

تعیین رابطه‌ی بین توانمندسازی ساختاری و فرهنگ ایمنی بیمار در بین کارکنان یک

بیمارستان دولتی در اهواز

سیما پری زاده^{۱*}، کیومرث بشلیده^۲

^۱ گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
^۲ گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۲۰، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۲/۲۱

مکیده

مقدمه: فرهنگ ایمنی بیمار نشان‌دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آنان است. در مراکز درمانی، توجه به ایمنی بیمار بسیار حائز اهمیت است؛ از این رو فرهنگ ایمنی بیمار باید مورد بررسی و ارتقا قرار گیرد. یکی از عواملی که منجر به بهبود فرهنگ ایمنی بیمار می‌شود، توانمندسازی ساختاری می‌باشد. توانمندسازی ساختاری به معنای تعدیل ساختارهای محیط کار توسط مدیران و تسهیل دسترسی کارکنان به امکانات سازمان می‌باشد به‌عبارتی دیگر توانمندسازی ساختاری، دسترسی کارکنان به چهار عامل محیطی یعنی فرصت، اطلاعات، حمایت و منابع را در سازمان بیان می‌کند. هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر تعیین رابطه‌ی بین ابعاد توانمندسازی ساختاری و فرهنگ ایمنی بیمار بود.

روش کار: روش پژوهش، توصیفی-همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه کارکنان بخش پرستاری یک بیمارستان دولتی در اهواز به تعداد ۲۷۵ نفر بود. نمونه‌ی پژوهش، ۲۲۱ نفر از کارکنان بود که با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های استاندارد هم‌چون شرایط اثربخش کار- ۲ و تعیین فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها، استفاده شد که پایایی آن‌ها از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چندگانه (روش هم‌زمان) و تحلیل واریانس یک راهه در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده گردید.

یافته‌ها: ابعاد فرصت، حمایت و منابع با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه‌ی مثبت و معناداری دارند اما بُعد اطلاعات رابطه‌ی معناداری با فرهنگ ایمنی بیمار ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که ابعاد توانمندسازی ساختاری ۵۹ درصد واریانس متغیر فرهنگ ایمنی بیمار را پیش‌بینی می‌کنند و از بین تمام ابعاد توانمندسازی ساختاری؛ فرصت و اطلاعات در الگو اثر معناداری بر فرهنگ ایمنی بیمار ندارند و حمایت و منابع، مهم‌ترین پیش‌بین‌های متغیر ملاک می‌باشند. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که نمره فرهنگ ایمنی در بین گروه شغلی ماما دارای بیش‌ترین مقدار و در بین بهیاران دارای کم‌ترین مقدار است. بدین معنا که در گروه شغلی ماما، به ایمنی بیماران و پیروی از فرهنگ ایمنی بیمار بیش‌تر توجه می‌شود.

نتیجه‌گیری: توانمندسازی ساختاری یکی از عوامل مؤثر بر فرهنگ ایمنی بیمار است که منجر به افزایش سطح ایمنی بیمار می‌شود. اهمیت دادن به توانمندسازی ساختاری باعث بهبود فرهنگ ایمنی بیمار می‌شود زیرا وقتی کارکنان از لحاظ ساختاری توانمند باشند و به آنان قدرت داده شود، دقت، عملکرد و ارائه‌ی خدمات ایمن آنان به بیماران نیز بیش‌تر خواهد شد. از این رو، به مدیران بیمارستان‌ها توصیه می‌شود که برای تقویت فرهنگ ایمنی بیمار، به موضوع توانمندسازی ساختاری اهمیت بدهند و برای ارتقای توانمندسازی ساختاری کارکنان خود، به خصوص پرستاران، آموزش‌ها و تجهیزات مورد نیاز را ارائه بدهند.

کلمات کلیدی: فرصت، اطلاعات، حمایت، منابع، فرهنگ ایمنی، بیمارستان

* پست الکترونیکی نویسنده مسئول مکاتبه: simaparizade91@gmail.com

مقدمه

و گروهی، نگرش ها، ادراکات، شایستگی ها و الگوهای رفتاری است که تعهد، مهارت و روش یک سازمان را از دیدگاه مدیریت ایمنی نشان می دهد. فرهنگ ایمنی بیمار در واقع به معنای پذیرش ایمنی بیمار به عنوان نخستین اولویت و ارزش مشترک در سازمان می باشد (۱۱). فرهنگ ایمنی در سازمان، جوی را به وجود می آورد که در آن ایمنی بیمار یکی از مهم ترین اولویت های سازمان به حساب می آید و رفتارهایی که موجب ارتقای ایمنی بیمار می شوند را تقویت می کند. نتایج پژوهش های مختلف نشان می دهند که شکل گیری فرهنگ ایمنی، سخت ترین موضوع سازمان های ارائه دهنده خدمات بهداشتی در نظام مراقبت از سلامت است (۱۲). تعهد مدیریت به ایمنی بیمار، سیاست غیر تنبیهی، فضای باز در سازمان، تبادل اطلاعات، بازخوردهای مناسب، توجه به کار تیمی، گزارش حوادث و توجه به فشار کاری، ابعادی از فرهنگ ایمنی بیمار هستند که با ایمنی بیمار رابطه ی مثبت دارند (۱۳-۱۹).

بر اساس مطالعات پیشین عوامل مختلفی با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه دارند و بر آن تأثیر می گذارند که یکی از این عوامل، توانمندسازی ساختاری می باشد که در ایران تاکنون پژوهشی که این دو متغیر را باهم مورد بررسی قرار دهد انجام نشده است اما در چند پژوهش اندکی که در این رابطه در خارج از کشور انجام شده نتایج نشان می دهد که توانمندسازی ساختاری با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه ی مثبت و معناداری دارد (۲۰-۲۴). توانمندسازی ساختاری یکی از عوامل مهمی است که منجر به جذب پرستاران به بیمارستان ها می شود، با توجه به این که رفتار کارکنان، واکنش به شرایط ساختاری است که در محیط کار با آن مواجه هستند (۲۵) از این رو اهمیت توانمندسازی ساختاری در شکل دادن به رفتار گروه های کاری مشخص می شود. توانمندسازی ساختاری به عنوان دسترسی به ساختارهای سازمانی در محیط کار تعریف می شود که به واسطه ی خطوط ارتباطات، حمایت، اطلاعات و منابع انجام می گردد و به کارکنان فرصت هایی می دهد تا در فرآیندهای تصمیم گیری مشارکت داشته باشند، در شغل

یکی از اجزای ضروری و شاخص کیفیت مراقبت های مرتبط با سلامتی، ایمنی بیمار می باشد (۱). ایمنی بیمار اشاره دارد به پیش گیری از آسیب های حاصل از خطاهای رخ داده در حین انجام وظیفه، خطاهای حاصل از غفلت و ضرورت های طراحی شده جهت پیش گیری از پیامدهای ناشی از خطاهای پزشکی (۲). هر نظام مراقبت از سلامتی که به دنبال تضمین و بهبود کیفیت مراقبت است، ایمنی بیمار را در اولویت خود قرار می دهد (۳، ۴). پژوهش های مختلف نشان داده است که بین ۲/۹ تا ۱۶/۶ درصد از بیماران در بیمارستان های مراقبت شدید، حداقل یک حادثه ی نامطلوب را تجربه می کنند (۵). تقریباً حدود ۵۰ درصد از حوادث نامطلوب، قابل پیش گیری می باشند. بسیاری بر این باورند که جهت بهبود کیفیت و ایمنی در مراقبت های بهداشتی، بیمارستان ها می بایست در کنار طراحی و اجرای برنامه های زیربنایی در بین کارکنان خود، فرهنگ ایمنی بیمار را نیز به وجود آورند. عوامل متعددی هم چون ناکافی بودن تعداد کارکنان، بالا بودن حجم ساعات کاری کارکنان، عدم گزارش دهی خطاهای رخ داده، نگرانی کارکنان از ثبت خطاهای آنان و وجود محیط بسته که در آن کارکنان اجازه شرکت در تصمیم گیری های سازمانی را ندارند موجب کاهش سطح فرهنگ ایمنی مراکز درمانی می شوند (۶). با ایجاد فرهنگ ایمنی، احتمال این که کارکنان بدون سرزنش شخص خطا کار؛ موارد خطا را گزارش دهند افزایش پیدا می کند؛ علاوه بر این، امکان یادگیری از خطاها نیز ایجاد می شود. بنابراین براه کاهش وقوع اشتباهات انسانی، ایمنی بیمار تضمین می شود. بنابراین اگر بیمارستان ها تمایل دارند که ایمنی بیمار افزایش یابد می بایست برای افزایش درک فرهنگ ایمنی بیمار توسط کارکنانشان تلاش کنند (۷، ۸). نتایج پژوهش های مختلف نشان می دهند که بین برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی و عملکرد مرتبط با ایمنی بیمار و هم چنین بین ابعاد فرهنگ ایمنی و حوادث ناگوار ناشی از مراقبت های بهداشتی درمانی رابطه ی معنادار وجود دارد (۹، ۱۰). فرهنگ ایمنی نتیجه ی ارزش های فردی

است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کارکنان زیرمجموعه دفتر پرستاری مربوط به بخش بالینی یکی از بیمارستان های دولتی در اهواز در سال ۱۳۹۷ بود. تعداد کل جامعه آماری ۲۷۵ نفر بود که ۱۱۲ نفر پرستار، ۴۷ نفر بهیار، ۳۷ نفر ماما و ۷۹ نفر کمک بهیار بودند. در این مرحله، حجم دقیق نمونه از طریق فرمول کوکران، برابر با ۱۶۱ نفر به دست آمد. در ابتدا هماهنگی های لازم در خصوص اجرای پژوهش با مسئولین مربوطه صورت گرفت و با توجه به واحدهای مختلف کاری با نسبت های متفاوت، به منظور اطمینان از این که زیرمجموعه ها به عنوان نماینده ی جامعه با همان نسبتی که در جامعه هستند در نمونه نیز حضور دارند از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای به منظور انتخاب نمونه ی معرف استفاده گردید؛ بدین ترتیب حجم نمونه نهایی برابر با ۲۲۱ نفر به دست آمد. سپس ابزارهای استاندارد جمع آوری اطلاعات تهیه و تدوین گردید.

روش اجرای پژوهش بدین گونه بود که پژوهش گر به محل کار کارکنان بیمارستان مراجعه و به جمع آوری اطلاعات می پرداخت و اگر شرکت کنندگان با ابهامی روبه رو می شدند، پژوهش گر به سؤالات آنان پاسخ می داد. از آن جایی که اخلاق در پژوهش بر اصل امانت داری تأکید می کند؛ محقق این اطمینان خاطر را به شرکت کنندگان داد که پاسخ های آنان محرمانه خواهد ماند، در مجموع ۲۵۰ پرسشنامه در بین شرکت کنندگان توزیع شد، از این تعداد ۲۲۹ پرسشنامه عودت داده شد که تنها ۲۲۱ پرسشنامه قابل استفاده بود. پژوهش گر پس از اجرای پژوهش، تعهد کرد که گزارش دهی حاصل از داده ها را به اطلاع شرکت کنندگان خواهد رساند؛ سپس داده های حاصل از پرسشنامه ها با بهره گیری از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

مواد پژوهش

برای جمع آوری داده های پژوهش از پرسشنامه های زیر استفاده گردید:

۱- فرم کوتاه پرسشنامه ی شرایط اثربخش کار-

خود رشد کنند و در کنترل منابع حضور داشته باشند (۲۶). توانمندسازی ساختاری توسط Counter تعریف شد؛ بر اساس الگوی او رفتار کارکنان زمانی اثربخش تر خواهد شد که سازمان به قدری ساختار پیدا کند که دو عامل فرصت و قدرت را برای تمام کارکنان در تمام سطوح مهیا کند، در این صورت است که خروجی سازمان نیز افزایش پیدا می کند. توانمندسازی ساختاری دارای چهار عامل محیطی می باشد که عبارت اند از دسترسی به فرصت، اطلاعات، حمایت و منابع. توانمندسازی ساختاری روی یک پیوستار قرار دارد و هر سازمان می تواند به میزان بیش تر یا کم تر از این خصیصه برخوردار باشد. بر طبق این که چه میزان از هر کدام از چهار ساختار دسترسی به فرصت، اطلاعات، حمایت و منابع در یک سازمان وجود دارد و بسته به چگونگی ادراک قدرت به وسیله ی کارکنان آن سازمان، میزان توانمندسازی ساختاری آن سازمان نیز متفاوت خواهد بود (۲۵).

از این رو می توان بیان داشت که محیط می تواند از فرهنگ ایمنی بیمار حمایت و آن را بهبود بخشد و این حمایت را از طریق فرصت، دستیابی به اطلاعات، حمایت و افزایش منابع از طریق قدرت انجام می دهد. علاوه بر اهمیت توجه به توانمندسازی ساختاری، بررسی ابعاد آن نیز از جمله موضوعاتی است که توجه کمی به آن شده است و برای حل مشکلات مربوط به توانمندسازی ساختاری کارکنان توجه به این ابعاد بسیار ضروری است. هم چنین با توجه به اهمیت رعایت نکات ایمنی در مراکز درمانی و ارتباط مستقیم آن با توانمندسازی ساختاری، هدف اصلی پژوهش حاضر این است که رابطه ی بین توانمندسازی ساختاری و فرهنگ ایمنی بیمار را مورد بررسی قرار داده و در نهایت پیشنهادهایی برای بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ارائه دهد و پرسش اصلی این پژوهش این است که آیا توانمندسازی ساختاری با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه دارد؟

روش کار

افراد مورد مطالعه

پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع همبستگی

که بر مبنای مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت می‌باشد. شیوه‌ی امتیازدهی به این پرسشنامه بدین‌صورت است که پاسخ‌های کاملاً موافقم، موافقم، اغلب اوقات و همیشه به عنوان پاسخ‌های مثبت برای سؤالات مثبت و پاسخ‌های کاملاً مخالفم، مخالفم، هرگز و به ندرت به عنوان پاسخ‌های مثبت برای سؤالات منفی در نظر گرفته می‌شوند و امتیاز هر حیطه برابر با میانگین درصد پاسخ‌های مثبت آن حیطه است. ابعادی که دارای درصد پاسخ مثبت بیش‌تر از ۷۵ درصد هستند به عنوان نقاط قوت و ابعادی که درصد پاسخ مثبت به آن‌ها کم‌تر از ۵۰ درصد هستند به عنوان ابعاد نیازمند به بهبود در نظر گرفته می‌شوند. ابعاد پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار عبارت‌اند از: ۱- تناوب گزارش‌دهی حوادث، ۲- درک کلی از ایمنی، ۳- انتظارات و اقدامات سوپروایزر/مدیر واحد در راستای بهبود ایمنی، ۴- یادگیری سازمانی/بهبود مداوم، ۵- کار تیمی درون واحدهای بیمارستان، ۶- باز بودن مجاری ارتباطی و صداقت در برقراری ارتباطات، ۷- ارتباطات و ارائه‌ی بازخورد در رابطه با خطاها، ۸- پاسخ غیر تنبیهی در مواقع رخ دادن خطا، ۹- مسائل مربوط به حجم کاری و تعداد کارکنان، ۱۰- حمایت مدیریت بیمارستان از ایمنی، ۱۱- کار تیمی بین واحدهای بیمارستان و ۱۲- انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی در بین واحدها.

پایایی و روایی این پرسشنامه در دو مطالعه‌ی داخلی مورد تأیید قرار گرفت (۳۲، ۳۳). پایایی این پرسشنامه در بیمارستان‌های شهر اهواز از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ به دست آمد (۳۴). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

یافته‌ها

در جدول ۱، توزیع فراوانی افراد موردبررسی بر اساس متغیرهای جمعیتی شناختی همچون جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سن و سابقه‌ی خدمت ارائه‌شده است.

۲) Conditions of Work Effectiveness) Questionnaire –II: برای اندازه‌گیری میزان توانمندسازی ساختاری از پرسشنامه‌ی شرایط اثربخشی کار استفاده شد. این پرسشنامه توسط Laschinger و همکارانش طراحی شد و دارای ۱۲ سؤال می‌باشد و ادراک پرستاران را از نظر دسترسی به چهار ساختار توانمندسازی کار یعنی دسترسی به فرصت، اطلاعات، حمایت و منابع موردبررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه با مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از اصلاً (۱) تا خیلی زیاد (۵) تنظیم شده است. دامنه‌ی امتیاز هر بعد از یک تا پنج می‌باشد و مجموع امتیاز توانمندسازی ساختاری نیز از طریق جمع‌کردن میانگین چهار بعد از ۴ تا ۲۰ به دست می‌آید (۲۷). این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران توسط ملکی و همکاران مورداستفاده قرار گرفت و روایی محتوایی پرسشنامه تأیید شد. علاوه بر این، آنان پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آوردند (۲۸). در پژوهشی پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۷۹ به دست آمد (۲۹). در پژوهشی دیگر نیز پایایی کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۰ و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ به دست آمد (۳۰). در پژوهشی دیگر پایایی کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۶ و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ به دست آمد (۳۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس‌های فرصت، اطلاعات، حمایت و منابع به ترتیب برابر با ۰/۶۹، ۰/۸۶، ۰/۸۹ و ۰/۶۵ به دست آمد. ۲- پرسشنامه تعیین فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها (Hospital Survey On Patient Safety Culture) (HSOPSC): در پژوهش حاضر برای سنجش فرهنگ ایمنی بیمار از پرسشنامه تعیین فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها استفاده گردید که یکی از ابزارهای رایج برای سنجش فرهنگ ایمنی بیمار است (۳۲). این پرسشنامه دارای ۴۲ سؤال است که ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی بیمار را موردبررسی قرار می‌دهد

جدول ۱. توزیع فراوانی افراد مورد بررسی

جنسیت	زن	مرد
وضعیت تأهل	۲۹/۵	۲۵/۴
	متاهل	مجرد
میزان تحصیلات	۸/۶	۱۱/۴
	فوق دیپلم	لیسانس
	۵۱/۲	فوق لیسانس
	۲۸/۸	
سن	۱۹/۳	۲۵-۲۰
	۳۴/۶	۳۱-۲۶
	۲۳/۲	۳۷-۳۲
	۱۴/۱	۴۳-۳۸
	۵/۹	۴۹-۴۴
	۲/۵	۵۵-۵۰
	۰/۴	بیش تر از ۵۶ سال
سابقه‌ی خدمت	۳۹/۲	۱-۵
	۱۳/۷	۱۰-۶
	۲۹/۳	۱۵-۱۱
	۱۴/۱	۲۰-۱۶
	۲/۳	۲۵-۲۱
	۱/۴	بالاتر از ۲۶ سال

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
توانمندسازی ساختاری	۴/۵۷	۱/۱۰
فرصت	۴/۴۷	۰/۹۱
اطلاعات	۴/۱۹	۰/۷۰
حمایت	۴/۵۲	۰/۹۶
منابع	۴/۲۵	۱/۱۳
فرهنگ ایمنی بیمار	۳/۳۷۱	۰/۴۵۱

مقدار این رابطه برابر با ۰/۶۷ و سطح معناداری آن برابر با ۰/۰۰۱ می باشد و از آن جایی که این سطح کم تر از ۰/۰۱ است پس این رابطه معنادار بوده است. بین ابعاد توانمندسازی ساختاری یعنی فرصت، اطلاعات، حمایت و منابع با فرهنگ ایمنی بیمار نیز رابطه ی مثبت وجود دارد که مقدار این روابط به ترتیب عبارت اند از ۰/۵۳، ۰/۳۱، ۰/۵۶ و ۰/۴۹ و با توجه به این که سطح معناداری فرصت

در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارائه شده است. برای بررسی رابطه ی توانمندسازی ساختاری و ابعاد آن با فرهنگ ایمنی بیمار از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج جدول ۳ نشان می دهد که توانمندسازی ساختاری با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه مثبت دارد که

جدول ۳. بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای پژوهش از طریق ضریب همبستگی پیرسون

متغیرها	فرهنگ ایمنی بیمار	سطح معناداری
توانمندسازی ساختاری	۰/۶۷	۰/۰۰۱
فرصت	۰/۵۳	۰/۰۰۱
اطلاعات	۰/۳۱	۰/۱
حمایت	۰/۵۶	۰/۰۳
منابع	۰/۴۹	۰/۰۰۱

جدول ۴. تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی ابعاد توانمندسازی ساختاری و فرهنگ ایمنی بیمار

	Beta	t	p<	R ²	F	p<
فرصت	۰/۰۳۱	۱/۰۶	۰/۳۹			
اطلاعات	۰/۰۴	۱/۵۶	۰/۰۹	۰/۵۹	۱۴/۳۲	۰/۰۰۱
حمایت	۰/۶۱	۱/۲۳	۰/۰۰۱			
منابع	۰/۴۷	۰/۷۹	۰/۰۲			

(منابع) $۰/۲۳$ + (حمایت) $۰/۴۱$ + (اطلاعات) $۰/۱۶$ + (فرصت) $۰/۰۳۱$ + $۲۴/۵۱$ = فرهنگ ایمنی بیمار
این الگو حاکی از رابطه‌ی مثبت متغیرهای فرصت، اطلاعات، حمایت و منابع است که تأثیری مثبت بر فرهنگ ایمنی بیمار دارند اما نتایج آزمون t نشان می‌دهد که در بین ابعاد توانمندسازی ساختاری؛ فرصت و اطلاعات در الگو اثر معناداری بر فرهنگ ایمنی بیمار ندارند چون مقدار سطح معناداری آن‌ها بیش تر از $۰/۰۵$ است ولی دو بعد حمایت و منابع به‌طور مثبت و معناداری فرهنگ ایمنی بیمار را پیش بینی می‌کنند و بیش ترین نقش را در این زمینه ایفا می‌کنند ($p < ۰/۰۵$).

برای مقایسه نمره فرهنگ ایمنی بیمار در سطح چهار گروه ماما، بهیار، کمک بهیار و پرستاران از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده گردید که نتایج این بررسی در جدول ۵ ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار F به‌دست‌آمده برابر با $۲/۳۲۴$ و مقدار سطح معناداری برابر با $۰/۰۲۶$ بود و چون سطح معناداری کم تر از $۰/۰۵$ بوده است از این‌رو میانگین نمره فرهنگ ایمنی بیمار در بین

و منابع کم تر از $۰/۰۱$ و سطح معناداری حمایت کم تر از $۰/۰۵$ است از این‌رو این روابط نیز معنادار می‌باشند. اما با توجه به جدول ۳ چون سطح معناداری بُعد اطلاعات بیش تر از $۰/۰۵$ است، از این‌رو این رابطه معنادار نمی‌باشد. در جدول ۴، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی ابعاد توانمندسازی ساختاری و فرهنگ ایمنی بیمار گزارش داده شده است.

نتایج ارائه‌شده در جدول ۴ نشان می‌دهد که ابعاد توانمندسازی ساختاری ۵۹ درصد واریانس متغیر فرهنگ ایمنی بیمار را پیش بینی می‌کنند. میزان F الگوی رگرسیون برابر است با $۱۴/۳۲$ و احتمال معنی دار بودن آن برابر است با $۰/۰۰۱$. از این‌رو الگوی رگرسیون با تمامی متغیرها معنی دار است و الگوی رگرسیون می‌تواند به طور معنی دار و مناسبی تغییرات متغیر وابسته را پیش بینی نماید. در نتیجه الگوی به‌کاررفته پیش بینی کننده‌ی خوبی برای متغیر فرهنگ ایمنی بیمار می‌باشد و چون میزان معناداری آن کم تر از $۰/۰۱$ است پس الگوی رگرسیونی معنادار است. الگوی رگرسیون به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۵. تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه نمره فرهنگ ایمنی بیمار در بین گروه‌های شغلی مختلف

گروه‌های شغلی	میانگین	انحراف معیار	F	p
ماما	۴۱/۵۶	۸/۴۵	۲/۳۲۴	۰/۰۲۶ < ۰/۰۵p
بهبار	۳۱/۱۷	۱۰/۰۲		
کمک بهبار	۳۹/۲۵	۹/۸۴		
پرستار	۳۴/۲۴	۱۳/۴۹		

گروه‌های شغلی مختلف دارای تفاوت معناداری می‌باشد. مطابق با یافته‌های ارائه شده در جدول ۵، نمره فرهنگ ایمنی در بین گروه شغلی ماما دارای بیشترین مقدار و در بین بهباران دارای کمترین مقدار است. بدین معنا که در گروه شغلی ماما، به ایمنی بیماران و پیروی از فرهنگ ایمنی بیمار بیش‌تر توجه می‌شود.

بحث

هدف اصلی این پژوهش، تعیین رابطه‌ی بین توانمندسازی ساختاری و فرهنگ ایمنی بیمار در بین کارکنان زیرمجموعه دفتر پرستاری مربوط به بخش بالینی یکی از بیمارستان‌های دولتی در اهواز بود. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل آماری در جدول ۳، مبین این موضوع بود که توانمندسازی ساختاری و ابعاد آن (فرصت، اطلاعات، حمایت و منابع) با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه‌ی مثبت و معناداری دارند که این نتیجه در راستای یافته‌های قبلی محققین می‌باشد (۲۰-۲۴) و همان‌طور که در جدول ۴ قابل‌مشاهده است دو بعد حمایت و منابع بیش‌ترین تأثیر را بر فرهنگ ایمنی بیمار داشت. نتایج پژوهش حاضر مشابه با پژوهش‌های Armstrong و همکاران (۲۰۰۶)، Armellino و همکاران (۲۰۱۰)، Almotairi (۲۰۱۸)، Atmospera (۲۰۱۷) و Theeb Moeidh (۲۰۱۵) می‌باشند. نتایج پژوهش‌های فوق‌الذکر نیز نشان دادند توانمندسازی ساختاری با فرهنگ ایمنی بیمار رابطه‌ی مثبت و معناداری دارند و هرچه سازمانی بتواند میزان توانمندسازی ساختاری محیط کار کارکنان را بیش‌تر

کند در این صورت کارکنان به فرهنگ ایمنی بیمار نیز توجه بیش‌تری می‌کنند و برای بهبود آن تلاش می‌کنند.

در تبیین یافته‌ی پژوهش حاضر می‌توان بیان داشت که فرصت، اطلاعات، حمایت و منابع جزو ضروریات‌هایی هستند که موجب می‌شود تا کارکنان به کمک آن‌ها خود را با محیط کاریشان وفق دهند و مهارت‌های خود را گسترش دهند. دادن فرصت به همه‌ی کارکنان باعث رشد، ارتقاء، موفقیت و افزایش اثربخشی سازمان می‌شود. در اختیار قرار دادن اطلاعات به کارکنان باعث می‌شود تا آنان شانس یادگیری تصمیمات مهم سازمانی، اطلاعات و سیاست‌ها را همچون اهداف سازمان داشته باشند. دادن اطلاعات به کارکنان منجر به کاهش و یا از بین رفتن ابهام نقش می‌شود و از این طریق عملکرد کارکنان افزایش می‌یابد. دسترسی به منابع باعث می‌شود که کارکنان به مواد، پول، زمان و وسایل لازم برای رسیدن به اهداف سازمانی دسترسی داشته باشند. و هم‌چنین زمانی که کارکنان از سوی مدیر و سایر همکاران موردحمایت عاطفی قرار می‌گیرند و از سوی آنان نیز بازخورد و راهنمایی و پیشنهادات سازنده‌ای دریافت می‌کنند در این صورت کارکنان احساس کنند برای انجام کارهایشان و برای رسیدن به اهداف به آن‌چه که موردنیاز است دسترسی کافی دارند و برای استفاده از آن‌ها آزادند و در این مسیر نیز حمایت‌ها و راهنمایی‌های لازم را دریافت می‌کنند. در این صورت عملکرد آنان بسیار بالا می‌رود. تمام موارد ذکرشده باعث می‌شود تا کارکنان احساس کند که نظرات و نقش‌شان در سازمان بسیار بااهمیت است و به آنان بها

ایمنی بیمار به موضوع توانمندسازی ساختاری کارکنان خود اهمیت بدهند و به آموزش‌های موردنیاز درزمینه‌ی ارتقای توانمندسازی ساختاری کارکنان خود به خصوص پرستاران توجه ویژه‌ای داشته باشند که قبل از آن می‌بایست برای ایجاد فرهنگ ایمنی در مراکز خدمات بهداشتی و سلامتی، ابتدا فرهنگ ایمنی موجود را ارزیابی کنند؛ زیرا ارزیابی فرهنگ ایمنی علاوه بر شناسایی مشکلات موجود، باعث افزایش آگاهی مدیران از عقاید و رفتارهای کارکنان درباره ایمنی بیمار می‌شود (۱). جهت ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمارستان‌ها ابزارهای مختلفی وجود دارد که از این میان، از ابزار بررسی پیمایشی بیمارستانی فرهنگ ایمنی بیمار (Hospital Survey on Patient Safety Culture) که سازمان تحقیقات و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) آن را تدوین نموده و در سراسر جهان به طور وسیعی استفاده می‌گردد (۳۵، ۳۶).

هم‌چنین با توجه به نتایج این پژوهش، به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در سایر استان‌ها و بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و سایر مراکز درمانی نیز انجام شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که چون داده‌ها از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شدند امکان سوگیری در پاسخ‌گویی به سؤالات وجود داشت. هم‌چنین این پژوهش در بین کارکنان زیرمجموعه دفتر پرستاری مربوط به بخش بالینی در یکی از بیمارستان‌های دولتی در اهواز انجام شد؛ بدین دلیل تعمیم نتایج آن به دیگر بیمارستان‌های دولتی و خصوصی سایر شهرها باید با احتیاط صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان، نویسندگان این مقاله از همکاری مدیر و کارکنان بیمارستان مورد مطالعه در اهواز، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

داده می‌شود در نتیجه رضایت شغلی، اعتماد سازمانی، خلاقیت و عملکرد افزایش می‌یابد و توجه آنان به ایمنی بیمار بیش‌تر خواهد شد؛ زیرا زمانی که کارکنان از لحاظ توانمندسازی ساختاری در سطح بالایی باشند، برای مثال، به طور متناوب حوادثی را که در سازمان در حال وقوع است گزارش می‌دهند و کار تیمی بین واحدهای مختلف افزایش می‌یابد، درباره‌ی خطاها بازخورد داده می‌شود و در ارتباطات صداقت به وجود می‌آید. با توجه به بعد حمایت توانمندسازی ساختاری، در صورتی که خطایی رخ دهد کارکنان می‌دانند که تنبیه نخواهند شد بلکه تحت یادگیری و اصلاح قرار می‌گیرند و هم‌چنین، حمایت مدیریت از ایمنی باعث توجه بیش‌تر کارکنان به ایمنی نیز می‌شود که این موارد از ابعاد دوازده‌گانه‌ی فرهنگ ایمنی بیمار می‌باشد و بسیار واضح است که افزایش توانمندسازی ساختاری کارکنان موجب بهبود و توجه به فرهنگ ایمنی بیمار می‌شود. برخی دیگر از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار که با افزایش توانمندسازی ساختاری افزایش می‌یابند عبارت‌اند از: یادگیری سازمانی، بهبود مداوم، باز شدن راه‌های ارتباطی، انتقال بیمار در بیمارستان و تبادل اطلاعات مربوط به وی در بین واحدها، درک کلی از ایمنی، مطرح‌شدن مسائل مربوط به حجم کاری و تعداد کارکنان. بنابراین اهمیت دادن به توانمندسازی ساختاری باعث بهبود فرهنگ ایمنی بیمار می‌شود زیرا وقتی کارکنان از لحاظ ساختاری توانمند باشند و به آنان قدرت داده شود، دقت، عملکرد و ارائه‌ی خدمات ایمن آنان به بیماران نیز بیش‌تر خواهد شد.

نتیجه‌گیری

توانمندسازی ساختاری یکی از عوامل مهم و مؤثر بر فرهنگ ایمنی بیمار می‌باشد که می‌تواند منجر به افزایش سطح ایمنی بیمار شود. در پژوهش حاضر نیز این موضوع مورد تأیید قرار گرفت. از این‌رو به مدیران بیمارستان و سایر مراکز خدماتی که با بیماران سروکار دارند توصیه می‌شود که برای ایجاد و تقویت فرهنگ

REFERENCES

- Gupta B, Guleria K, Arora R. Patient Safety in Obstetrics and Gynecology Departments of two Teaching Hospitals in Delhi. *Indian J Community Med.* 2016;41(3):235-40.
- Vahedian-Azimi A, Ebadi A, Saadat S, Ahmadi F. Intelligence care: A nursing care strategy in respiratory intensive care unit. *Iranian Red Crescent Medical Journal.* 2015;17(11): 26-42.
- Ling L, Gomersall C. The Effect of a Freely Available Flipped Classroom Course on Health Care Worker Patient Safety Culture: A Prospective Controlled Study. *J Med Internet Res.* 2016;18(7):180-191.
- Akbari R, Zarei E, Gholami A, Mousavi H. A survey of patient safety culture: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Providers Service Organizations. *IJOH.* 2015;12(4):76-88.
- Bavil D, Dolatian M, Mahmoodi Z, Baghban A. Comparison of lifestyles of young women with and without primary dysmenorrhea. *Electronic Physician.* 2016;8(3):107-114.
- Kabodi S, Ghanbari M, Ashtarian H, Bagheri F, Ajamin E. Assessing elements of patient safety culture in Kermanshah health care and educational centers. *Journal of Health and Safety at Work,* 2017;6(4):63- 74.
- Estebarsari F, Taghdisi M, Rahimi Foroushani A, Eftekhar Ardebili H, Shojaeizadeh D. The educational program based on the successful aging approach in elder's health-promoting behaviors: A clinical trial study. *RJMS.* 2014;21(125):26-36.
- Rahmati N, Maneshi H, Rezaie M, Abbasi M. Evaluation of safety culture in staffs of South Pars Gas Company. *IJOH.* 2018;14(6):57-69.
- Huang D, Clermont G, Kong L, Weissfeld L, Sexton J, Rowan K. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care.* 2010;22(3):151-61.
- Mardon R, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Famolaro T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of patient safety.* 2010;6(4):226-32.
- Goshtaei M, Ravaghi H, Akbari S, Abdollahi Z. Nutrition policy process challenges in Iran. *Electronic Physician.* 2016;8(2):1865-73.
- Lee A, Ismail A, El-Hage-Sleiman A, Majdalani M, Hanna-Wakim R, Kanj S. Device-associated infections in the pediatric intensive care unit at the American University of Beirut Medical Center. *J Med Internet Res.* 2016;10(6):554-62.
- Feng X, Acord L, Cheng Y, Zeng J, Song J. The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International nursing review.* 2011;58(2):249-54.
- Vahedian-Azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani S, Naderi A, Hajiesmaeili M. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. *Journal of Nursing Education.* 2015;4(1):8-22.
- Daud-Gallotti R, Costa S, Guimarães T, Padilha K, Inoue E, Vasconcelos T. Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study. *PloS one.* 2012;7(12):10-24.
- Hashemian S, Farzanegan B, Fathi M, Ardehali S, Vahedian-Azimi A. Stress among Iranian nurses in critical wards. *Iranian Red Crescent Medical Journal.* 2015;17(6): 36-41.
- Musson D, Helmreich R. Team training and resource management in health care: current issues and future directions. *Harvard Health Policy Review.* 2004;5(1):25-35.
- Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *International journal of health care quality assurance.* 2007;20(7):620-32.
- Rockville W, Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Nelson D, Smith S. Hospital Survey on patient Safety Culture: 2012 user comparative database report [dissertation]. US [: Department of Health and Human Services AHRQ Publication; 2012. 211p.
- Armstrong K, Laschinger H. Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture Making the link. *J Nurs Care Qual.* 2006;21(2):124- 132.
- Armellino D, Quinn Griffin M, Fitzpatrick J. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. *J Nurs Manag.* 2010;18(7):796-803.
- Almotairi T. The relationship between structural empowerment and the patient safety culture in the Saudi public hospitals. *J Pat Care.* 2018;11(4):221-235.
- Atmosfera-Walch, N. Improving Patient Safety Through

- Structural Empowerment. Hawai'i: ProQuest; 2017.
24. Theeb Moeidh A. The effect of Structural empowerment and Prosocial Voice on the Patient Safety culture Moderated by Self-Monitoring and Mediated by Psychological Empowerment in Saudipublic Hospitals[dissertation]. [Malasia]: University Utara of Malasia; 2015. 191p.
25. Manojlovich M. Environmental and personal predictors of professional nursing practice behaviors in hospital settings. United States - Michigan: University of Michigan; 2003.
26. O'Brien J. Structural empowerment, psychological empowerment and burnout in registered staff nurses working in outpatient dialysis centers. United States - New Jersey: Rutgers The State University of New Jersey - Newark; 2010.
27. Laschinger H, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *J Nurs Adm.* 2001; 31(5):260-72.
28. Maleki M, Gohari M, Ghorbanian A. Relationship between structural empowering and nurses' readiness for change. *Iran Journal of Nursing (IJN).* 2012;25(76):10-18.
29. Patrick A, Laschinger H. The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. *J Nurs Manag.* 2006;14(1):13-22.
30. Faulkner J, Laschinger H. The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses. *J Nurs Manag.* 2008;16(2):214-21.
31. Bonyad Karizme T, Rahimi Pordanjani T, Mohamadzadeh Ebrahimi A. The relationships between structural and psychological empowerment and job satisfaction among nurses. *Journal of School of Nursing and Midwifery.* 2016;22(3):201-215.
32. Saari A, Forooshani A. The psychometric properties of the farsi version of Hospital Survey on Patient Safety Culture in Iran Hospitals. *Iran J Public Health.* 2012; 41(4): 80- 6.
33. Ebadi fard azar F, Rezapoor A, Tanoomand Khoushehmehr A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. Study of patients' safety culture in Selected Training hospitals affiliated with Tehran university of medical sciences. *J Hosp.* 2011;11(2):55-64.
34. Salavati S, Fanoosi T, Dehghan D, Tabesh H. Nurses' Perspectives on Patient Safety Culture. *Iran Journal of Nursing (IJN).* 2013;26(84):24-33.
35. Bell A, Gallacher N. Succeeding in Sustained Reduction in the use of Restraint using the Improvement Model. *BMJ Qual Improv Rep.* 2016;5(1): 85-94
36. Mohebi Far R, Alijan zade M, Safari Varianni A, Khoshtarkib H, Ghanati E, Teymouri F, et al. Studying patient safety culture from the viewpoint of staffs in educational hospitals in Tehran City. *Journal of Health and Safety at Work,* 2015;5(1):57- 64.