

## سنجش نگرش ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران بخش‌های اورژانس و مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سوگند تورانی<sup>۱</sup>، رحیم خدایاری زرنق<sup>۲</sup>، جلال عربلو<sup>۳</sup>

انور اسماعیلی<sup>۴</sup>، ساناز تقی‌زاده<sup>۳</sup>، امید خسروی زاده<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** ایمنی بیمار از اجزاء بسیار مهم کیفیت مراقبت‌های سلامت محسوب می‌شود و برای هر نظام مراقبت سلامتی که در پی بهبود کیفیت است اولویت دارد. این مطالعه با هدف تعیین نگرش پرستاران درخصوص ایمنی بیمار در بخش‌های اورژانس و مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. روش بررسی: مطالعه مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۲ انجام شد. ۲۳۷ نفر از پرستاران شاغل در دو بخش اورژانس و مراقبت‌های ویژه هفت بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران از طریق پرسش‌نامه نگرش ایمنی که روایی و پایایی آن به تائید رسیده بود، مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمون‌های آنوا و اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** ۲۴ درصد افراد مورد مطالعه نمره ایمنی ضعیف و نامناسب، ۴۹ درصد نمره ایمنی قابل قبول و ۲۷ درصد نمره ایمنی بسیار خوب و عالی به بخش شاغل در آن دادند. بالاترین امتیاز به بعد شناخت استرس، و پایین‌ترین امتیاز نیز به بعد ادراک مدیریت اختصاص داشت. تفاوت معناداری در دیدگاه پرستاران اورژانس و مراقبت‌های ویژه با ابعاد مختلف نگرش ایمنی بیمار مشاهده نشد. همه ابعاد پرسش‌نامه به‌جز بعد شناخت استرس، دارای همبستگی معناداری با دو پیامد مورد مطالعه بودند و مقدار آن بین  $r=0/01$  تا  $r=0/37$  قرار داشت.

**نتیجه گیری:** نیاز به درک عمیق نسبت به جو و فرهنگ ایمنی در بیمارستان از جانب سیاست‌گذاران در اجرای این خط‌مشی‌ها از سوی مدیران اجرایی در بیمارستان‌ها جهت نائل شدن به اثربخشی بالا در ارائه خدمات بالینی لازم و ضروری است.

**واژه‌های کلیدی:** نگرش ایمنی، بیمار، بیمارستان، بخش اورژانس، بخش مراقبت ویژه

\* نویسنده مسئول:

جلال عربلو؛

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی

تهران

Email:

Arabloo\_j64@yahoo.com

- دریافت مقاله: بهمن ۱۳۹۴ پذیرش مقاله: اردیبهشت ۱۳۹۵

### مقدمه

ایمنی بیمار جزء بسیار مهم کیفیت در مراقبت‌های سلامت محسوب می‌شود و برای هر نظام مراقبت سلامت که در پی تضمین و بهبود کیفیت مراقبت است، در دستور کار قرار دارد (۱ و ۲).

<sup>۱</sup> دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد

بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد مدیریت بهداشت و درمان، گروه مدیریت بهداشت و درمان، دانشکده

بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

<sup>۴</sup> دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات

بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران،

تهران، ایران

نظارتی و یا سایر الزامات صورت گیرد (۱۲). از سوی دیگر، پرستاران بزرگترین گروه نیروی کار حوزه سلامت و بیمارستان‌ها را تشکیل می‌دهند، و در نتیجه نقش کلیدی در پایش کیفیت مراقبت از بیمار و پیشگیری از مداخله در اشتباهات را بر عهده دارند (۱۳). آنها اغلب آخرین مانع قربانی شدن بیماران تلقی می‌شوند (۱۴). نتایج یک بررسی سیستماتیک درباره‌ی اثر محیط پرستاری بیمارستان بر روی مرگ و میر بیماران نشان داد که چندین جنبه از محیط‌های پرستاری؛ به عنوان مثال، روابط بین حرفه‌ای و توسعه حرفه‌ای، با مرگ و میر بیماران ارتباط دارند (۱۵). محیط پرستاری پیچیده و مستعد به خطا است (۱۶). بهبود ایمنی بیماران، نیازمند تعهد سازمانی پرستاران به هوشیاری برای درک خطاهای احتمالی و تشخیص، تجزیه و تحلیل، و اصلاح اشتباهات در زمانی است که رخ می‌دهند (۱۷). بنابراین، نگرش پرستاران نسبت به مقوله ایمنی بیمار و اجزای آن بسیار مهم است.

با توجه به اهمیت موضوع سنجش فرهنگ ایمنی، اهمیت آن به عنوان یکی از راهبردهای اصلی ایمنی بیمار، و چالش‌های فراروی پیاده‌سازی نظام حاکمیت بالینی و انجام مطالعات علمی و ساختارمند در مورد فرهنگ ایمنی بیمار، این مطالعه با هدف تعیین نگرش پرستاران درخصوص ایمنی بیمار در بخش‌های اورژانس و مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

### روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع

مطالعات متعدد در کشورهای مختلف نشان داده است که بین ۲/۹ تا ۱۶/۶ درصد از بیماران در بیمارستان‌های مراقبت حاد، حداقل یک حادثه نامطلوب را تجربه می‌کنند (۹-۳). تقریباً ۵۰ درصد از حوادث نامطلوب، قابل پیشگیری تلقی می‌شود. اعتقاد بر این است که به منظور بهبود کیفیت و ایمنی در مراقبت‌های سلامت، بیمارستان‌ها در کنار طراحی مداخلات ساختاری باید یک فرهنگ ایمنی بیمار در میان کارکنان خود ایجاد کنند (۱۰). موسسه پزشکی ایالات متحده آمریکا (IOM یا Institute of Medicine) اعلام کرد که اگر فرهنگ ایمنی در بیمارستان حاکم باشد؛ به طوری که در آن عوارض جانبی را بتوان بدون سرزنش گزارش داد، و فرصت یادگیری از اشتباهات و بهبود به منظور جلوگیری از خطاهای انسانی و سیستمی در آینده وجود داشته باشد، منجر به ارتقا ایمنی بیمار می‌شود. بنابراین، اگر بیمارستان‌ها بخواهند ایمنی بیمار را بهبود دهند، درک بیشتر در مورد فرهنگ ایمنی بیمار حائز اهمیت است (۱۱). فرهنگ ایمنی بیماران به عنوان زیرمجموعه‌ای از فرهنگ سازمانی است که با ارزش‌ها و باورهای مربوط به ایمنی بیمار در سازمان‌های مراقبت سلامت ارتباط دارد. به منظور ایجاد یک فرهنگ ایمنی در یک سازمان مراقبت سلامت، گام اول ارزیابی فرهنگ فعلی است. اجرای اقدامات و احتیاط‌های ایمنی بدون انجام یک ارزیابی مناسب می‌تواند باعث افزایش هزینه‌ها و نیز خطرات جدید و غیرمنتظره گردد. ارزیابی فرهنگ ایمنی می‌تواند به منظور تشخیص فرهنگ ایمنی و ارتقای سطح آگاهی، ارزیابی اقدامات ایمنی بیمار و ردیابی تغییر در طول زمان، مقایسه‌های درون و بیرون سازمانی، تحقق الزامات تنظیمی،

بیمارستان و مدیریت بخش یا واحد بالینی را می‌سنجد (در کل ۳۴ سؤال). این پرسش‌نامه شش بعد را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از: جو کار تیمی (سوالات ۱-۶)، جو ایمنی (سوالات ۷-۱۳)، رضایت شغلی (سوالات ۱۵-۱۸)، شناخت استرس (سوالات ۱۹-۲۲)، نگرش نسبت به حمایت مدیریت بیمارستان و بخش از ایمنی بیمار (سوالات ۲۳-۲۶)، و شرایط کاری (سوالات ۲۷، ۲۸، ۳۲، ۳۳ و ۳۴). در ضمن سؤالات شماره ۲ و ۱۱ دارای بار معنایی معکوس هستند. در این پرسش‌نامه برای به دست آوردن نظرات پاسخ‌دهندگان از مقیاس ۵ رتبه‌ای لیکرت استفاده شد که در آن ۱ به معنی کاملاً مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = نظری ندارم، ۴ = موافقم و ۵ کاملاً موافقم بود. در مطالعه حاضر ابتدا پرسش‌نامه به زبان فارسی برگردانده شد و به منظور تأیید روایی ترجمه آن از مشورت علمی چهار استاد با تخصص مدیریت بهداشت و درمان و سیاست‌گذاری استفاده شد. پس از اعمال تغییرات لازم و تأیید نهایی، پرسش‌نامه‌های مورد نظر به صورت آزمایشی بین ۳۰ نفر از اعضای جامعه که در نمونه پژوهش حضور نداشتند، به صورت تصادفی و در ۲ نوبت به فاصله زمانی ۱۰ روز توزیع و پس از جمع‌آوری، پایایی پرسش‌نامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ تعیین شد. همچنین آلفای کرونباخ برای ابعاد جو کار تیمی ۰/۷۰، جو ایمنی ۰/۷۱، رضایت شغلی ۰/۸۲، شناخت استرس ۰/۶۹، برداشت در مورد مدیریت ۰/۷۲، و شرایط کاری برابر ۰/۷۵ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون ANOVA جهت مقایسه میانگین نمرات پرستاران بخش اورژانس و مراقبت‌های ویژه، و از آزمون همبستگی Spearman نیز برای بررسی

کاربردی و مقطعی بود که در سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس و مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های تخصصی و فوق‌تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تهران به تعداد ۱۵ بیمارستان، شامل ۷ بیمارستان تخصصی و فوق‌تخصصی بود که به صورت هدفمند و بر اساس بزرگی، نزدیکی جغرافیایی و همکاری مناسب با پژوهشگر انتخاب شد و کلیه پرستاران شاغل در این مراکز که حداقل به مدت شش ماه در بخش‌های اورژانس و مراقبت‌های ویژه مشغول بودند به عنوان نمونه‌های پژوهش وارد مطالعه شد. با توجه به این که در مطالعات مختلف، حجم نمونه مورد نظر برای استفاده در تحلیل عامل تأییدی را به ازای هر پارامتر (سؤال پرسش‌نامه) ۵ تا ۲۰ عدد توصیه کرده‌اند (۱۸)، و با عنایت به اینکه پرسش‌نامه مطالعه حاضر که مشتمل بر ۳۴ سؤال بود، حجم نمونه‌ای معادل ۱۷۰ نفر انتخاب شد (۵ عدد نمونه به ازای هر پارامتر). تعداد نمونه‌های پژوهش با این روش حدود ۳۴۰ نفر (۱۷۰ نفر پرستار بخش اورژانس و ۱۷۰ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه) بود. از آنجا که درصد پاسخگویی نمونه پژوهش در مطالعه حاضر ۷۰ درصد بود، لذا تعداد کل شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۳۷ نفر تعیین گردید. داده‌های مطالعه به وسیله پرسش‌نامه نگرش ایمنی (SAQ) یا (Safety Attitudes Questionnaire) جمع‌آوری شد. این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۶ توسط Sexton و همکاران (۱۹) طراحی گردید و تاکنون بارها برای ارزیابی نظرات کارکنان بیمارستان در نقاط مختلف دنیا مورد استفاده قرار گرفته است. پرسش‌نامه مذکور دارای ۳۰ سؤال است. ۴ سؤال از ۳۰ سؤال پرسش‌نامه به ۲ سؤال فرعی تقسیم می‌شوند و دیدگاه مدیریت

### یافته‌ها

تعداد کل شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۳۷ نفر بود. ۸۵ نفر (۳۶٪) از پرستاران بخش اورژانس و ۱۵۲ نفر (۶۴٪) از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه تشکیل‌دهنده تعداد و درصد نمونه پژوهش بودند. از نظر سابقه کاری تعداد ۱۳۲ نفر (۵۶٪) زیر ۵ سال، تعداد ۷۱ نفر (۳۰٪) سابقه کاری بین ۶ تا ۱۰ سال، تعداد ۳۰ نفر (۱۲/۵٪) سابقه کاری بین ۱۱ تا ۲۰ سال، و تعداد ۴ نفر (۱/۵٪) نیز دارای سابقه کاری بالای ۲۰ سال بودند.

همبستگی بین ابعاد پرسشنامه نگرش ایمنی (شامل جو کار تیمی، جو ایمنی، رضایت شغلی، شناخت استرس، برداشت در مورد مدیریت و شرایط کاری) با یکدیگر و با متغیرهای پیامد (نمره کلی ایمنی بیمار در بیمارستان و بخش‌ها) استفاده شد. پژوهشگران پس از کسب مجوزهای لازم از بیمارستان‌ها اقدام به توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه نمودند. شرکت در پژوهش اختیاری بود و تکمیل پرسش‌نامه توسط نمونه‌های پژوهش به منزله رضایت آنها برای شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد.

### جدول ۱: توزیع فراوانی نمره‌دهی نگرش پرستاران مورد مطالعه از نظر وضعیت ایمنی بیمار در بخش‌های شاغل در آن

نمره کلی ایمنی بیمار	بخش		بیمارستان	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
عالی	۱۹	۸	۱۱	۵
بسیار خوب	۴۴	۱۹	۳۶	۱۵
قابل قبول	۱۱۷	۴۹	۱۱۶	۴۹
نامناسب	۴۰	۱۷	۵۳	۲۲
ضعیف	۱۷	۷	۲۱	۹
کل	۲۳۷	۱۰۰	۲۳۷	۱۰۰

بیمارستان و بخش کاری خود را قابل قبول تا عالی توصیف کردند. اگرچه ۲۴ و ۳۱ درصد آنها نیز نمره ایمنی بخش کاری و بیمارستان خود را ضعیف یا نامناسب ذکر کردند.

جدول ۱ توزیع فراوانی نمره‌دهی نگرش افراد مورد مطالعه از نظر وضعیت ایمنی بیمار در بیمارستان و بخش شاغل در آن را نشان می‌دهد. بر این اساس، به ترتیب ۷۶ و ۶۹ درصد افراد مورد نظر، نمره ایمنی

## جدول ۲: مقایسه امتیازات ابعاد مختلف نگرش ایمنی از دیدگاه پرستاران بیمارستان‌های مورد مطالعه

ابعاد	بخش	میانگین	انحراف معیار	P value
نگرش نسبت به حمایت مدیریت بیمارستان و بخش از ایمنی بیمار	اورژانس	۳/۰۳	۰/۶۹	۰/۳۵۴
	مراقبت‌های ویژه	۲/۹۴	۰/۷۵	
	کل	۲/۹۷	۰/۷۳	
شناخت استرس	اورژانس	۳/۹۱	۰/۸۰	۰/۱۹۳
	مراقبت‌های ویژه	۳/۷۵	۰/۹۹	
	کل	۳/۸۰	۰/۹۳	
شرایط کاری	اورژانس	۳/۱۳	۰/۷۸	۰/۴۱۴
	مراقبت‌های ویژه	۳/۰۴	۰/۸۱	
	کل	۳/۰۷	۰/۸۰	
رضایت شغلی	اورژانس	۳/۲۳	۰/۸۵	۰/۳۲۶
	مراقبت‌های ویژه	۳/۱۰	۱/۰۱	
	کل	۳/۱۵	۰/۹۵	
جو کار تیمی	اورژانس	۳/۱۸	۰/۶۶	۰/۸۰۰
	مراقبت‌های ویژه	۳/۱۵	۰/۷۷	
	کل	۳/۱۶	۰/۷۳	
جو ایمنی	اورژانس	۳/۰۸	۰/۶۵	۰/۴۳۴
	مراقبت‌های ویژه	۳/۱۶	۰/۷۴	
	کل	۳/۱۳	۰/۷۱	

و پایین‌ترین امتیاز (۲/۹۷ از ۵) نیز به بعد ادراک مدیریت اختصاص دارد. یافته‌های حاصل از آزمون ANOVA در این جدول نشان می‌دهد تفاوت معناداری در نگرش پرستاران بخش اورژانس در مقایسه با مراقبت‌های ویژه در مورد ابعاد مختلف ایمنی در بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی مورد مطالعه مشاهده نشد.

جدول ۲ یافته‌های مربوط به شناسایی ابعاد مختلف ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران بخش اورژانس و مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی مورد مطالعه را نشان می‌دهد. یافته‌های جدول نشان می‌دهد بالاترین (۳/۸۰) از ۵) امتیاز به بعد شناخت استرس اختصاص دارد

**جدول ۳: یافته‌های مربوط به تصیین همبستگی بین نمرات ابعاد مختلف ایمنی بیمار و پیامدهای مورد مطالعه (نمره کلی ایمنی بیمار در بیمارستان و بخش)**

ابعاد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
نگرش نسبت به مدیریت بخش و بیمارستان	۱							
جو ایمنی	**۰/۴۷	۱						
جو کار تیمی	**۰/۴۹	**۰/۶۴	۱					
رضایت شغلی	**۰/۴۷	**۰/۴۳	**۰/۴۸	۱				
شرایط کاری	**۰/۶۴	**۰/۳۲	**۰/۳۶	**۰/۳۴	۱			
شناخت استرس	**۰/۲۰	*-۰/۱۶	-۰/۰۶	**۰/۲۲	*-۰/۱۵	۱		
پیامد: نمره کلی ایمنی بیمار در بیمارستان	**۰/۳۰	**۰/۴۱	**۰/۳۳	**۰/۲۸	**۰/۲۷	-۰/۰۶	۱	
پیامد: نمره کلی ایمنی بیمار در بخش	**۰/۲۹	**۰/۳۳	**۰/۳۷	**۰/۲۷	**۰/۳۰	-۰/۰۱	**۰/۸۱	۱

N=۲۳۷

ابعاد ۱ تا ۶ عوامل پیشگویی‌کننده و آیتم‌های ۷ و ۸ پیامدها هستند.

علامت \* نشان‌دهنده معناداری همبستگی در سطح ۰/۰۵ و علامت \*\* نشان‌دهنده معناداری در سطح ۰/۰۱ است (دوطرفه).

بخش‌ها (۸۵ پرستار بخش اورژانس و ۱۵۲ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه) انجام شد. یافته‌های مطالعه در خصوص وضعیت ایمنی بیمار هر یک از بخش‌های بستری در مراکز آموزشی درمانی نشان داد ۴۹ درصد از افراد مورد مطالعه، وضعیت ایمنی بیمار را قابل قبول و ۷ درصد از آن‌ها وضعیت ایمنی بیمار را ضعیف دانسته‌اند و بالاترین امتیاز به بعد شناخت استرس و پایین‌ترین امتیاز به بعد ادراک مدیریت و شرایط کاری اختصاص دارد. در مطالعه Wendy و همکاران در استرالیا نیز دو بعد ادراک مدیریت و شرایط کاری نتیجه مشابه با یافته‌های ما کسب کرده بودند (۲۰). در کل در پرسش‌نامه نگرش ایمنی، همه ابعاد به جز بعد شناخت استرس در مقیاس ۵ امتیازی دارای امتیاز زیر ۳/۷۵ (۷۵ درصد امتیازات) بودند.

در جدول ۳ نتایج حاصل از آزمون همبستگی Spearman نشان می‌دهد که همه ابعاد پرسش‌نامه به جز بعد شناخت استرس دارای همبستگی معناداری با دو پیامد مورد مطالعه بودند. مقدار همبستگی برای ابعاد پرسش‌نامه نگرش ایمنی و نمره ایمنی بیمارستان بین  $I=۰/۰۶$  تا  $I=۰/۴۱$  و برای ابعاد پرسش‌نامه و نمره ایمنی بخش بیمارستانی بین  $I=۰/۰۱$  تا  $I=۰/۳۷$  قرار داشت.

### بحث

مطالعه حاضر به منظور سنجش ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران بخش اورژانس و مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های تخصصی و فوق‌تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تهران بر روی ۲۳۷ نفر از پرستاران این

توجه به محیط کار و نوع فعالیت آن‌ها در مورد ایمنی بیمار متفاوت بود (۲۴).

همچنین، در این مطالعه همبستگی بین نمرات ابعاد مختلف نگرش ایمنی بیمار نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد همه ابعاد پرسش‌نامه به جز بعد شناخت استرس دارای همبستگی معناداری با دو پیامد مورد مطالعه بودند. یافته‌های ما در مورد همبستگی بین ابعاد مختلف ایمنی بیمار با پیامدهای مورد مطالعه که توسط دیگر افراد گزارش شده است، دارای کاربردهای عملی است. توجه به همبستگی‌ها باعث می‌شود به هنگام بهبود جنبه‌های ایمنی بیمار در بیمارستان، بیشتر بر روی جنبه‌هایی تمرکز شود که همبستگی بیشتری با پیامدهای مدنظر داشته و پیش‌بینی‌کننده بهتری در مورد این پیامدها باشند. همچنین باعث می‌شود به هنگام انجام بررسی‌های مربوط به فرهنگ ایمنی بیمار در ارتباط با پیامدهای مورد نظر، ابعاد مربوط به آن ابزار با دقت بیشتری انتخاب شود. شناسایی ابعاد مختلف از ابزارهای متفاوت پژوهش که همبستگی بیشتر و پیشگویی‌کننده بهتری در مورد پیامدهای مورد علاقه برنامه‌ریزان در بیمارستان هستند، سبب می‌شود که این افراد مداخلات خود را جهت بهبود آن پیامدها بر روی ابعاد انتخابی متمرکز کنند. بسیاری از ابزارهای سنجش جو ایمنی و نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر در رابطه با پیامدهای دیگر و سایر ابزارها وجود دارد تا بتوان تمامی نقاط قوت و ضعف پرسش‌نامه مطالعه حاضر را روشن کرد (۲۵ و ۲۶).

برخی از محدودیت‌های مطالعه حاضر عبارت است از اینکه در مطالعه حاضر تنها به بررسی دیدگاه پرستاران در زمینه جو و فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دولتی پرداخته شد. بنابراین امکان

نمرات بالاتر از ۳/۷۵ به‌عنوان نگرش مثبت به ایمنی در نظر گرفته شد. این بعد به پذیرش این که عملکرد تحت تأثیر عوامل استرس‌زا قرار می‌گیرد مربوط می‌شود. در دیگر مطالعات این بعد مثبت نبوده است (۲۱ و ۲۲).

این در حالی است که در مطالعه Raftopoulos و همکاران که در مراکز زایمان بر روی ماماها انجام شده است، بالاترین امتیاز به ترتیب به ابعاد کار گروهی، جو ایمنی، رضایت شغلی و شرایط کاری اختصاص یافته است (۲۳) که نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. نتایج مطالعه‌ای دیگر نیز که در این حوزه در بخش‌های مراقبت ویژه در استرالیا انجام شد نشان داد بیشترین امتیاز برای کارگروهی و کمترین امتیاز برای ادراک مدیریت و شرایط کار بود (۲۰) که نشان می‌دهد در بعد ادراک مدیریت این نتایج با مطالعه حاضر همسو است.

از دیگر اهداف پژوهش، مقایسه دیدگاه پرستاران بخش اورژانس و مراقبت‌های ویژه در مورد ابعاد مختلف جو ایمنی در مراکز آموزشی و درمانی مورد مطالعه بود که نتایج نشان می‌دهد تفاوت معناداری در دیدگاه پرستاران بخش اورژانس در مقایسه با دیدگاه پرستاران مراقبت‌های ویژه در مورد ابعاد مختلف ایمنی بیمار در بیمارستان‌های تخصصی و فوق‌تخصصی مورد مطالعه وجود ندارد؛ بدین معنی که محل کار پرستاران و نوع فعالیت آن‌ها در بخش‌های درمانی مذکور در دیدگاه آن‌ها در مورد ابعاد مختلف ایمنی بیمار تأثیر ندارد. این در حالی است که در مطالعه Pronovost و همکاران در بیمارستان Johns Hopkins آمریکا، به طور کلی پرستاران نسبت به پزشکان ادراک مثبت‌تری از ایمنی بیمار داشتند و دیدگاه پزشکان نسبت به پرستاران با

به درک عمیق نسبت به جو و فرهنگ ایمنی در بیمارستان از جانب سیاست‌گذاران باید در رأس تصمیم‌گیری مدیران ارشد در بیمارستان‌ها جهت رسیدن به اثربخشی خدمات بالینی قرار گیرد. در پایان پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی دیدگاه سایر کارکنان بیمارستان از قبیل پزشکان نیز مورد بررسی قرار گیرد، و در بیمارستان‌های دارای تخصص‌ها و مالکیت‌های مختلف چنین مطالعاتی صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب با کد ۱۹۳۸۵ است که توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران حمایت مالی شده است.

تعمیم یافته‌های مطالعه حاضر به پرستاران شاغل در سایر بیمارستان‌ها از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه جمع‌آوری اطلاعات از طریق خود ارزیابی بود که ممکن است که در یافته‌های پژوهش تورش ایجاد کند.

### نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر بیشتر افراد مورد مطالعه وضعیت ایمنی بیمار را در حد قابل قبول توصیف کرده‌اند. این در حالی است که در مطالعات دیگر در سطح کشور نیز وضعیت ایمنی غالباً در حد متوسط ارزیابی شده است. در نهایت با توجه به اهمیت داشتن ایمنی ارائه خدمات درمانی به بیماران و رعایت فرهنگ ایمنی بیمار توسط کارکنان بیمارستان‌ها، نیاز

### منابع

1. Westat R, Sorra J, Famloaro T, Dyer N, Nelson D & Khanna K. Hospital survey on patient safety culture: 2010 user comparative database report (publication no. 10-0026). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010: 15.
2. World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programme. Available at: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf). 2005.
3. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care* 2000; 38(3): 261-71.
4. Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitals: a retrospective study of medical records (In Danish). *Ugeskr Laeger* 2001; 163(39): 5370-8.
5. Vincent C, Neale G & Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal* 2001; 322(7285): 517-9.
6. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A & Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact. *The New Zealand Medical Journal* 2002; 115(1167): 271.
7. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown, A, Cox J, et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004; 170(11): 1678-86.



8. Michel P, Quenon JL, De Sarasqueta AM & Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *British Medical Journal* 2004; 328(7433): 199.
9. Zegers M, Bruijne MCD, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Quality and Safety in Health Care* 2009; 18(4): 297-302.
10. Smits M, Christianns-Dingelhoff I, Wagner C, Van der Wal G & Groenewegen WP. The psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture in Dutch hospitals. *Bio Med Central Health Services Research* 2008; 8(1): 230.
11. Xuanyue M, Yanli N, Hao C, Pengli J & Mingming Z. Literature review regarding patient safety culture. *Journal of Evidence-Based Medicine* 2013; 6(1): 43-9.
12. Ebadifard Azar F, Rezapoor A, Tanoomand Khoushehmeh A, Bayat R, Arabloo J & Rezapoor Z. Study of patients' safety culture in selected training hospitals affiliated with Tehran university of medical sciences. *Hospital* 2012; 11(2): 55-64[Article in Persian].
13. Henry B. Quality of care, health system errors, and nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(4): 773-5.
14. Hughes RG & Clany CM. Working conditions that support patient safety. *Journal of Nursing Care Quality* 2005; 20(4): 289-92.
15. Kazanjian A, Green C, Wong J & Reid R. Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy* 2005; 10(2):111-7.
16. Reason J. Human error: models and management. *British Medical Journal* 2000; 320(7237): 768-70.
17. Institute of Medicine. Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses. Washington, DC: National Academies Press; 2004: 31-7.
18. Khalesi N, Arabloo J, Khosravizadeh O, Taghizadeh S, Heyrani A & Ebrahimian A. Psychometric properties of the Persian version of the "hospital ethical climate survey". *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2014; 7(1): 15.
19. 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. *Bio Med Central Health Services Research* 2006; 6(1): 44.
20. Wendy C, Chamberlain D, Hewson-Conroy K, Grealy B, Elderkin T, Brittin M, et al. Safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. *American Journal of Critical Care* 2013; 22(2): 93-102.
21. Raftopoulos V & Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *Journal of Critical Care* 2013; 28(1): 51-61.
22. Tabibi J, Nasiripour AA, Maleki MR, Raessi P, Mahmmoudi M & Azimi L. Survey of employees' safety attitude in a teaching hospital Tehran 2010. *Iran Occupational Health* 2011; 7(4): 5[Article in Persian].
23. Raftopoulos V, Savva N & Papadopoulou M. Safety culture in the maternity units: a census survey using the safety attitudes questionnaire. *Bio Med Central Health Services Research* 2011; 11(1): 238.

24. Pronovost P, Weast B, Holzmueller C, Rosenstein B, Kidwell R, Haller K, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Quality and Safety in Health Care* 2003; 12(6): 405-10.
25. Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A & Helmreich RL. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC Health Services Research* 2005; 5(1): 28.
26. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *British Medical Journal Quality & Safety* 2011; 20(1): 102-7.

# A Survey on Patient Safety Using the Farsi Version of the Safety Attitudes Questionnaire in Iran

Tourani Sogand<sup>1</sup> (Ph.D) - Khodayari Zarnaq Rahim<sup>2</sup> (MSc.)  
Arabloo Jalal<sup>2</sup> (MSc.) - Esmaili Anvar<sup>2</sup> (MSc.)  
Taghizadeh Sanaz<sup>3</sup> (MSc.) - Khosravizadeh Omid<sup>4</sup> (MSc.)

1 Associate Professor, Health Services Management Department, School of Medical Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Ph.D Student in Health Policy, Health Management and Economics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Master of Science in Health Services Management, Health Services Management Department, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

4 Ph.D Student in Health Services Management, Health Services Management Department, School of Medical Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract

Received : Feb 2016  
Accepted : May 2016

**Background and Aim:** Patient safety is a critical element of health care quality, and is a priority of health system that pursue to improve the quality of health services. This study aims to determine the attitude the nurses about patient safety in hospitals of Tehran University of Medical Sciences.

**Materials and Methods:** Nurses employed in 7 emergency and intensive care ward specialty and subspecialty hospital affiliated with Tehran University of Medical Sciences was invited to anonymously complete safety attitudes survey. Reliability of the questionnaires was evaluated by calculating Chronbach's alpha. ANOVA were used to compare the score means between the wards. Spearman correlation test was used to analyze the correlation between the safety dimensions and the outcome variables.

**Results:** The results showed that the highest score was dedicated to stress recognition, and the lowest score was related to management perception and working conditions. No significant difference was between the perceptions of emergency department nurses and intensive care nurses with various aspects of safety culture in hospitals.

**Conclusion:** Patient safety status described as acceptable in emergency and intensive care wards. There is a need to understanding of the atmosphere and the culture of safety by hospital executives deeply.

**Key words:** Patient Safety, Safety Attitude, Hospital, Emergency Word, Intensive Care Unit

\* Corresponding Author:  
Arabloo J;  
E-mail:  
Arabloo\_j64@yahoo.com