health services research*. 2006; 6:1-10.
22. Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey. *Health services research*. 2007; 42(5):1999-2021.
23. Pinheiro JPA, Sousa-Uva A. Safety climate in the operating room: translation, validation and application of the safety attitudes questionnaire. *Revista portuguesa de saúde pública*. 2016; 34(2):107-116.
24. Moghani Bashi Mansourieh E, Faraji Khiavi F, Ravanbakhsh M, HaghghiZade MH. Study of safety climate in rehabilitation clinics in Ahwaz city. *Journal of safety promotion and injury prevention*. 2015; 3(1):43-48. [Persian]
25. Elsous A, Akbarisari A, Rashidian A, Aljeesh Y, Radwan M, Abu Zaydeh H. Psychometric properties of an Arabic safety attitude questionnaire (Short form 2006). *Oman medical journal*. 2017; 32(2):115-123.
26. Weng S-J, Kim S-H, Wu C-L. Underlying influence of perception of management leadership on patient safety climate in healthcare organizations - a mediation analysis approach. *International journal for quality in health care*. 2017; 29(1):111-116.
27. Nicolaidis C, Dimova AS. Assessment of patient safety climate in accident and emergency departments in Cyprus. *Scripta scientifica salutis publicae*. 2015; 1(2):21-27.
28. Chakravarty A, Sahu A, Biswas M, Chatterjee K, Rath S. A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. *Medical journal, armed forces India*. 2015; 71(2):152-157.
29. Ghiasi AR, Ghaffari M, Shahabinejad M, Soltani Poorsheikh S, Barkhordar A, Davari M. A study of occupational stressors among the nurses in a military hospital. *Ebnesina*. 2017; 19(1):4-11. [Persian]
30. Olds DM, Aiken LH, Cimiotti JP, Lake ET. Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: a cross-sectional study. *International journal of nursing studies*. 2017; 74:155-161.
31. 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):70-79.
32. Zaboli R, Shahabinejad M, Ghiasi AR, Soltani Poorsheikh S. Identifying barriers of self-reported error by nurses in polices hospitals. *Journal of police medicine*. 2016; 4(4):235-244. [Persian]

Factors affecting the patient safety climate in military hospitals

Zaboli R¹, Abaszadeh A², *Shahibinejad M³

Abstract

Background: The improvement of patient safety is a universal necessity. Also, one of the components that plays an important role in improving the level of patient safety in hospitals is patient safety climate. The purpose of this study was to identify factors affecting the patient safety climate in the military hospitals of Kerman city, Iran.

Materials and methods: The present study was an analytical study, using a factor analysis model, conducted in 2015 in the military hospitals of Kerman. The sample size was 200 people of nursing staff in the mentioned hospitals. Data was collected through a questionnaire. The criterion for data analysis was an exploratory and confirmatory factor analysis.

Results: Nine effective factors on patient safety climate were extracted –including supervisors' attitudes, management support for patient safety, non-punitive responses to error, team collaboration, medical care safety, workload, error management, employee empowerment, and communications.

Conclusion: The dimensions of the patient safety climate can be different in the variety of environments and the impact of each dimension on that can be also varied in hospitals.

Keywords: Military Hospital, Nurse, Patient Safety

1. Associate professor, Department of health services management, Faculty of health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Professor, Department of internal-surgical nursing, Faculty of nursing and midwifery, Shahid Beheshty University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. MSc in health services management, Applied research center of IRI Police Force, Tehran, Iran.

(*Corresponding Author)
mostafa.sh.n2212@gmail.com