

Research Paper

Iranian Intensive Care Unit Nurses' Experience of Patient Safety Culture: A Qualitative Study

Samrand Fattah Ghazi¹ , Mehrzad Mashayekhi² , *Parvaneh Asgari³ 

Citation Fattah Ghazi S, Mashayekhi M, Asgari P. [Iranian Intensive Care Unit Nurses' Experience of Patient Safety Culture: A Qualitative Study (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2024; 37(149):210-225. <https://doi.org/10.32598/ijn.37.149.1230.2>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.37.149.1230.2>

Received: 10 Jan 2024

Accepted: 25 May 2024

Available Online: 01 Sep 2024

ABSTRACT

Background & Aims Patient safety is one of the fundamental principles of health care. The investigation of patient safety culture is a step towards providing safe conditions for patient care. This study aims to explore the Iranian intensive care unit (ICU) nurses' experiences of patient safety culture in hospitals.

Materials & Methods This is a qualitative study using the conventional content analysis method. Participants were 18 ICU nurses from three hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences in 2021-2022, who were selected using a purposive sampling method. In-depth semi-structured interviews were carried to collect data. Data were analyzed using Graneheim and Lundman's content analysis method.

Results Three themes were extracted: Individual (sufficient knowledge and skills, observance of professional values, work experience), interpersonal (inter-departmental communication, intra-departmental communication), and organizational (supportive management versus punitive response to errors, equipment safety, irrational workload, and employee empowerment).

Conclusion The results revealed that the concept of patient safety culture in Iranian hospitals is multi-dimensional (individual, interpersonal, and organizational). Integrating effective patient safety culture into all parts of the organization should be the priority of hospital management programs. To promote awareness in the field of patient safety culture while holding regular training courses, hospital managers should encourage non-punitive responses to errors and teamwork to clarify the performance and expectations of the health system about improving patient safety.

Keywords:

Intensive Care Unit (ICU), Nurse, Qualitative study, Safety

1. Fellowship of Critical Care Medicine, Imam Khomeini hospital complex, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Critical Care, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding Author:

Parvaneh Asgari, Assistant Professor.

Address: , Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 66927171

E-Mail: p-asgari@sina.tums.ac.ir



Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Patient safety is an important aspect of the quality of care. Due to the multidimensional nature of patient safety culture, the development of standard interventions to improve patient safety culture in organizations is one of the research priorities in developing countries. Understanding and establishing a patient safety culture affects work performance and interaction with colleagues and managers. To reach such an understanding, structured methods and quantitative tools are needed. Given that most of the studies in this field in Iran are quantitative and considering the critical and unstable conditions of intensive care unit (ICU) patients, the present study aimed to explore the experiences of patient safety culture in Iranian ICU nurses.

Methods

This is a qualitative study using a conventional content analysis method. The qualitative data were collected by semi-structured interviews, each took 40-70 minutes. Using a purposive sampling method and until reaching data saturation, 18 ICU nurses from the hospitals in Tehran, Iran with a mean age of 38 ± 14.45 years were selected for interview. The interview was started by asking general and guiding questions followed by specific questions based on the answers, to open the discussion and obtain in-depth information. The transcripts of interviews were analyzed using Graneheim and Lundman's content analysis method. The trustworthiness of the data was determined using Lincoln and Guba's criteria.

Results

All participants agreed that patient safety, as the main priority of the hospital, is one of the important indicators of hospital accreditation, and the first and most important requirement is not to harm the patient. The results of interview analysis revealed that the concept of patient safety is multidimensional and can be examined in three levels of individual, interpersonal and organizational.

Conclusion

The three categories of individual, interpersonal and organizational dimensions emerged from analyzing the ICU nurses' experiences, indicating that establishing and integrating an effective and positive safety culture into all parts of the organization should be the priority of hospi-

tal management programs. Also, to promote awareness in the field of patient safety culture while holding regular training courses, hospital managers should encourage non-punitive responses to errors and teamwork to clarify the performance and expectations of the health system about improving patient safety.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Tehran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.TUMS.FNM.REC.1397.209). The participants' information was kept confidential and their informed consent was obtained.

Funding

This study was funded by the Nursing and Midwifery Care Research Center of [Tehran University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Editing & review: Parvaneh Asgari and Mehrzad Mashayekhi; project administration and preparing the original draft: Parvaneh Asgari and Samrand Fattah Ghazi; methodology: Parvaneh Asgari; data collection: all authors; data analysis: Parvaneh Asgari & Samrand Fattah Ghazi.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all the nurses participated in this study.

This Page Intentionally Left Blank



مقاله پژوهشی

تجارب پرستاران بخش مراقبت ویژه از فرهنگ ایمنی بیمار: تحلیل محتوای کیفی قراردادی

سامرند فتاح قاضی^۱، مهرزاد مشایخی^۲، پروانه عسگری^۳

Use your device to scan and read the article online

Citation: Fattah Ghazi S, Mashayekhi M, Asgari P. [Iranian Intensive Care Unit Nurses' Experience of Patient Safety Culture: A Qualitative Study (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2024; 37(149):210-225. <https://doi.org/10.32598/ijn.37.149.1230.2>doi <https://doi.org/10.32598/ijn.37.149.1230.2>

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۰ دی ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۰۵ خرداد ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱۱ شهریور ۱۴۰۳

زمینه و هدف: ایمنی بیمار یکی از اصول اساسی مراقبت‌های بهداشتی است و بررسی فرهنگ ایمنی بیمار گامی در جهت ایجاد شرایط ایمن برای مراقبت از بیمار است. هدف این مطالعه بررسی تجربیات پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) از فرهنگ ایمنی در مراقبت‌های بهداشتی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختار یافته بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۱۸ پرستار از سه بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای قراردادی لاندمن و گرانهایم تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مفهوم ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی خدمات پرستاری، چندبعدی است و در سه سطح فردی شامل «دانش و مهارت کافی»، «رعایت ارزش‌های حرفه‌ای» و «تجربه کاری»، بین فردی شامل «ارتباط درون‌بخشی» و «ارتباط برون‌بخشی» و سازمانی شامل «مدیریت حمایتی در مقابل پاسخ تنبیهی به خطا»، «ایمنی تجهیزات»، «بار کاری غیرمنطقی» و «توانمندسازی کارکنان» قابل بررسی است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد نهادینه‌سازی فرهنگ ایمنی مؤثر در تمامی سطوح (فردی، بین فردی و سازمانی)، بایستی در اولویت برنامه‌های مدیریتی قرار گیرد. همچنین اقداماتی مانند برگزاری دوره‌های منظم آموزشی برای کارکنان تمام رده‌های درمانی در این زمینه و تقویت فرهنگ کار گروهی توسط سازمان‌های بهداشتی درمانی بایستی مورد تشویق قرار گیرد. از طرفی ارائه سیاست‌های تشویقی مناسب و اتخاذ رویکرد سیستمی در مواجهه با خطا و شفاف‌سازی عملکرد می‌تواند سبب ارتقای فرهنگ ایمنی گردد.

کلیدواژه‌ها:

بخش مراقبت ویژه، پرستار، مطالعه کیفی، ایمنی

۱. فلوشیپ پزشکی مراقبت‌های ویژه، مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. گروه مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

دکتر پروانه عسگری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه مراقبت‌های ویژه.

تلفن: ۶۶۹۲۲۷۱۷۱ (۲۱) ۰۹۸

رایانامه: p-asgari@sina.tums.ac.ir

Copyright © 2024 The Author(s).

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

امنیت از ویژگی‌های بارز چنین فرهنگی است [۱۰]. تخمین زده شده است در کشورهای توسعه‌یافته از هر ۱۰ بیمار ۱ نفر به‌علت دریافت مراقبت‌های غیرایمن آسیب می‌بیند. همچنین خطر آسیب در کشورهای درحال توسعه بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته است [۱۱]. در ایران آمار مدونی از خطاهای درمانی در دست نیست. با این حال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کرده است به‌دلیل اشتباهات پزشکی هر ساله میلیاردها تومان صرف نگهداری و مراقبت از بیماران در بیمارستان‌ها می‌شود و افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایت از پزشکان و پرستاران نشان‌دهنده این ادعا می‌باشد [۱۲].

براساس بیانیه سازمان بهداشت جهانی^۱، به‌علت ماهیت چندبعدی فرهنگ ایمنی بیمار، فهم بهتر عوامل مؤثر بر آن و تدوین مداخلات استاندارد جهت بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، از اولویت‌های تحقیقاتی کشورهای درحال توسعه است [۱۳]. در همین راستا سینگر و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که فرهنگ ایمنی در سازمان‌های مختلف و بین انواع کارکنان با درجات گوناگون، متفاوت است. بنابراین نیازمند تحقیقات بیشتر در بافتار خاص هر منطقه و سازمان با توجه به پرسنل هر منطقه می‌باشد [۱۴]. براساس آمار منتشر شده سازمان بهداشت جهانی، حدود ۷۵ درصد از خطاهای مرتبط با ایمنی بیمار قابل پیشگیری هستند که این امر از طریق استقرار فرهنگ ایمنی بیمار و ایجاد سازوکارهای مناسب سازمانی امکان‌پذیر است [۱۵].

درک و استقرار فرهنگ ایمنی بیمار، بر نحوه انجام کار، تعامل با سایر همکاران و مدیران و به‌طور کل بر تمامی ابعاد کاری آن‌ها تأثیر می‌گذارد؛ از آنجاکه شناخت چنین درکی صرفاً با روش‌های ساختارمند و استفاده از ابزارهای کمی حاصل نخواهد شد و بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده در ایران به‌صورت کمی است، همچنین با در نظر گرفتن شرایط بحرانی و وضعیت ناپایدار بیماران بخش مراقبت ویژه (ICU)، جهت ادراک بهتر پدیده و بررسی دقیق مفهوم واقعی پاسخ‌ها و بررسی عمیق تجارب متفاوت پرستاران، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب پرستاران بخش مراقبت ویژه (ICU) از فرهنگ ایمنی بیمار انجام شد.

روش بررسی

نوع مطالعه

در این مرحله جهت تبیین و توصیف تجارب پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار از تحلیل محتوای قراردادی^۲ استفاده شد. تحلیل محتوای یک روش منطقی جهت توصیف پدیده است و کمک می‌کند اطلاعات عمیق از جمعیت هدف به دست آید. این روش تحلیل کیفی، یکی از روش‌های متداول و پرکاربرد در

ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت است که بیماران را در تمام کشورهای جهان در تمام عرصه‌های خدمات سلامت تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱]. ایمنی بیمار به معنای پیشگیری و بهبود نتایج ناگوار یا صدمات ناشی از فرایندهای مراقبت‌های بهداشتی با هدف اطمینان از ایجاد محیطی است که به تأثیر مثبت بر بیمار، خانواده وی و کارکنان مراکز درمانی منجر می‌شود [۲]. فرهنگ ایمنی یکی از ابعاد مهم کیفیت مراقبت است که به‌عنوان رهایی بیمار از صدمات غیرضروری یا بالقوهای که همراه با مراقبت سلامت است تعریف می‌شود [۳]. طی دو دهه گذشته ایمنی بیمار با هدف ارتقای سلامت و کاهش صدمه به بیمار در نظام سلامت به‌عنوان یک دغدغه اصلی مطرح شده است [۴]. بیش از ۱۵۰ سال پیش، فلورانس نایتینگل بیان کرد که اولین ضرورت برای بیمار در بیمارستان این است که آسیب نبیند [۵].

سیستم مراقبت سلامت یکی از بزرگ‌ترین مراکز خدمت‌رسانی به جامعه است و پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین نیروی انسانی گروه کار، نقش حیاتی در سیستم مراقبت و درمان ایفا می‌کنند. از عوامل مهم در این مورد رفتار حرفه‌ای کارکنان از جمله پرستاران شاغل در سازمان‌های ارائه خدمات سلامت می‌باشد. رسالت حرفه‌ای پرستاران به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اعضای تیم بهداشتی، حفظ و ارتقای سطح کیفی مراقبت‌ها در حد استاندارد است [۶]. پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، پرستاران با مهارت‌های پیشرفته هستند و بایستی علاوه بر حفظ حیات بیمار با انجام مراقبت‌های صحیح شرایطی را فراهم کنند که بیمار با کم‌ترین آسیب به کل سیستم بدن و با حفظ موقعیت در اجتماع از بخش ترخیص شود. بخش مراقبت‌های ویژه به‌دلیل پیچیدگی شرایط بیماران، استفاده از وسایل و تجهیزات پیشرفته حیات و حضور بیماران بدحال و نیازمند مراقبت جامع استرس‌آور می‌باشد [۷]. به‌علاوه پرستاران با چالش‌هایی نظیر فشار کاری بالا و حفظ ایمنی در جهت ارائه خدمت به بیماران مواجه هستند. براین‌اساس ایمنی بیمار در بخش مراقبت ویژه در مقایسه با سایر بخش‌های بیمارستان از حساسیت بیشتری برخوردار است [۸].

امروزه پیشرفت تکنولوژی و پیچیدگی در نظام سلامت به بحث‌های جدی در کیفیت مراقبت از بیمار و ایمنی وی منجر شده است. میزان بالای خطاهای بالینی مرتبط با ایمنی بیمار سبب افزایش نگرانی و چالش‌هایی در نظام‌های سلامت شده است [۹]. فرهنگ ایمنی بیمار نشان‌دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از منظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آن‌ها است. عواملی از قبیل عدم پنهان‌سازی خطاها و حوادث، آموزش کارکنان در زمینه امنیت بیمار، وجود سیستم گزارش‌دهی انواع خطاها، کاهش سرزنش افراد، کار تیمی و توجه رهبری سازمان به

1. World Health Organization (WHO)
2. Conventional content analysis

چه اقداماتی برای ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان شما ضروری است؟ پرسیده شد و در ادامه نیز با سؤالات پیگیری مانند:

ممکن است در مورد آن بیشتر توضیح بدهید؟

وقتی می‌گویید منظورتان چیست؟ در این رابطه لطفاً بیشتر برایم توضیح دهید

باتوجه به تجربیات خود می‌توانید یک مثال بزنید؟

آیا موارد دیگری هست که بخواهید در موردش با من صحبت کنید؟ اطلاعات بیشتری کسب شد. در این مرحله سعی شد حداکثر تنوع در نمونه‌گیری (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل، نوبت کاری) وجود داشته باشد تا غنای اطلاعاتی بیشتری حاصل شود. با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان تمامی مراحل مصاحبه ضبط شد. در پایان تمام موارد مصاحبه و مشاهده کلمه به کلمه پیاده‌سازی شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این مرحله طبق روش آنالیز محتوای قراردادی^۳ کدبندی و مفاهیم استخراج شد. روش تحلیل داده‌ها براساس روش گرانهایم^۴ و لاندمن^۵ بود. مراحل این روش عبارت است از:

۱. پیاده‌سازی مطالعات انجام شد و مرور آن‌ها به منظور پیدا کردن درک صحیح نسبت به کل موارد پیاده‌شده،
۲. استخراج واحدهای معنایی و دسته‌بندی کردن آن‌ها تحت عنوان واحدهای فشرده،
۳. خلاصه و دسته‌بندی کردن واحدهای فشرده و انتخاب برچسب مناسب برای آن‌ها،
۴. مرتب کردن زیردسته‌ها براساس مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود در زیردسته‌ها،
۵. انتخاب عنوان مناسبی که قابلیت پوشش دسته‌های حاصل‌شده را دارا باشد.

بر همین اساس در ابتدا متن واحدهای تحلیل شامل مصاحبه و یادداشت‌های مربوط به مشاهدات کلمه به کلمه نسخه‌برداری و مکرر خوانده شد تا درکی از کل آن‌ها حاصل آید. سپس واحدهای معنایی مرتبط به اجزا و بخش‌ها خلاصه شد. در ادامه با دادن کدهای مناسب، واحدهای معنایی نام‌گذاری شدند. کدهای حاصله باتوجه به شباهت‌ها و تفاوت‌ها مقایسه شدند و در نتیجه کدهای مشابه در طبقات و زیرطبقات جای گرفتند.

رشته پرستاری است که می‌تواند تعداد زیادی کد را در مقوله‌ها یا طبقات به شکل سازمان‌دهی شده قرار دهد. در تحلیل محتوای قراردادی، دانش تولیدشده از تحلیل محتوای براساس دیدگاه واحد و منحصر به فرد شرکت‌کنندگان بدون تحمیل طبقات از پیش تصور شده می‌باشد [۱۶].

مشارکت‌کنندگان

در مطالعه کیفی، مشارکت‌کنندگان افرادی هستند که منبع غنی از اطلاعات در مورد پدیده مورد نظر بوده و دانش کافی در مورد ابعاد موضوع مورد مطالعه دارند [۱۷]. محیط پژوهش در این مطالعه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران بودند. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع ادامه یافت و در نهایت مصاحبه با ۱۸ پرستار که رضایت به شرکت در مطالعه داشتند و قادر به ابزار تجربیات خود بودند انجام شد.

جمع‌آوری داده‌ها

پژوهش حاضر در فاصله مرداد سال ۱۴۰۰ تا تیر سال ۱۴۰۱ انجام شد. جمع‌آوری داده‌های کیفی به صورت هدفمند، پس از کسب رضایت آگاهانه کتبی که حاوی توضیح در مورد هدف مطالعه، معرفی محقق و توضیح روش اجرای پژوهش و فواید و مضرات احتمالی پژوهش بود، از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام شد. مدت مصاحبه برحسب شرایط مختلف نظیر پاسخگویی مشارکت‌کننده و تمایل وی از ۴۰ تا ۷۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌ها با استفاده از سؤالات راهنما و واضح‌کننده، به صورت انفرادی، پس از اتمام ساعت کاری در محیط کاری مشارکت‌کنندگان بنا به درخواست خودشان انجام شد.

محقق در فرایند نمونه‌گیری هدفمند، با طرح سؤالات راهنما و کلی، مصاحبه را آغاز کرد و سپس براساس مطالب و تجربیات بیان‌شده، آن را هدایت و ادامه داد و در صورت لزوم سؤالات اکتشافی و روشن‌گر جهت باز کردن بحث در دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر پرسید. به عبارت دیگر مصاحبه با سؤالات عمومی و باز شروع می‌شد و با تداوم آن سؤالات اختصاصی‌تر براساس پاسخ‌ها و داده‌های ظاهر شده از سوی مشارکت‌کننده و در جهت دستیابی به اهداف تحقیق ادامه یافت. سؤالاتی نظیر:

لطفاً تجربه‌تون رو از اقدامات ایمنی که برای بیمار تون انجام دادید بگید؟

براساس چه دیدگاهی این اقدامات رو انجام دادید؟

چالش‌های پیش‌رو در اجرای صحیح اصول مراقبتی چیست؟

براساس تجربیات شما، چه عواملی باعث می‌شود خطا اتفاق

بیفتد؟

3. Conventional Content Analysis
4. Granheim
5. Lundman

اعتبار یافته‌ها

در این مطالعه پژوهشگر ضمن آگاهی از روند تحقیق و شرح مبسوط زمینه پژوهش، اجازه داد تجارب و تفاسیر شرکت کنندگان روند تحقیق را هدایت کند.

اعتبار پذیری یافته‌ها به معنی مقبولیت و باور پذیری یافته‌ها است، یعنی اینکه محقق تا چه اندازه سعی در ارائه تصویر واضحی از بیان و منظور شرکت کنندگان داشته است. در این مطالعه، پژوهشگر از طرق مختلف مانند اختصاص دادن زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و برگرداندن کدها و تأیید اینکه درون مایه‌های استخراج شده از متن مصاحبه، انعکاس دهنده منظور آن‌ها از بیان جملات مذکور می‌باشد، اعتبار پذیری داده‌ها را افزایش داد.

منظور از انتقال پذیری قابلیت انتقال و تناسب نتایج حاصله با شرایط و تجارب سایر گروه‌ها و محیط‌های مشابه است و به‌جای تعمیم‌پذیری است [۱۸]. انتخاب یک نمونه هدفمند از پرستاران بخش مراقبت ویژه، این اجازه را برای انتقال آسان به نمونه‌های دیگر می‌دهد [۱۹].

تأیید پذیری داده‌ها به توانایی محقق در نگهداری و حفظ رفتار طبیعی در مطالعه توسط عدم دخالت تعصب‌های شخصی در مطالعه اشاره دارد [۲۰]. تأیید پذیری یافته‌ها از طریق حساسرسی دقیق تحقیق حاصل شد. برای اطمینان از قابلیت تأیید داده‌ها در این مطالعه، تمام داده‌ها و مضمون‌های بحث شده با اساتید در فرآیند تحقیق مرور شد تا تأثیر ادراکات پژوهشگر به حداقل برسد.

صحت‌پذیری نیز به آن معنی است که محقق تا چه حد منصفانه، به‌درستی و دقیق واقعیات موجود را نشان داده است. زمانی که متنی به صحت‌پذیری می‌رسد، خواننده احساس، تجربه، زبان، زمینه و بافتار آن شرایط را درک می‌کند. این امر نیازمند دانش و مهارت محقق در تحلیل محتوا است. بازاندیشی مداوم و خودانتقادی طی انجام تحقیق کیفی لازمه دستیابی به تحلیل مناسب است [۲۱].

باتوجه به موارد بیان شده، در مطالعه حاضر نیز پژوهشگر سعی کرد به دنبال برقراری تعامل مناسب با مشارکت کنندگان در مطالعه، غوطه‌ور شدن در داده‌ها و چک کردن تحلیل‌ها با تیم تحقیق اعتبار یافته‌ها را افزایش دهد. همچنین پژوهشگر تلاش کرد با مراجعه مکرر و مداوم به داده‌ها و گفته‌های شرکت کنندگان و پیشگیری از تعصب و پیشداوری سریع، امکان بروز خلاقیت در تحلیل و اعتبار داده‌ها را فراهم کند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر با ۱۸ مشارکت‌کننده با میانگین سنی $38 \pm 14/45$ سال مصاحبه شد. سایر اطلاعات جمعیت‌شناسی در

جدول شماره ۱ قابل مشاهده است. همه مشارکت کنندگان پژوهش بیان کردند ایمنی بیمار به‌عنوان اصلی‌ترین اولویت بیمارستان، از شاخص‌های مهم اعتبار بخشی و امتیازدهی بیمارستان است و اولین و مهم‌ترین الزام در مراقبت از بیمار، آسیب نرساندن به بیمار است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد مفهوم ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی خدمات پرستاری، چند بعدی است و در سه سطح فردی، بین فردی و سازمانی قابل بررسی بود (جدول شماره ۲).

سطح فردی

تقریباً همه مشارکت کنندگان ابراز کردند که لزوم ارائه مراقبت‌های ایمن و با کیفیت به بیماران، به‌کارگیری مدبرانه و همیشگی مهارت‌های تکنیکی و ارتباطی و پیروی از ارزش‌های حرفه‌ای است. آن‌ها بیان کردند که باتوجه به شرایط بحرانی و آسیب‌پذیر بیماران (ICU)، ایمنی بیمار در این بخش در مقایسه با سایر بخش‌های بیمارستان از حساسیت بیشتری برخوردار است و به دقت و تمرکز بالا و کسب صلاحیت‌های پرستاری نیاز دارد. «دانش و مهارت کافی»، «رعایت ارزش‌های حرفه‌ای» و «تجربه کاری» طبقات استخراج شده در این بعد بودند.

دانش و مهارت کافی

باتوجه به شرایط پیچیده و حاد بیماران بستری در (ICU)، پرستاران نیازمند دانش علمی و عملی کافی می‌باشند تا بتوانند نیازهای بیمار خود را به بهترین نحو برآورده سازند. مشارکت کنندگان اذعان کردند که در بخش مراقبت ویژه (ICU) مهم‌ترین عنصر، تیم پرستاری کارآموده است که به‌طور مداوم قدرت تصمیم‌گیری فوری و انجام فرایندهای بیمار را بدون آسیب به وی دارا باشد. همچنین بیان کردند شرایط تهدیدکننده حیات بیمار و عدم دسترسی سریع به پزشک در بعضی مواقع، امکان بروز خطا را در صورت کمبود دانش و مهارت کافی پرستاران مهیامی‌کند.

«بعضی از همکاران مثل یک اقیانوس کم‌عمق هستند، یعنی اطلاعاتی در حیطه‌های مختلف دارند اما سطحی هست و این باعث میشه تو شرایطی که قرار می‌گیرند کاری رو انجام بدند که باعث آسیب به بیمار بشه» (شرکت کننده شماره ۲).

آن‌ها همچنین بر اهمیت ارزیابی صلاحیت پرستاران قبل از ورود به بخش مراقبت ویژه (ICU) برای اطمینان از کیفیت و سطح ایمنی مراقبت و محافظت از بیماران تأکید کردند:

«پرستارانی که میخوان وارد (ICU) بشن، باید حتماً قبلش توسط آزمون صلاحیتشون سنجیده بشن که ببینن دانش و مهارت کافی برای کار کردن در بخش ویژه رو دارن یا خیر. چون بعضی از پرسنل خصوصاً جدیدالورودها درخصوص خیلی

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	طبقه	تعداد (درصد)
جنس	مرد	۱۰ (۵۵/۶)
	زن	۸ (۴۴/۴)
وضعیت تاهل	متاهل	۷ (۳۸/۹)
	مجرد	۸ (۴۴/۴)
	مطلقه	۳ (۱۶/۷)
نوبت کاری	صبح	۳ (۱۶/۷)
	عصر	۵ (۲۷/۸)
	شب	۸ (۴۴/۴)
	شیفت در گردش	۲ (۱۱/۱)
سطح تحصیلات	کارشناسی	۱۱ (۶۱/۱)
	کارشناسی ارشد	۵ (۲۷/۸)
	دکتری	۲ (۱۱/۱)
سابقه کاری	۵-۱	۷ (۳۸/۹)
	۱۰-۶	۴ (۲۲/۲)
	۱۵-۱۱	۴ (۲۲/۲)
	۲۰-۱۶	۳ (۱۶/۷)
شغل دوم	بله	۱۰ (۵۵/۶)
	خیر	۸ (۴۴/۴)

نشریه پرستاری ایران

همچنین اشاره کردند که ضمن اینکه مقداری از رعایت اصول ارزش‌های حرفه‌ای مانند صداقت و وجدان کاری ذاتی است، اما تحقق چنین امری با ایجاد نگرش مطلوب به حرفه و **شرایط کاری** مناسب امکان‌پذیر است.

«حفظ ایمنی بیمار در بخش ویژه که معمولاً بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری هستند و خانواده کنار بیمار حضور ندارند از اهمیت ویژه‌ای برخورداره و اصولی کار کردن و گزارش‌دهی خطاها برمی‌گرده به وجدان کاری فرد که اگر حتی عارضه‌ای ایجاد نمی‌شه، گزارش کنند» (شرکت‌کننده شماره ۱۱).

تجربه کاری

مشارکت‌کنندگان اظهار کردند باتوجه به شرایط پیچیده و غیرقابل‌پیش‌بینی بیماران (ICU)، داشتن تجربه کاری برای ایمنی بیمار بسیار حائز اهمیت است. آنان اشاره کردند در شرایط بحرانی همکاران باتجربه احساس امنیت را منتقل می‌کنند و

از مراقبت‌ها و پروسیجرها آگاهی کافی ندارند و این می‌تونه باعث بروز خطا به خاطر کمبود دانش پرستار بشه» (شرکت‌کننده شماره ۸).

رعایت ارزش‌های حرفه‌ای

ارزش‌های حرفه‌ای استانداردهایی برای عمل هستند که چارچوبی را برای ارزشیابی عقاید و ارزش‌های تأثیرگذار بر رفتار فراهم می‌کنند. مشارکت‌کنندگان اظهار کردند پرستاران با رعایت عدالت، صداقت و احترام به شأن انسان‌ها که در واقع از اصول ارزش‌های حرفه‌ای هستند می‌توانند خدمات ارزشمندی را به بیمار ارائه دهند و در واقع رعایت ارزش‌های حرفه‌ای سبب حفظ ایمنی بیمار می‌شود. همچنین بیان کردند بیماران بستری در (ICU) به علت شرایط بحرانی و وضعیت ناپایدارشان نیازمند توجه و دریافت مراقبت با کیفیت هستند و از مهم‌ترین وظایف انسانی پرستاران این بخش وجدان کاری و مسئولیت‌پذیری است.

جدول ۲. تجارب پرستاران (ICU) از فرهنگ ایمنی بیمار

طبقات	زیرطبقات
فردی	دانش و مهارت کافی رعایت ارزش‌های حرفه‌ای تجربه کاری
بین فردی	ارتباط درون بخشی ارتباط برون بخشی
سازمانی	تلفیق فرهنگ ایمنی بیمار در عملکرد سازمان مدیریت حمایتی در مقابل پاسخ تنبیهی به خطا ایمنی تجهیزات بار کاری غیرمنطقی توانمندسازی کارکنان

نشریه پرستاری ایران

«حفظ ایمنی بیمار زمانی که بیمار به بیمارستان مراجعه می‌کند تنها مربوط به پرستار نیست، از ساخت‌وساز و مهندسی ساختمان گرفته تا نحوه کار خدمات بخش مثلاً اینکه زمین رو با چه مایعی تمیز می‌کنند که خیلی لیز نباشد و بوی تندی نداشته باشد که باعث تنگی نفس بیمار بشه» (شرکت کننده شماره ۴).

آن‌ها همچنین بیان کردند در بعضی مواقع نبود ارتباط باز و حمایت بین حرفه‌ای بین پزشکان و پرستاران در یک بخش سبب می‌شود پرستاران احساس کنند به راحتی نمی‌توانند در ارتباط با شرایط بیمار سؤال بپرسند و مجبور می‌شوند خود برخی تصمیمات درمانی را بگیرند که این امر بر فضای همکاری و ایمنی بیمار تأثیرگذار است.

«یکی از مواردی که روی ایمنی بیمار تأثیرگذاره بد اخلاقی برخی پزشکان هست که گاهی داشتیم مواردی که همکاران از ترس پزشک اگر در خصوص بیمار سؤال داشته باشن مثلاً نیمه شب باشه تماس نمی‌گیرن و اطلاع نمی‌دن و خود برای بیمار تصمیم می‌گیرند» (شرکت کننده شماره ۱۳).

از سوی دیگر مشارکت کنندگان گفتند ارتباط بین رده‌های مختلف پرستاری در بخش باید بر چارچوب ارتباط باز، احترام دوطرفه و براساس اختیارات و توانایی‌ها برای کمک به یکدیگر و گرفتن تصمیم‌گیری‌های مشترک، ارتقای کیفیت مراقبت و کاهش خطاهای درمانی باشه.

«بعضی وقتا ارتباط مناسبی بین سرپرستار با پرستاران بخشش وجود نداره و این باعث می‌شه که پرسنل به خاطر ترس از سرپرستار، اگه خطایی کنن گزارش نکنن و این باعث میشه

می‌توان در شرایط سخت از آنان راهنمایی گرفت. همچنین بر این باور بودند که توانایی و مهارت‌های خاص مراقبت از بیماران (ICU) را نمی‌توان بدون کار طولانی یاد گرفت و این امر باعث آسیب کمتری به بیماران می‌شود.

«تجربه کار توی (ICU) با بقیه بخش‌ها خیلی متفاوت و هرچی زمان می‌گذره هر روز کیس‌های جدیدی یاد می‌گیری که روی نحوه مراقبت از بیمار و حفظ ایمنی بیمار تأثیرگذاره» (شرکت کننده شماره ۱۸).

بین فردی

شرکت کنندگان بر اهمیت ارتباط باز و مؤثر بین همه رده‌های سازمان تأکید داشتند و کار تیمی را به عنوان یکی از کلیدی‌ترین راهکارهای ارتقای کیفیت خدمات سلامت مطرح کردند. سطح بین فردی خود شامل طبقات «ارتباط درون بخشی» و «ارتباط برون بخشی» بود.

ارتباط درون بخشی

تقریباً همه مشارکت کنندگان برای پیشگیری از خطاهای حرفه‌ای راهبرد همکاری بین حرفه‌ای را توصیه کردند و اظهار داشتند اگرچه پرستاران در پیشگیری از خطاهای درمانی نقش محوری دارند، تمام واحدهای بیمارستان و اعضای تیم درمان در یک بخش از قبیل پزشکان، کمک پرستاران و حتی خدمات بخش نیز در ایمنی بیمار دخیل هستند.

6. Interprofessional collaboration

به جای اینکه خطا باعث رشد فرد بشه به پنهان کاری منجر بشه» (شرکت کننده شماره ۱).

ارتباط برون بخشی

همه مشارکت کنندگان به اهمیت ارتباط صحیح بین بخشی (بخش ICU) و سایر واحدهای بیمارستانی از جمله تصویربرداری، اتاق عمل و بخش های (Post-ICU) برای دستیابی به اهداف مشترک درمانی تأکید داشتند و بیان کردند به منظور انتقال صحیح بین بخشی بایستی از ابزار ارتباطی استاندارد استفاده شود. به عنوان مثال بیشتر مشارکت کنندگان جهت انتقال ایمنی بین بخشی به پروتکل ایسبار (ISBAR)^۷ اشاره کردند.

این موضوع خصوصاً در بیماران (ICU) که خود ممکن است نتوانند شرح حال دقیقی به پرستاران ارائه دهند، اهمیت ویژه‌ای دارد.

«یکی از موضوعاتی که در اون احتمال خطا بیشتره، نقل و انتقال بیمار غیرهوشیار بین دو تا بخشه، مثلاً بیماری که سطح هوشیاری اش پایینه و به اتاق عمل میره، اگر پرستار اطلاعات درستی به همکاران اتاق عمل نده ممکنه حتی باعث احتمال خطر جراحی اشتباه بشه» (شرکت کننده شماره ۵).

از طرفی مشارکت کنندگان به نقش مهم خانواده و ارتباط با آن‌ها در برنامه مراقبت پرستاری جهت افزایش ایمنی بیمار اشاره کردند و بیان کردند اگرچه حضور خانواده کنار بیمار ممنوع و ملاقات محدود است، اما هنگام پذیرش بیمار و در ارزیابی اولیه می‌توانند اطلاعات مهمی در ارتباط با شرایط بیمار در اختیار پرستاران بگذارند.

«باتوجه به اینکه اکثر بیماران در (ICU) هوشیار نیستند، اطلاعاتی که خانواده به ما میدهند برای پیشگیری از خطاهای درمانی خیلی مهمه، مثلاً زمانی که می‌خوایم به بیمار پک سل بزنیم و خانواده به ما میگه که دفعات قبلی که بیمار خون در یافت کرده دچار عوارض مثل کهیر و تنگی نفس شده و این باعث میشه که ما دقت بیشتری داشته باشیم تا مجدد این عارضه تکرار نشه» (شرکت کننده شماره ۱۵).

سازمانی

مشارکت کنندگان بیان کردند اگرچه پرستار وظیفه پاسخگویی به نیازهای گوناگون بیمار و حفظ ایمنی وی را دارد، محیط کاری پرستاران نقش تعیین کننده‌ای در کیفیت و ایمنی مراقبت دارد. آنان به نقش سازمان و مسئولین در ایجاد شرایط کاری مطلوب برای پرستاران و تلاش بیشتر برای ارتقای کیفیت ایمنی بیمار

اشاره کردند. همچنین بیان کردند که ارتقای رفتارهای ایمنی در کارکنان به تنهایی سبب استقرار و بهبود فرهنگ ایمنی بیمار نمی‌شود و سازمان با شناسایی خطرات بالقوه، استفاده از سیستم‌های گزارش‌دهی صحیح و تجزیه و تحلیل حوادث رخ داده می‌تواند زمینه‌های بروز رفتارهای نالایمن را کاهش دهد. طبقات استخراج شده در این بعد شامل «تلفیق فرهنگ ایمنی بیمار در عملکرد سازمان»، «مدیریت حمایتی در مقابل پاسخ تنبیهی به خطا»، «ایمنی تجهیزات»، «بار کاری غیرمنطقی» و «توانمندسازی کارکنان» بود.

تلفیق فرهنگ ایمنی در عملکرد سازمان^۸

مشارکت کنندگان بر این باور بودند که استقرار فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی مشترک بین کارکنان با فضای باز برای گزارش‌دهی خطا و افزایش یادگیری سازمانی به بهبود ایمنی بیمار منجر می‌شود. آنان بیان کردند زمانی که فرهنگ ایمنی بیمار در سازمانی حاکم باشد و اولویت اصلی سازمان و التزام عملی همه کارکنان و مدیران باشد، سبب می‌شود کارکنان بدون واکنش‌های خود را گزارش کنند و فرصت یادگیری از اشتباهات خود را به دست آورند که خود باعث پیشگیری از خطاهای سیستماتیک می‌شود. همچنین بر این باور بودند که نهادینه شدن فرهنگ ایمنی بیمار در عملکرد سازمان سبب می‌شود کارکنان حتی موارد نزدیک به خطا را نیز جهت رشد و یادگیری سایر کارکنان بیمارستان بدون ترس بیان کنند و عادی‌انگاری خطا رخ ندهد.

«بعضی وقتا ممکنه خطاهایی بکنیم که از نظر ما بی‌اهمیت هستند و دیگه بهش خطا نمی‌گیم. مثلاً ممکنه به جای اینکه ترمومتر رو بسته به مکانی که برای بیمار می‌زاریم چند دقیقه استفاده کنیم، کلاً ۱ دقیقه بگذاریم، این خطا است ولی چون ساده‌انگاری شده و جان‌نیفتاده خیلی بی‌اهمیت جلوه دادیم و دیگه بهش خطا نمی‌گیم» (شرکت کننده شماره ۷).

«گه یک سازمانی فرهنگ ایمنی درش حاکم باشه، افراد هر خطایی داشته باشند را به راحتی گزارش می‌کنند، چون اون رو جزئی از کارشون می‌دانند» (شرکت کننده شماره ۳).

مدیریت حمایتی در مقابل پاسخ غیر تنبیهی به خطا^۹

نقش مدیریت در ایجاد محیطی که در آن تمام کارکنان بتوانند به راحتی دغدغه‌های خویش را بیان کنند از اهمیت خاصی برخوردار است. شفافیت در سازمان باید به گونه‌ای باشد که پنهان کاری در خصوص موارد خطای مرتبط با ایمنی بیمار به حداقل برسد. این نوع عملکرد باعث می‌شود افراد از خطاها

8. Integrating patient safety into organizational culture
9. Near miss
10. Supportive management VS non-punitive approach to error

7. Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation (ISBAR) is a mnemonic created to improve safety in the transfer of critical information.

کیفیت اون، این امر کیفیت مراقبت از بیمار و راحتی رو هم برای بیمار و هم پرستاران کاهش میده» (شرکت کننده شماره ۱۲).

«پمپ انفوزیون بخش ما چند تاشون مدت‌هاست که خرابه و تعمیر نشده، به همین دلیل بعضی مواقع از میکروست به جای پمپ استفاده می‌کنیم که به اون اندازه دقیق نیست و باعث میشه داروی بیمار خیلی سریع بره یا اصلاً نره و فشار بیمار یکدفعه خیلی بالا یا پایین بره» (شرکت کننده شماره ۹).

حجم کاری غیرمنطقی^{۱۱}

تقریباً همه مشارکت‌کنندگان از کمبود نیرو و بار کاری سنگین شکایت داشتند. حتی تعدادی از آن‌ها احساس نارضایتی از کار خود را اعلام کردند و معتقد بودند که شرایط کاری باعث خستگی، استرس و کاهش دقت می‌شود و مراقبت مناسب از بیمار را غیرممکن می‌کند. آن‌ها معتقد بودند که ارائه خدمات پزشکی با استاندارد لازم با نسبت فعلی تعداد پرستار به بیمار دشوار است. همچنین بیان کردند گاهی به علت کمبود نیرو، اجباراً از پرسنل سایر بخش‌ها استفاده می‌شود که دانش، تجربه و مهارت کافی برای کار در (ICU) ندارند و این عدم آشنایی علاوه بر به خطر افتادن ایمنی بیمار، بار کاری اضافی برای سایر کارکنان به علت توضیح رویه‌های کاری می‌باشد.

«خستگی پرسنل و شیفت‌های کاری زیاد تأثیر مستقیم روی ایمنی بیمار داره. بنا به تجربه من بیشتر موارد سقوط بیمار توی شیفت شب هست که پرستاران تعدادیشون تایم استراحت هستند و مابقی شون به تعداد کافی نیستند و به خاطر حجم کار زیاد طی روز خسته و خواب‌آلود هستند» (شرکت کننده شماره ۱۷).

«پرکار بودن بیماران (ICU)، کمبود نسبت پرستار به بیمار، آموزش‌پذیر نبودن بیماران و خستگی پرسنل اینا باعث میشه که نظارت پرستار روی بیمار کم بشه و ایمنی بیمار به خطر بیفته» (شرکت کننده شماره ۴).

توانمندسازی کارکنان

مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند باتوجه به عواملی نظیر نیاز به دقت و حساسیت کاری، ویژگی خاص بیماران (ICU)، آموزش و آگاهی از فرهنگ ایمنی بیمار به کارکنان خدمات سلامت ضروری است. آن‌ها بر اهمیت آموزش مداوم و پویا^{۱۲} و ایجاد دوره‌های بازآموزی جهت ارتقا و حفظ فرهنگ ایمنی بیمار و کاهش صدمات ناخواسته و قابل‌پیشگیری در تمام گروه‌های درمانی تأکید داشتند. همچنین بر اهمیت آموزش ایمنی به تیم درمان قبل از ورود به بازار کار اشاره کردند.

11. Unreasonable workload

12. Continuous and dynamic training

درس بگیرند، خطاها در راستای ارتقای سیستم به کار گرفته شوند و مهم‌تر اینکه کارکنان به دلیل خطاهای ناشی از کمبودهای سیستم تنبیه نشوند. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که افراد در قبال اظهار نظر آزادانه و گزارش وقایع بایستی از حمایت و اعتماد سازمان برخوردار باشند. آنان اظهار کردند مدیران با رفتارهای حمایتی می‌توانند سبب توانمندسازی پرستاران شده و رضایت شغلی آنان را بهبود بخشند و کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ایمنی بیمار را تضمین کنند. اظهارات مشارکت‌کنندگان در این رابطه در مراکز مختلف متفاوت بود، به طوری که برخی پرستاران حمایت مدیران و تشویق به علت گزارش‌دهی خطا را تجربه کرده بودند و برخی دیگر اظهار کردند شرایط محیط کاری از گزارش خطا حمایت نمی‌کند و هنوز فرهنگ گزارشگری در سازمان به طور صحیح اجرا نمی‌شود.

«من همکاری رو داشتم که آمپول TNG رو اشتباهاً به جای بیمار خودش برای یک بیمار دیگه انفوزیون کرده بود که شفاها خودش مطرح کرد و نه تنها تنبیه نشد بلکه به علت گزارش خطا یک آف تشویقی هم بهش دادند» (شرکت کننده شماره ۱۲).

در مواجهه با مدیریت غیرحمایتی برای پیشگیری از تحقیر شدن و ترس از سلب اعتماد مافوق، یکی از راهبردهای کارکنان پنهان‌سازی خطا بود. آن‌ها ترجیح می‌دادند که از بیان خطایی که به بروز عارضه منجر نشده است خودداری کنند. این موضوع خصوصاً در (ICU) که محیطی بسته می‌باشد و بیماران همراه ندارند، پررنگ می‌باشد.

«من تازه طرحم رو شروع کرده بودم برای ترانسفوزیون خون بیمار نیمه شب بود و شماره کیسه خون رو به دقت چک نکردم و بیمارم بعد از ۱۰ دقیقه دچار عارضه شد. نحوه برخورد سیستم با من خیلی ناراحت کننده بود. با اینکه من خوداظهاری کرده بودم تا مدت‌ها همه بیمارستان اطلاع داشتن که چه کسی این خطا رو انجام داده و دید دیگران نسبت به من عوض شده بود. این باعث شد از اون روز به بعد فقط خطایی رو گزارش کنم خیلی جدی باشه و خودم نتونم حلتش کنم» (شرکت کننده شماره ۶).

ایمنی تجهیزات

برای ارائه مراقبت‌های پرستاری ایمن، تأمین امکانات، تجهیزات و وسایل مورد نیاز پرستاران از وظایف مهم مسئولین سازمان است. این موضوع خصوصاً در (ICU) باتوجه به ساختار بخش و نیاز بیماران به تجهیزات پیشرفته حیات اهمیت بیشتری دارد. مشارکت‌کنندگان بیان کردند ایمنی بیمار صرفاً با عملکرد پرستاران مرتبط نیست و گاه تجهیزات قدیمی، تأخیر در تعمیرات و کیفیت پایین برخی تجهیزات می‌تواند زمینه بروز خطای حرفه‌ای را فراهم کند.

«خرید تجهیزات براساس معیارهای اقتصادی انجام میشه نه

فرهنگ ایمنی بیمار به اصلاح و بهبود ارتباطات نیاز داشت. آن‌ها بیان کردند باتوجه به شرایط حاد و تهدیدکننده حیات بیماران (ICU)، امکان بروز خطا و حوادث ناخواسته به حداکثر می‌رسد و این مهم در صورت ارتباط نامناسب گروه‌های بالینی با یکدیگر دو چندان می‌شود. همان‌طور که پارسا و همکاران بیان کردند بزرگ‌ترین مانع انجام یک تحول مؤثر، مشکلات ارتباطی است [۲۵].

در مطالعه تانگ و همکاران مشارکت و همکاری مناسب بین پزشکان و پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی به اندازه کافی نیست [۲۶]. همچنین مهارت پرستاران در برقراری ارتباط با بیماران و سایر متخصصین درمانی به بهبود نیاز دارد [۲۷]. ارتقای روابط و کار تیمی بیشتر درون واحدهای بیمارستان و تشکیل و تسهیل تبادل و انتقال اطلاعات در سازمان‌های مراقبت سلامت (وجود کانال‌های ارتباطی) در این رابطه مثر ثمر خواهد بود.

ترینچرو و همکاران نیز در پژوهش خود تحت عنوان چشم‌انداز تبادل اجتماعی برای دستیابی به فرهنگ ایمنی در سازمان‌های بهداشتی به این نتیجه رسیدند که رفتارهای ایمن کارکنان بالینی با کیفیت روابط سرپرست و کارکنان و تعامل آن‌ها با یکدیگر، نگرش کارکنان به ایمنی و کار تیمی در سازمان مرتبط می‌باشد. نتایج نشان داد مدیریت به بهبود روابط کارکنان سازمان‌های بهداشتی با یکدیگر جهت شکل‌گیری نگرش مثبت در آن‌ها در مورد شیوه‌های ایمنی نیاز دارد [۲۸]. همچنین مطالعه‌ای در ارتباط با عوامل مؤثر بر فرهنگ ایمنی بیمار گزارش کرد که کم‌ترین میانگین مربوط به ابعاد کار تیمی مابین واحدهای سازمانی بود که به‌عنوان نقطه ضعف بیمارستان شناسایی شده بود. بنابراین هرچه تعامل حرفه‌ای کارکنان با یکدیگر بیشتر باشد، خطاهای مربوط به ایمنی کمتر رخ می‌دهد [۲۹].

یکی دیگر از طبقات پدیدار شده مؤثر بر فرهنگ ایمنی حاصل از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، بعد سازمانی بود. آن‌ها اذعان کردند اگرچه پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه مراقبتی وظیفه پاسخگویی به نیازهای گوناگون و در حال تغییر بیماران را بر عهده دارند، اما شرایط محیط کاری و جو سازمانی نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت ایمنی مراقبت دارد. پرستاران تأکید داشتند رفتارهای حمایتی مدیران و انجام اقداماتی جهت بهینه‌سازی جو محیط کاری و ایجاد تیم گزارش‌دهی خطا می‌تواند از پنهان‌کاری خطا و عواقب سوء آن جلوگیری کند. آن‌ها بیان کردند نهادینه شدن فرهنگ ایمنی در سازمان بدون حمایت و مشارکت سطوح مختلف مدیریت امکان‌پذیر نیست. استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سازمان و جایگزینی فرهنگ سکوت و خاموشی با فضای باز برای گزارش خطاها و افزایش یادگیری سازمانی به بهبود ایمنی بیمار منجر می‌شود و کارکنان می‌توانند بدون واهمه، خطاها و عوارض ناخواسته را گزارش کنند و فرصت یادگیری از اشتباهات خود را به دست آورند که خود باعث پیشگیری از خطاهای

«آموزش‌ها باید جامع باشد چون یکسری از فرایندهایی که ایمنی بیمار رو به خطر میندازه خطاهای پزشکی هستند که خیلی پرستاران در اون دخالتی ندارند. یعنی خود جراح دچار اون خطا شده، بنابراین رده‌های مختلف خصوصاً پرستارا و پزشکان باید آموزش داده بشن تا از خیلی از خطاها پیشگیری بشه» (شرکت‌کننده شماره ۱۰).

«ایمنی بیمار باید به‌عنوان یک بخشی از واحدهای درسی زمانی که پرستاران و پزشکان دانشجو هستند تدریس بشه و جدی‌تر گرفته بشه تا وقتی وارد بالین می‌شن رعایت ایمنی بیمار در ذهن و عملکردشون نهادینه شده باشه» (شرکت‌کننده شماره ۱۴).

بحث

پژوهش حاضر با رویکرد تحلیل محتوای کیفی جهت تبیین تجارب پرستاران بخش مراقبت ویژه (ICU) از فرهنگ ایمنی بیمار انجام شد. با بررسی دیدگاه، نگرش و تجارب پرستاران در بخش مراقبت ویژه (ICU)، می‌توان به اطلاعات عمیق و باارزشی در ارتباط با ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از ارکان اصلی مراقبت سلامت دست یافت. در راستای هدف مطالعه، یافته‌ها نشان دادند که مفهوم ایمنی بیمار شامل سه بعد فردی، بین فردی و سازمانی می‌باشد. همچنین اظهارات مشارکت‌کنندگان نشان داد باتوجه به پیچیدگی شرایط بیمار و فرایند درمان، عدم هوشیاری بیماران و وابستگی آن‌ها به مراقبین در بخش (ICU)، توجه به فرهنگ ایمنی به‌عنوان مؤلفه مهم و تأثیرگذار در ارائه خدمات، به انجام اصلاحاتی در هر سه بعد نیاز دارد. مشارکت‌کنندگان بیان کردند در سطح فردی لازمه ارائه مراقبت‌های ایمن، دانش، مهارت، تجربه و پیروی از ارزش‌های حرفه‌ای پرستاری است.

براساس نتایج مطالعه لی و همکارش، پرستاران فاقد مهارت‌های لازم، سلامت جامعه را به خطر می‌اندازند، فرایند مراقبت بیماران را طولانی و باعث تحمیل هزینه‌های اضافی بر سیستم درمان و خانواده‌ها می‌شوند [۲۲]. بنابراین برخورداری از کفایت بالینی و کسب شایستگی‌های^{۱۳} پرستاری یک عامل مهم در تصمیم‌گیری‌های بالینی و تضمین کیفیت خدمات مراقبتی ارائه‌شده به بیماران می‌باشد [۲۳]. همچنین براساس بیانات مشارکت‌کنندگان ارتباطات در موفقیت کار و تلاش تیمی به‌ویژه در میان کارکنان مراقبت سلامت رکن اصلی در بهبود فرهنگ ایمنی در سازمان مطرح شد. مجرای ارتباطی ناکارآمد ممکن است به نتایج منفی در درمان منجر شود [۲۴]. هرچه تعامل حرفه‌ای کارکنان با یکدیگر بیشتر باشد، خطاهای مربوط به ایمنی کمتر رخ می‌دهد [۱۲]. براساس تحلیل نتایج این تعامل شامل ارتباط درون‌بخشی بین کارکنان یک بخش در رده‌های مختلف و ارتباط برون‌بخشی هنگام انتقال بیمار به سایر بخش‌ها می‌باشد که براساس اظهارات مشارکت‌کنندگان جهت بهبود

13. Nursing competency

نتیجه‌گیری

سه دسته ابعاد فردی، بین فردی و سازمانی پدیدار شده حاصل از تجارب پرستاران بخش مراقبت ویژه (ICU) نشان داد ایجاد و نهادینه‌سازی فرهنگ ایمنی مؤثر و مثبت در تمام بخش‌های سازمان، بایستی در اولویت برنامه‌های مدیریتی قرار گیرد. همچنین مدیران جهت ارتقای آگاهی تمام رده‌های درمانی در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار، ضمن برگزاری دوره‌های منظم آموزشی، پاسخ غیرتنبیهی به خطا و کار گروهی را مورد تشویق قرار دهند و نسبت به شفاف‌سازی عملکرد و انتظارات نظام سلامت درباره ارتقای ایمنی بیمار همت گمارند. همچنین ارائه سیاست‌های تشویقی به‌منظور بهبود گزارش‌دهی خطا و اتخاذ رویکرد سیستمی در مواجهه با خطا می‌تواند به یادگیری سازمانی از خطا منجر شود. بنابراین باتوجه به اهمیت حفظ ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از اصول اساسی مراقبت‌های سلامتی، انجام مطالعات با رویکردهای متفاوت مانند کمی و ترکیبی در زمینه راهکارهای توسعه فرهنگ ایمنی بیمار پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مجوز اخلاقی برای این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران با کد IR.TUMS.FNM. REC.1397.209 دریافت شده و اطلاعات شرکت‌کنندگان در این مطالعه به‌صورت کاملاً محرمانه نگهداشته شده است.

حامی مالی

حامی مالی این پروژه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران بوده است.

مشارکت‌نویسندگان

ویراستاری و نهایی‌سازی، جمع‌آوری داده‌ها: پروانه عسگری و مهرزاد مشایخی؛ مدیریت پروژه و تکمیل گزارش نهایی: پروانه عسگری و سامرند فتاح قاضی؛ روش‌شناسی و نهایی کردن مقاله و اصلاحات: پروانه عسگری؛ گردآوری و تحلیل داده‌ها: پروانه عسگری و سامرند فتاح قاضی؛ تأیید نهایی مقاله: تمام نویسندگان.

تعارض منافع

بنابراین اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از پرستاران حاضر در بخش‌های مراقبت ویژه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران تشکر و قدردانی می‌کنند.

سیستماتیک و افزایش ایمنی بیمار می‌شود [۳۰]. اگرچه در بعضی موارد پرستاران از حمایت سیستم و نحوه برخورد در قبال خوداظهاری خطا رضایت داشتند، اما در مواردی همچنان فرهنگ گزارشگری در سازمان به‌طور صحیح حمایت نمی‌شود و کارکنان تجربه ترس و تحقیر در قبال گزارش خطا داشتند.

مطالعه‌ای در ایران گزارش کرد که پاسخ غیرتنبیهی به خطاها در بیمارستان‌ها ضعیف است [۳۱]. نظام سلامت ایران باید از فرهنگ «نام، شرم و سرزنش» خودداری و رویکرد سیستمی را اجرا کند [۳۱]. در محیطی که فرهنگ بازخورد تنبیهی به حوادث و خطاها حاکم است، کارکنان در هنگام بروز خطا سعی در پنهان کردن آن خواهند داشت که این عمل می‌تواند آثار جبران‌ناپذیری را بر بدنه ایمنی بیمارستان به جای بگذارد [۳۲]. همان‌طور که در بررسی تجارب پرستاران اشاره کردند در بعضی مواقع به‌علت برخورد نامناسب مدیریت مجبور می‌شوند خطاهایی را پنهان کنند که به آسیب جدی منجر نشده است.

مطالعه‌ای در سوئد گزارش کرد حمایت مدیریت از ایمنی بیمار به‌عنوان نقطه ضعف فرهنگ ایمنی شناسایی شد [۲۴]. نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا با مطالعاتی است که نشان دادند جو سازمانی [۳۱]، خستگی و حجم بالای کار پرستاران [۳۲] و محیط کاری نامناسب و نایمن [۳۳] باعث استرس جسمی و روحی برای پرستاران و کاهش کیفیت مراقبت از بیمار و افزایش خطر حوادث می‌شود. این مطالعات نشان دادند کمبود پرسنل و محیط نامناسب کاری سبب افزایش حجم کار و عدم پیروی از سیاست‌ها و دستورالعمل‌های ایمنی بیمار می‌شود.

در بعد سازمانی، توانمندسازی کارکنان و برگزاری دوره‌های بازآموزی برای پرستاران به‌عنوان یکی از راهکارهای بهبود فرهنگ ایمنی بیمار بیان شد. براساس بیانات مشارکت‌کنندگان دوره‌های آموزشی و توانمندسازی پرستاران کفایت نمی‌کند و به آموزش بیشتر در این زمینه نیاز است و نیاز به این مورد زمانی حساس‌تر می‌شود که براساس مطالعه کن و همکاران حمایت مدیران از فرهنگ مدیران می‌تواند تقویت چشمگیری بر روی ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار ایجاد کند [۳۴]. مطالعه پاکزاد و همکاران نشان داد که بعد از اجرای برنامه آموزشی، فرهنگ ایمنی بیمار به میزان معنی‌داری بهبود یافت [۳۳]. صدراللهی و همکاران نیز نشان دادند آموزش اصول اخلاق حرفه‌ای مراقبتی با استفاده از روش‌های نوین آموزشی سبب ارتقای نگرش پرستاران به فرهنگ ایمنی و خودکارآمدی می‌شود. برگزاری منظم دوره‌های آموزشی برای تمام رده‌های درمانی با استفاده از روش‌های آموزشی نوین و تأثیرگذار می‌تواند سبب ارتقای فرهنگ ایمنی سازمان شود [۳۵].

References

- [1] Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events - A scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023; 23(1):300. [DOI:10.1186/s12913-023-09332-8] [PMID] [PMCID]
- [2] Ozer S, Sarsilmaz Kankaya H, Aktas Toptas H, Aykar FS. Attitudes toward patient safety and tendencies to medical error among Turkish cardiology and cardiovascular surgery nurses. *J Patient Saf.* 2019; 15(1):1-6. [DOI:10.1097/PTS.000000000000202] [PMID]
- [3] Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open.* 2018; 8(8):e022202. [DOI:10.1136/bmjopen-2018-022202] [PMID] [PMCID]
- [4] Al Hamid A, Malik A, Alyatama S. An exploration of patient safety culture in Kuwait hospitals: A qualitative study of health-care professionals' perspectives. *Int J Pharm Pract.* 2020; 28(6):617-25. [DOI:10.1111/ijpp.12574] [PMID]
- [5] Farokhzadian J, Dehghan Nayeri N, Borhani F. The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: Challenges perceived by nurses. *BMC Health Serv Res.* 2018; 18(1):654. [DOI:10.1186/s12913-018-3467-1] [PMID] [PMCID]
- [6] Brousseau S, Cara CM. A humanistic caring quality of work life model in nursing administration based on Watson's philosophy. *Int J Hum Caring.* 2017; 21(1):2-8. [DOI:10.20467/1091-5710.21.1.2]
- [7] Aragão NSC, Barbosa GB, Santos CLC, Nascimento DDSS, Bôas LBSV, Martins Júnior DF, et al. Burnout syndrome and associated factors in intensive care unit nurses. *Rev Bras Enferm.* 2021; 74(suppl 3):e20190535. [DOI:10.1590/0034-7167-2019-0535] [PMID]
- [8] Mossburg SE, Dennison Himmelfarb C. The association between professional burnout and engagement with patient safety culture and outcomes: A systematic review. *J Patient Saf.* 2021; 17(8):e1307-19. [DOI:10.1097/PTS.0000000000000519] [PMID]
- [9] Farokhzadian J, Dehghan Nayeri N, Borhani F. Assessment of clinical risk management system in hospitals: An approach for quality improvement. *Glob J Health Sci.* 2015; 7(5):294-303. [DOI:10.5539/gjhs.v7n5p294] [PMID] [PMCID]
- [10] Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: A systematic review and meta-analysis. *ScientificWorldJournal.* 2018; 2018:9156301. [DOI:10.1155/2018/9156301] [PMID] [PMCID]
- [11] World Health Organization (WHO). 10 facts on patient safety [Internet]. 2019 [2019 August 26]. Available from: [Link]
- [12] Khaksar A, Pashaei SF, Abbasi M, Karimi Z. [The effect of SBAR communication model training on nurses' safety culture observance by emergency department nurses (Persian)]. *Iran J Nurs Res.* 2020; 15(1):49-58. [Link]
- [13] Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. *BMC Fam Pract.* 2018; 19(1):104. [DOI:10.1186/s12875-018-0793-7] [PMID]
- [14] Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care.* 2003; 12(2):112-8. [DOI:10.1136/qhc.12.2.112] [PMID] [PMCID]
- [15] Dolatabadi FD, Ziaeirad M. [The relationship between critical thinking and patient safety culture in the nurses (Persian)]. *J Nurs Educ.* 2021; 10(2):1-12. [Link]
- [16] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004; 24(2):105-12. [DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001] [PMID]
- [17] Maxwell JA. Designing a qualitative study. In: Bickman L, Rog DJ, editors. *Handbook of applied social research methods.* Thousand Oaks: The SAGE; 2008. [DOI:10.4135/9781483348858.n7]
- [18] Phillippi J, Lauderdale J. A guide to field notes for qualitative research: Context and conversation. *Qual Health Res.* 2018; 28(3):381-8. [DOI:10.1177/1049732317697102] [PMID]
- [19] Speziale HS SH, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. [Link]
- [20] Nyathi N. Ensuring rigour and trustworthiness in a qualitative study: A reflection account. *Childhood Remixed.* 2018; 129-41. [Link]
- [21] Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. [Link]
- [22] Liu Y, Aunguroch Y. Current literature review of registered nurses' competency in the global community. *J Nurs Scholarsh.* 2018; 50(2):191-9. [DOI:10.1111/jnu.12361] [PMID]
- [23] Zaitoun RA, Said NB, de Tantillo L. Clinical nurse competence and its effect on patient safety culture: A systematic review. *BMC Nurs.* 2023; 22(1):173. [DOI:10.1186/s12912-023-01305-w] [PMID] [PMCID]
- [24] Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). In: VandeCreek L, Jackson TL, editors. *Innovations in clinical practice: Focus on children & adolescents.* Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, Inc; 2003. [Link]
- [25] Paras ML, Wolfe SB, Bearnot B, Sundt TM, Marinacci L, Dudzinski DM, et al. Multidisciplinary team approach to confront the challenge of drug use-associated infective endocarditis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2023; 166(2):457-64.e1. [DOI:10.1016/j.jtcvs.2021.10.048] [PMID]
- [26] Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, Liaw SY. Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *Int Nurs Rev.* 2013; 60(3):291-302. [DOI:10.1111/inr.12034] [PMID]

- [27] Campbell AR, Layne D, Scott E, Wei H. Interventions to promote teamwork, delegation and communication among registered nurses and nursing assistants: An integrative review. *J Nurs Manag.* 2020; 28(7):1465-72. [DOI:10.1111/jonm.13083] [PMID]
- [28] Trincherio E, Farr-Wharton B, Brunetto Y. A social exchange perspective for achieving safety culture in healthcare organizations. *Int J Public Sect Manage.* 2019; 32(2):142-56. [DOI:10.1108/IJPSM-06-2017-0168]
- [29] Asadi H, Habibi Soola A, Davari M, Ershadifard S. [The status of patient safety culture in nurses of Imam Khomeini Hospital in Ardabil, Iran during the outbreak of COVID-19, in 2020 (Persian)]. *J Mil Med.* 2022; 22(11):1162-70. [DOI:10.30491/JMM.22.11.1162]
- [30] Ridelberg M, Roback K, Nilsen P. Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: A qualitative study of nurses' perceptions. *BMC Nurs.* 2014; 13:23. [DOI:10.1186/1472-6955-13-23] [PMID] [PMCID]
- [31] Mostafaei D, Aryankhesal A, Dastoorpoor M, Rahimikhalifeh Z, Estebarsari F. Patient safety culture assessment of clinical and paraclinical staff perspective in selected university of medical sciences hospitals in Tehran. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2018; 6(3):293-301. [DOI:10.30699/acadpub.ijhehp.6.3.293]
- [32] El-Sherbiny NA, Ibrahim EH, Abdel-Wahed WY. Assessment of patient safety culture among paramedical personnel at general and district hospitals, Fayoum Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc.* 2020; 95(1):4. [DOI:10.1186/s42506-019-0031-8] [PMID] [PMCID]
- [33] Pakzad N, Norouzi K, Fallahi Khoshknab M, Norouzi M. [A comparison of the effect of virtual and lecture-based patient safety education on patient safety culture among nurses (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2016; 10 (9) :27-34. [Link]
- [34] Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal Gv, Groenewegen PP. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on patient safety culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:230. [DOI:10.1186/1472-6963-8-230] [PMID] [PMCID]
- [35] Sadrollahi A, Bagherpur M, Daiizadeh H. [Survey of effectiveness, professional ethics training in the attitude of clinical management nurses to the patient safety culture (Persian)]. *Educ Ethics Nurs ISSN.* 2020; 9(3-4):26-37. [DOI:10.52547/ethicnurs.9.3.4.26]

This Page Intentionally Left Blank
