فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

جلیله سلیمی

محسن حبیبی حقیقی

فرید خرمی

چکیده

زمینه و هدف: این بیمار یکی از مهمترین دغده‌های سازمان‌های مراقبت بهداشتی و درمانی است. اولین گام در ارتقای بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ارزیابی این مقوله است. به همین اساس مطالعه حاضر به هدف بررسی فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی استان هرمزگان صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر توصیفی از نوع مقطعی و نمونه پژوهش شامل 190 نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی درمانی استان هرمزگان بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی برای مطالعه انتخاب شدند. ایاز این مطالعه پرسشنامه استاندارد پیامیبی بیمارستان در مورد LSD فرهنگ ایمنی بیمار HOSPIC پردازی و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی مستقل و تحلیل چکگرایی و آزمون تکثیر SPSS (برای مشخص شدن گروه) در نرم افزار SPSS نسخه 16 ارائه گردید.

پایه‌های این اباداب مختلف فرهنگ ایمنی بیمار از تلاش و بازش کارکردهای در داخل بخش بیشترین امتیاز (85/20) را کسب کردند. در طی دو ماه کلینیک 32 نفر (23%) از پرستاران این بیماره واقع خطا‌های ارائه داده و 35 نفر (21%) فقط 1 نافارگش واقع خطا‌های ارائه دادند. این اباداب مختلف فرهنگ ایمنی بر حسب سابقه کار، نوع استفاده، بیمارستان، و میزان سعیه کاری متفاوت بود (P<0.001).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه ها پیشنهاد می‌شود که مدیران و مسئول‌گان ععمل غنائم تاثیر گذر بر فرهنگ ایمنی بیمار را نشانی کرد، محیط کاری را بهبود داده و فضای سازمانی حمایت کنند از وا بر وجود اورنه. مطالعات بیشتری برای پافتم علت نارضایتی گزارش خطاهای پزشکی، پرستاران در مورد نیاز این‌ها نمی‌باشد.

کلید واژه‌ها: فرهنگ ایمنی بیمار، خطای پزشکی، بیمارستان

تاریخ دریافت: 93/10/24
تاریخ پذیرش: 94/1/19

1. میری، کارشناس ارشد آموزش مدارک پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بدرعباسی، ایران.
2. دانشجوی دکتری مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران. (نویسنده مستند).
3. Email: hayavi2005@gmail.com
4. موبایل: 0911-4101414141
5. تربیت طلاب: 9124414141
فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

مقدمه

بیماران حاوی جزئی بیشتر مهم و حیاتی چنین مراقبت‌های سلامت است و برای هر سازمانی که به پیش‌پرداز و بهبود بهداشت مربوطه اختیار دارد، تهدید و اصلاح آسیب‌ها و پیامدهای نامطلوب ناشی از فرایند ارائه مراقبت‌های سلامت تعیین شده است. 

تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهد سه یا ۱۷ درصد بیماران دسته‌بندی از بیمارستان‌ها دچار آسیب به عارضه می‌شوند و حدود ۳۰ تا ۷۰ درصد این اتفاقات را روشنای معمول قابل پیش‌گیری هستند. این اتفاقات باعث وارد آمدن آسیب به حداکثر ۸۵۰ هزار تومان در سال و خسارتی NHS معادل ۱۱ میلیارد یورو به نظام سلامت انگلستان در آمریکا نیز این اتفاقات باعث مرگ و تلفات عددی شده است. 

پیشگیری از آسیب ناشی از این خطا و حوادث بایستی به ایمنی بیمار با عوامل اولویت سازمانی نگریسته شده و تعمیم فراهم‌سازی بیمار با اهمیت آن پرداخته و آن را در خود تهادن سازند این بیمار در سازمان بیماری به یک فرهنگ ایمنی بیمار کاسته می‌باشد. 

از سوی دیگر، اطلاعاتی است که به دقت و محور بالای نیاز دارد و برخی مشکلات روحی پرستاران، سنسی و رخ دادن خطا را افزایش و فرهنگ ایمنی بیمار کاوش می‌دهد. قصور در بررسی دقیق بیمار و گرفتن شرح حال. قصور در تهیه شرح حال و گزارش‌های غیر compañía می‌تواند در پیشگیری از خطاهای ارزش‌های گروهی می‌شود که در رفتار افراد متصل به ایمنی بیمار با عوامل اولین لیست و ارزش مشترک در بیمارستان‌ها و نیز فاکتورهای تکراریان فری و سازمان‌های مبتنی بر انتقادات و ارزش‌های مشترک که به طور پیوسته به دنبال تداوم‌های آسیب‌های ناشی از فرایند ارائه مراقبت‌های به دستاری هستند تعیین نمود. 

ویژگی‌های یک فرهنگ ایمنی کارآمد شامل نیت مدیریت ارشد و خصوصت بحث و پادگیری در مورد خطاها، مستند نمودن آنها به بیماران، تشخیص به یک گروهی، کشف خطاهای بالقوه، کارگیری سیستم‌های بیماری گزارش‌دهی و تحلیل و ارزیابی
نومنه (نمونه‌بندی) و اندازه‌ی اثر (7/4 درصد در نظر) در محاسبه‌ی 

\[ n = \frac{z^2 \cdot \frac{1-p}{p}}{d^2} \]

زمینه‌‌ای که 199 را به طور به‌طوری که 129 را از بین پیرستاران هست. نتایج این مطالعه نشان داد که قوانین و مقرراتی باید در این زمینه وضع شود و در آن قوانین نحویه گزارش‌دهی خطا و انعکاس نشکل دهنده آن از جمله خود حاصل جو تعیین و تعیین شود. 

روش بررسی:

این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی در سال 1392 در بین پیرستاران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان انجام شد. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای صادقی انجام شد. به طوری که پس از مشخص شدن عدد کل نمونه نسبت نمونه‌ها در هر بیمارستان و بخش مجازی شد و برای انتخاب نمونه‌ها پس از دریافت اسامی پیرستار برای انتخاب پیرستاران به‌طور رشته‌ای انتخاب گردید. در این مطالعه نسبت سطح فرهنگ ایمنی را به بالا 50 (پنج‌تی‌میلی‌ناترون).
فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

محمد دهقانی و همکاران

یک نمونه ۲۰ با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. پرسشنامه‌ها به صورت خود ایفا توسط پرستاران تحت مطالعه تکمیل شد و پس از جمع اوری داده‌ها، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS نسبت به ۱۶ استفاده شد. در این مطالعه از آزمون تمستقل و تحلیل واریانس یک طرفه به منظور معنا‌دار بودن اختلاف میان گروه‌های استفاده شد و آزمون تطبیقی LSD برای مشخص شدن گروه‌های مورد استفاده قرار گرفت. همچنین برای تام آزمون هیآر آماری سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. رابطه معنی‌دار بین سابقه کار، نوع ساختار سازمانی سازمان کاری و بخش محل خدمت با امتیاز فرهنگ ایمنی جز فرضیه‌های یک مطالعه بود.

پایه‌ها

از کل پرسشنامه‌های توزیع شده ۱۷۶/۱۹٪ (او آزمون‌نامه به صورت کامل تکمیل شد. ۹۸/۵٪ افراد تحت مطالعه زن و ۴۵/۴٪ مرد بودند. میانگین سن پرسشنامه‌نامه‌های تحت مطالعه ۳۳/۱۰ سال با انحراف معیار ۵/۴۰ و میانگین سابقه کار این افراد ۹/۳۱ سال بود. ۱۴۳ نفر (۸۰/۸٪) از افراد تحت مطالعه متأهل و ۳۳ نفر مجرد بودند (جدول ۱).

جدول شماره ۱: تعداد پرسشنامه‌ها تحت مطالعه و نحوه استفاده و وضعیت ناهال

<table>
<thead>
<tr>
<th>نحوه استفاده</th>
<th>متأهل</th>
<th>مجرد</th>
<th>مجموع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>رسمی</td>
<td>۶۵</td>
<td>۱۳</td>
<td>۷۸</td>
</tr>
<tr>
<td>پیمانی</td>
<td>۴۶</td>
<td>۲۵</td>
<td>۷۱</td>
</tr>
<tr>
<td>قراردادی</td>
<td>۰۹</td>
<td>۹</td>
<td>۱۸</td>
</tr>
<tr>
<td>طرحی</td>
<td>۰۹</td>
<td>۳</td>
<td>۱۲</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه سنی (سال)</td>
<td>۷۶</td>
<td>۸۵</td>
<td>۱۶۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>

 نحوه استفاده

۱۳۶ نفر (۸۲/۸٪) از این افراد تحت مطالعه در دانشکده پرستاری و پرستاری‌های نهایی شدند و ۲۴ نفر (۱۵/۲٪) این افراد تحت مطالعه در دانشکده رفتاری و پرستاری‌های نهایی شدند.
پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها نمره کسب شده در گویه‌های مختلف هر یک از ابعاد با یکدیگر جمع و میانگین و انحراف معیار آن بعد محاسبه گردیده همچنین

جدول شماره ۳: ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

<table>
<thead>
<tr>
<th>انحراف معیار</th>
<th>میانگین</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2/77</td>
<td>12/99</td>
<td>64/95</td>
</tr>
<tr>
<td>4/41</td>
<td>13/14</td>
<td>56/70</td>
</tr>
<tr>
<td>12/5</td>
<td>12/99</td>
<td>60/95</td>
</tr>
<tr>
<td>12/49</td>
<td>12/84</td>
<td>58/70</td>
</tr>
<tr>
<td>4/52</td>
<td>8/80</td>
<td>52/46</td>
</tr>
<tr>
<td>8/2</td>
<td>8/20</td>
<td>50/2</td>
</tr>
<tr>
<td>4/9</td>
<td>8/28</td>
<td>40/0</td>
</tr>
<tr>
<td>8/42</td>
<td>8/17</td>
<td>38/54</td>
</tr>
<tr>
<td>2/63</td>
<td>12/30</td>
<td>61/50</td>
</tr>
<tr>
<td>8/73</td>
<td>12/91</td>
<td>58/4</td>
</tr>
<tr>
<td>1/03</td>
<td>2/95</td>
<td>44/44</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول شماره ۴: میزان اطلاعات رسانی بررسی خطا توسط پرستاران تحت مطالعه (n=176)

<table>
<thead>
<tr>
<th>زمان گزارش</th>
<th>هیچگاه</th>
<th>بعضی وقت ها</th>
<th>اکثر اوقات</th>
<th>همیشه</th>
</tr>
</thead>
</table>
| قبل از اسبب بیمار در اثر خطا  | 28 | 45 | 12 | 6
| 7/4%        | 16/1%   | 49/7%        | 8/9%        |
| 3/1%        | 3/8%    | 54/2%        |
| هنگام رخ دادن خطا  | 30 | 55 | 7 |
| 8/5%        | 2/2%    | 66/3%        |
| بعد از اسبب بیمار در اثر خطا  | 16 | 45 | 5 |
| 8/5%        | 2/2%    | 66/3%        |
| 9/1%        |

* هزمان که اشتباه رخ می‌دهد ویل به پیش از آن که بیمار را تحت ناب را تحت ناب را تحت ناب دشکف و تصمیم می‌گیرد.

** هنگامی که اشتباه رخ می‌دهد، اما آن اشتباه نتواند به بیمار شدید بیاید.

*** هنگامی که اشتباه رخ می‌دهد که می‌تواند بیمار را تحت ناب را تحت ناب دشکف و تصمیم می‌گیرد.

به علاوه مشخص شد که طی ۲۵ ماه گذشته ۳۳ نفر (۲۵/۸٪) از پرستاران هیچ گزارش خطای ارائه نداده و ۳۵ نفر (۱۱٪) نهایتاً گزارش خطای ارائه کردند. در گام بعدی برای اثرات فرصتی های این برنامه راه‌نما به‌اندازه‌گیری و نسخه‌گیری از آنها.

ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار با سایر متغیرها با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه مورد سنجش قرار گرفت (جدول شماره ۴).
# جدول شماره ۴: رابطه بین ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار با سایر متغیرها (۰.۰۵<\(P<\)۰.۰۰)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار</th>
<th>ساختمان تحقیقات گروه سنی</th>
<th>محل وضعیت بیمارستان</th>
<th>وضعیت بیمارستان تحت‌الصدای کار</th>
<th>ساختار کار</th>
<th>در فرآیند</th>
<th>واحدهای کار</th>
<th>کار</th>
<th>(د)</th>
<th>(چ)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>فرهنگ ایمنی بیمار</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>انتظارات بیمارستان و ایمانی</td>
<td>مرد (۶۲)</td>
<td>۰.۲۸۷</td>
<td>۰.۴۷۷</td>
<td>۰.۵۱۱</td>
<td>۰.۷۲۱</td>
<td>۰.۳۲۲</td>
<td>۰.۴۵۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>درک کلی بیمارستان از بهبود</td>
<td>مرد (۶۲)</td>
<td>۰.۹۱۱</td>
<td>۰.۹۱۱</td>
<td>۰.۹۱۱</td>
<td>۰.۹۱۱</td>
<td>۰.۹۱۱</td>
<td>۰.۹۱۱</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ساختار پادگانی سازمانی</td>
<td>مرد (۶۲)</td>
<td>۰.۵۲۶</td>
<td>۰.۵۲۶</td>
<td>۰.۵۲۶</td>
<td>۰.۵۲۶</td>
<td>۰.۵۲۶</td>
<td>۰.۵۲۶</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>درک بیمارستان از کارگروهی در داخل بخش</td>
<td>مرد (۶۲)</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
</tbody>
</table>

برای مشخص کردن گروه‌های که در هر یک از ابعاد دارای میانگین تفاوت بودند از آزمون‌های تعیینی استفاده شد. نتایج این آزمون مشخص کرد بیمارستان که در همه بین ۵۰ تا ۵۹ ساعت کار می‌کردند (۰.۰۵<\(P<\)۰.۰۰). افراد با سابقه کار بیشتر از ۲۱ سال و افراد با وضعیت استخدامی رسی (۰.۰۱<\(P<\)۰.۰۵) در بعد در کارکنان از بهبود متمرکز یادگیری سازمانی، بیشترین امتیاز را کسب کرده‌اند. مرحله در بعد در کارکنان از کارگروهی در داخل بخش بیشترین درصد امتیاز کسب شده توسط افراد با

**هشتمین‌دیجی** در بعد در کارکنان از کارگروهی در داخل

**بخش بیشترین درصد امتیاز کسب شده توسط افراد با**

<table>
<thead>
<tr>
<th>(د)</th>
<th>(چ)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**لیست‌کاری** فرهنگ ایمنی بیمار

<table>
<thead>
<tr>
<th>(د)</th>
<th>(چ)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۳۳۶</td>
<td>۰.۳۳۶</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**در کله کی مشخص کردن گروه‌های که در هر یک از ابعاد دارای میانگین تفاوت بودند از آزمون‌های تعیینی استفاده شد. نتایج این آزمون مشخص کرد بیمارستان که در همه بین ۵۰ تا ۵۹ ساعت کار می‌کردند (۰.۰۵<\(P<\)۰.۰۰). افراد با سابقه کار بیشتر از ۲۱ سال و افراد با وضعیت استخدامی رسی (۰.۰۱<\(P<\)۰.۰۵) در بعد در کارکنان از بهبود متمرکز یادگیری سازمانی، بیشترین امتیاز را کسب کرده‌اند. مرحله در بعد در کارکنان از کارگروهی در داخل بخش بیشترین درصد امتیاز کسب شده توسط افراد با وضعیت استفاده طریقی
بحث و نتیجه‌گیری

فهرس ایمی بیمار در افراد که سابقه کار بیشتری در تخصص عفیق داشت امتیاز بیشتری نسبت به افراد کم تجربه را کسب کردند (0/5). 

کسب کردند (0/5). 

دیگر گروه در داخل بخش بیشترین امتیاز (0/5) را به خود اختصاص داد و در جایگاه عالی قرار گرفت. 

این یافته نسبت به امتیاز گروه مختلف می‌تواند نشان بدهد که بخش مناسب و کارآمد است. 

درصد امتیاز کسب شده در گروه مختلف می‌تواند نشان بدهد که بخش مناسب و کارآمد است. 

کار در واحد فعالیت هماهنگی سازمانی در رابطه به مسئولیت کار و فعالیت‌های ویژه در سازمان 

بین افراد (0/5). به کمک یکی از مشاوره خاص، افراد به این روش به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقاء به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های مختلف سازمانی و مسئولیت‌های بخش خود کمک می‌کنند. 

بعدها ارتقا به مسئولیت خاص و کارآمد، افراد به درک بهتری از فعالیت‌های دیگر از مطالعه ElJardali، مطالعه Snijders
فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

محمد دهقانی و همکاران

کارکنان نسبت به واکنش مدیران در برابر گزارش خطا باشند. در مطالعه‌ای مشخص شد که کارکنان بخش اورژانس همیشه برای گزارش دادن اشتباهات خود تلاش می‌کردند و تغییر‌های اسمی در این زمینه به میان آمد. در مطالعه خانه‌های پرستاری در آمریکا مشخص شد که کمی از پرستاران با دیپل نرس از اشتباهات خود را گزارش نمی‌کنند. (۴۴) در حین این حال، همچنان مدیران با هدف موضوع فرهنگ ایمنی به صورت سیستمی توجه کنند.

ممنوع در حدود کم‌کم شده بعد پاش و واکنش غیر متین به خطای دیدگاه پرستاران در جایگاه متوسطی (۴۵) در مطالعه این بعد ضعیف‌تر بعد در بین سایر بعد به فرهنگ ایمنی ایمنی بودند. (۴۶) و در مطالعه دیگر این بعد فقط ۳۸٪ امتحانات را کسب کرده بودند. (۴۷) بعد از هر یک از متغیرهای پژوهش رابطه معنی‌داری توانسته و در گروه‌های مختلف نیز تفاوت معناداری مشاهده نشد. تابع این مطالعه با نتایج پژوهش آقای حسن‌زاده تفاوت است. و در نتایج کار خود توجه نشده که واکنش غیر متین به دیدگاه پرستاران تجویز شده رفتار مدیران در سازمان می‌بایست به نظریه رادف، که پژوهش مشابه در نظر گرفته نسبت به مدیران را نشان می‌دهد. در نتایج نظری‌های رفتار ایمنی نسبت به میزان مدیران در تفاوت فرهنگی ایمنی در سازمان، مهم ایفا کنند. ارتقای سازمانی در مجامع، اغلب سازمانی و روشی علاوه بر کمک به مدیریت داشته نمی‌بایست در حیات مدیران و سازمانی کمک ایمنی به بیمار دارد. مدیران می‌توانند با کاهش تعارضات سازمانی، ایجاد سیستم‌های ارتقایی و دیدارهای برنامه‌ریزی شده این بعد از افزایش‌دهن و در این مطالعه مشخص شد که طور ممکن بیماران خطاهاي افتراق افتاده نسبت به نسبت گزارش Bodur می‌کنند. اما اولاً توانند خطاها گزارش نمی‌کنند. (۴۸) در مقاله خود اشاره کرد که سه چهره پزشکان و پرستاران خطاها یا گزارش نمی‌کنند. (۴۹) یعنی این نتایج می‌تواند نوحه مدیریت بیمار، کمبود کارکنان، نحوه کار و نگرش
نشریه پرستاری ایران
دوره ۸۲/ شماره۹۴-۹۳/ ارديبهشت و تيرماه ۱۳۹۴

نشت‌های بین بخشی می‌تواند باعث افزایش این بعد فرهنگ ایمنی بیمار شود.

درصد پاسخگویی به به‌حذف مدیریت ارشد سازمان از ایمنی بیمار از دیدگاه افراد تحت مطالعه در حد متوسط (Helliings) بود (79/۰). در مطالعه خوی برده که پایین‌ترین امتیازات مربوط به حمایت مدیریت از ایمنی بیمار (۲۵/۰) است (79/۰). به‌منظور ارتقاء و باید موضوعی می‌تواند به مدیریت مفهومی و آن از ایمنی بیماری‌ها، محیط کاری و فرهنگ‌سازی‌های و سیاست مدیریت آن مربوط شود. یکی از مهمترین اصول در ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار یافته‌شیروظیفی موضوع توسط مدیرین ارشد سازمان و حمایت آن از ارتقای ایمنی بیماری‌ها با توجه به اینکه پرسشنامه نشست‌های واقعی در روند درمان بیماران دادن و مدیرین و سرپرست‌های می‌توانند با حمایت از پرسشنامه ارتقای فرهنگ ایمنی در بیمارستان‌های عمومیکند.

می‌دان این بعد اعتقادات، جلب‌کردن و تشویق شیفت و/or کسب امتیاز واحد و هم‌زمان در حد متوسط ارزیابی شد (79/۰). در تحقیق این بود/و در تحقیق دیگر/۴/۹۵/۲۵/۰ امتیاز در کسب کرده بود (79/۰). امتیاز این بعد در گروه‌های استفاده‌متفاوت بود/و به طوری که کمبود واکنش‌های خاصی می‌تواند با وضعیت استفاده رسمی (۱/۶۵/۷) امتیاز بیشتری نسبت به افراد با وضعیت استخدامی پرسشنامه طرح (۱/۶۵/۷) کسب کرده. پرسشنامه که نشست‌های بین بخشی هم‌اراد و تضمین ارتقای تالار شیرکشی از ایمنی بیماری‌ها برخورداری از افراد نشان داد/و ارتباط بین بخشی تالار شیرکشی از ایمنی بیماری‌ها در لذا باید با یافتن راه‌کارهای مناسب این بعد برای ارتقا/دیدگای بیماری‌ها/ال قدرت از ایمنی بیماری‌ها ۳۳ نفر (۴/۷۵/۰) از پرسشنامه پرستاری یکی از بخش‌های اکثریت بیماری از یک بخش بیماری بیماری یکی از امکان‌های اینبعد گسترده‌تری به داشته باشد. مهم‌ترین می‌توانند از ایجاد پروتکل‌ها، قوانین و فرآیندهای بین بخشی از افزایش اینگونه خطاها جلوگیری کنند. علاوه بر این جلسات و
فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران

محمد دهقانی و همکاران

کندگان نیز طی ۱۲ ماه گذرانده گزارش هر حادثه‌ای را
گزارش نشده بودند (۳۱). بیمارستان‌ها برای ارتقا این بعد
باید در زمینه استقرار سیستم گزارش‌های خطأ‌ها اقدام
کنند (۳۲). تمرکز روی رسماً پژوهش به‌دست‌آوردن اطلاع‌های
ضرف‌های موجود در سیستم هسته و از گزارش‌دهی
خاطه‌ای جلوگیری کند (۳۳). بیشترین سرمایه در این صنف
خطر‌ها ترس از سریع شدن، اثر خود لزوم گزارش و تصویر
بر فردی بودن جسمانی است (۳۳). بر طبق حاکمیت، آزمایش طب
آموزش‌های فرهنگی ناشی از غفلت و کناره‌گیری افراد
نیست بلکه برخاسته از سیستم‌ها و کارکرد نادرست آنها
است (۳۴). این در حالی است که زمان‌های خط‌الافشارت
یک پرستار انجام می‌گیرد آن پرستار به عنوان یکی
در فهرست می‌کنند. این غفلت در یکی از ایمنی (۳۵) و در مطالعه دیگر
(۳۶) نیز به دست آمده است.

دیدگاه کلی پرستاران نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار
در بیمارستان‌ها در حد واقعی (۴۴) در این مورد احتمال
دیگر فرهنگ‌ها در حد واقعی (۴۴) از این‌جا کد. در یک
مطالعه در کلی از ایمنی (۴۵) و در مطالعه دیگر
امتحان کلیه ایمنی پرستاران ۴۴٪ به دست آمده.

همچنین متوسط امتیاز کلی ایمنی بیمار در
تأیران برای ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار ۴۴٪ به دست آمده.
(۳۲). امتیاز این
بعد در بین افراد مطالعه می‌شود از افراد مجرد بود. همچنین
پرستاران که ساکنی کار باشند در این زمینه مطالعه
امتیاز بررسی نشده به افراد که نمی‌باشد کسب کرده‌اند.
نتایج این تحقیق در راستای نتایج مطالعات مختلف نشان
داد که برای کلیه نسبت به فرهنگ ایمنی با ساکنی کار در
نتایج فیزیک در انتخاب امتیاز (۳۳) در مطالعه دیگری
بین جنسیت، سطح و وضعیت تاها، سطوح کارگاه‌ها و
دیدگاه کلی فرهنگ ایمنی بیمار رابطه‌ای ناشد (۳۲).
ولی امتیاز دید کلی فرهنگ ایمنی از افراد مطالعه بالاتر
بیشتر به (۳۳). مطالعه خاص در بیمارستان‌های آموزشی
انجام شده و نشان دهنده وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار
در بیمارستان‌های استان هرمزگان نیست. این مطالعه
بر این مطالعه از دیدگاه پرستاران انجام شده است;
بنابراین دیدگاه همه جانبه و چند بعدی را از وضعیت

تقدیر و تشکر

پیروی از موضوعات محرمت تحقيقات و فناوری دانشگاه
علوم پزشکی هرمزگان که هرگز به طرح تحقیقاتی
را نامی کردند و همه کسانی که می‌را بین اتفاق این مطالعه
یا دیده به خصوص بیمارستان زمین‌کش
بیمارستان‌های آموزشی انتقال علم پزشکی قدردانی و
سپاسگزاری می‌شود.

[DOI: 10.29252/jihums.28.93.54.42]


Culture of Patient Safety from Nurses’ Perspective

Dehghani M1, MS. *Hayavie Haghighi MH2, MS. Salimi J3, BS. Khorami F4, MS.

Abstract

Background & Aim: Patient safety is a major concern for health care organizations. The first step to improve culture of patient safety is its assessment. Accordingly this study was performed with the aim of assessing culture of patient safety from nurses’ perspective in the hospitals affiliated to Hormozgan University of Medical Sciences.

Material & Methods: It was a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 190 nurses working in educational hospitals of Hormozgan province who were recruited by stratified random sampling in 2012. Data was collected by Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire (HOSPIC) and analyzed by independent T. test, one-way ANOVA and Post hoc test of LSD using SPSS-PC (v. 16).

Results: Among the different dimensions of patient safety culture, the lowest score was related to the number of employees and its related issues (40.25%) and the highest score was related to team work in the unit (85.60%). In the past 12 months, 63 nurses (35.7%) did not report any errors and 53 nurses (30.1%) reported only 1 or 2 error. Significant differences was seen between the score of different dimensions of patient safety culture and nurses’ work experience, the type of employment, hospitals, and the amount of working hours (p <0.05).

Conclusion: Regarding the findings, it is suggested that managers and policy makers identify the factors involved in patient safety culture and improve the working environment, and promote supportive organizational climate in hospitals. Farther research is needed to detect the causes of nurses’ failure to report medical errors.

Keywords: Patient safety culture, Medical errors, Nurses

Received: 12 Jan 2015
Accepted: 8 Apr 2015

1 Lecturer, Medical Record Education, Health information management research center, lecturer of Department of health information technology, Faculty of Para- Medicine, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
2 PhD Student, Health Information Management, School of Para medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author). Tel: +989177041089 Email:hayavi2005@gmail.com
3 BS, Mother & child welfare research center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
4 PhD Student, Health Information Management, School of Para medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.