

بررسی همبستگی بین وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار و شرایط محیط کار پرستاران

نویسندگان:

محبوبه شالی^۱، سودابه جولائی*^۲، منصوره سپهری نیا^۳، عباس هوشمند^۴، حمید حقانی^۵

- ۱- گروه مدیریت و ویژه، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
- ۳- گروه اطفال، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
- ۴- گروه داخلی _ جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۵- گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 4, Number 2, Summer 2015

چکیده:

مقدمه: تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار از خطاهای تهدید کننده ایمنی بیمار است که باعث افزایش مرگ و میر بیماران و هزینه های بیمارستانی می شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار و ارتباط آن با شرایط محیط کار پرستاران انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه همبستگی، ۳۰۰ پرستار به روش نمونه گیری طبقه ای-نسبتی، از بیمارستانهای منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شدند. جهت گردآوری اطلاعات از سه پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه شاخص محیط کار پرستار و پرسشنامه وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار استفاده شد. داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون پیرسون و کروسکال والیس و تی مستقل، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین نمره وقوع تأخیر در طی سه ماه برای هر پرستار $(21/54 \pm 9/92)$ ، زیاد و میانگین نمره حاصل برای شرایط محیط کار پرستار $(67/34 \pm 14/8)$ ، مطلوب به دست آمد. بین مشخصات دموگرافیک پرستاران و وقوع تأخیر به بیماران ارتباط معنادار آماری دیده نشد. از نظر آماری ارتباط معناداری بین تأخیر در ارائه مراقبت و شرایط محیط کار پرستاران به دست آمد. $(p < /0.05)$ ، $(t = /3)$.

نتیجه گیری: وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار خطائی شایع در مراکز درمانی بوده است، لذا با توجه به ارتباط بین میزان وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار و شرایط محیط کار پرستار، ضروری است تا مدیران با استراتژی های موثر جهت پیشرفت شرایط کاری زمینه را برای مراقبت ایمن برای بیماران فراهم آورند.

J Educ Ethics Nurs 2015;4(2):67-75

واژگان کلیدی: ایمنی بیمار، شرایط محیط کار، تأخیر در ارائه مراقبت، گزارش خطا، پرستار

مقدمه:

می شود [۲]. پیدا کردن دلیل ایجاد تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار می تواند در بهبود وضعیت درمان کمک کننده باشد، به طوری که در مطالعات گذشته رسیدگی بدون تأخیر به بیماران قلبی تا ۴۵ درصد در کاهش مرگ و میر بیماران موثر بوده است [۳]. اگر چه در دسترس بودن دارو برای بیماران اهمیت زیادی دارد. بنابراین مهمتر از آن ارائه بدون تأخیر دارو به بیمار است که در تسریع درمان و کاهش نشانه های بیماری بسیار تاثیرگذار است [۴]. برای مثال رسیدگی به بیماران تب دار علاوه بر درمان آنتی بیوتیکی، نیازمند ارائه به موقع دارو و به دور از

تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار، باعث به مخاطره افتادن ایمنی بیمار ناشی از تأخیر در درمان، قصور و خطا و مواجهه ارائه دهندگان مراقبت و تمام سطوح سازمان با مسائل قانونی می-شود. از این رو سازمان های مراقبت از سلامتی در تلاش جهت ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و کاهش خطرات ناشی از مراقبت می باشند [۱]. تأخیر در ارائه مراقبت و در نتیجه تأخیر در ارائه درمان و ترخیص بیمار باعث نقض شاخص های ایمنی بیمار از جمله: افزایش عفونت های بیمارستانی، بی حرکتی، سقوط بیمار و ایجاد زخم های فشاری

نویسنده مسئول، نشانی: تهران، خیابان ولیعصر (عج)، بالاتر از میدان ونک، خیابان رشید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامائی ایران

پست الکترونیک: SJoolae@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۲۱۸۸۸۸۲۸۸۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۱۳

می توانند ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت را بطور معنی داری تحت تاثیر قرار دهند [۱۱]. با توجه به اهمیت ارائه مراقبت به موقع به بیماران و اهمیت شناسایی عوامل موثر بر وقوع تأخیر در مراقبت و با توجه به نبود مطالعه مشابه در ایران، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار و شرایط محیط کار پرستاران صورت گرفته است.

روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی است که در بیمارستان-های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. نمونه های پژوهش ۳۰۰ پرستار شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. جهت برآورد حجم نمونه، در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه، ضریب همبستگی بین امتیاز ایمنی بیمار با هر یک از متغیرهای شرایط محیط کار پرستار حداقل (۱/۱۵) باشد، تا این ارتباط از نظر آماری معنی دار تلقی گردد، از فرمول:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{d^2} + 3$$

جهت تعیین حجم نمونه استفاده گردید و حجم نمونه ۳۰۰ نفر برآورد گردید.

معیارهای ورود پرستاران به این مطالعه شامل داشتن مدرک تحصیلی فوق دیپلم پرستاری و بالاتر، داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و تمایل به شرکت در طرح بود، که در انتخاب نمونه ها اعمال گردید.

روش نمونه گیری این پژوهش به صورت طبقه ای نسبتی بود. جهت انجام نمونه گیری از بین ۲۷ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳ بیمارستان که دارای بیشترین مراجعین بخش های تخصصی و بیشترین تعداد پرستار بودند، انتخاب شدند. سپس لیستی از تعداد کل پرستاران شاغل (رسمی، پیمانی، طرحی و قراردادی) در ۱۳ بیمارستان منتخب تهیه و بر اساس آن تعداد نمونه به صورت تصادفی انتخاب گردید. که با استفاده از فرمول زیر تعداد پرستاران از هر بیمارستان به شرح جدول انتخاب شدند:

$$\text{تعداد کل پرستاران در بیمارستان X} \times \frac{\text{تعداد کل پرستاران بیمارستان های منتخب}}{\text{تعداد نمونه از بیمارستان X}}$$

هرگونه تأخیری به بیمار است و تأخیر در رسیدگی عوارضی چون تشنج یا عفونت های تنفسی را در پی خواهد داشت [۴]. تأخیر در شناسایی بیماری قلبی و تأخیر در رسیدگی به بیماران با درد قفسه سینه توسط کادر درمان در افزایش مرگ و میر بیماران تاثیر زیادی دارد و رسیدگی به بیماران از نظر زمانی و سرعت عمل حیاتی است و مراقبت بدون تأخیر را می طلبد [۵]. مطالعه انجام شده توسط ایوانف در رابطه با مراقبت از بیمار گواه این حقیقت است که تأخیر در مراقبت از بیماران و افزایش مشکلات ناشی از آن می تواند نتیجه عدم توافق و ارتباط مناسب کادر مراقبتی باشد، که در این حالت بیماران بیشتر در معرض خطا و بی توجهی به علائم خطر قرار می گیرند، که کیفیت مراقبت از بیمار را بیش از پیش به خطر می اندازد [۶]. برقراری شرایط مناسب سازمانی و محیط مناسب کار پرستاران این امکان را می دهد که با جدیت بیشتری موضوع را پیگیری کنند. شرایط محیط کار پرستار شامل سیستمی است که امکان ارائه مراقبت با کیفیت بالا و استاندارد های حرفه ای را برای پرستار فراهم می کند [۷]. خصوصیات یک محیط کار است که می تواند فعالیت حرفه پرستاری را تسهیل کند و یا مانع از آن گردد. این خصوصیات شامل امکان مشارکت پرستار در امور بیمارستان، وجود شرایط ارائه مراقبت با کیفیت، توانائی مدیریت، رهبری و حمایت از پرستار، کفایت منابع و نیروهای پرستاری و رابطه بین پزشک و پرستار می باشد [۸]. الفرینگ و همکاران، محیط مناسب برای ارائه مراقبت با کیفیت و ایمن را دسترسی به منابع و اطلاعات و دادن فرصت رشد و یادگیری به پرستاران می دانند. به نظر آنان ویژگی های محیط کار است که روی نگرش و عملکرد افراد شاغل در محیط تاثیر می گذارد [۹]. ارتباط بین محیط کاری پرستار و ایمنی بیمار در چندین مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است، از آن جمله آیکن و همکاران به ارتباط بین تعداد کم پرستاران و افزایش مرگ و میر بیماران اشاره کرده اند [۹]. آرمسترانگ و لاسچینگر، نیز در مطالعه ای به ارتباط مهم بین توانمند سازی پرستاران و حمایت از آنها در محیط و درک مثبت از ایمنی بیمار اشاره کرده اند [۱۰]. ارتباط پرستار و همکاران، نسبت تعداد پرستار به بیمار و شیوه های مدیریت و رهبری، همزمان با وسایل و امکانات موجود در بخش، همگی از دیگر عوامل مربوط به شرایط کار هستند که

بیمارستان سینا	بیمارستان اکبر آبادی	مرکز سوانح سوختگی مطهری	بیمارستان شهید هاشمی نژاد	بیمارستان امیر اعلم	بیمارستان فارابی	بیمارستان شفاء چچایان	بیمارستان رسول اکرم (ص)	انستیتو کانسر	مرکز طبی کودکان	بیمارستان ولیعصر (عج)	بیمارستان امام خمینی (ره)	بیمارستان فیروزگر	مرکز درمانی
۳۳	۱۰	۱۰	۱۳	۲۱	۲۶	۱۲	۳۷	۱۵	۳۳	۲۸	۴۳	۱۹	تعداد نمونه ها

به منظور تعیین روائی صوری و محتوایی (کمی-کیفی)، هر دو پرسش نامه (وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار و شاخص محیط کار پرستار). در یک پانل ۱۲ نفره تخصصی شامل (۹ نفر دکترای پرستاری، ۳ نفر دکترای آمار حیاتی)، در اختیار متخصصین قرار گرفت. نظرات آنان به صورت تغییراتی جزئی در پرسشنامه اعمال شد. (ابزار محیط کار پرستار: $CVI: 0/84$, $CVR: 0/68$) و (ابزار محیط کار پرستار: $CVI: 0/86$, $CVI: 0/78$, $CVR: 0/68$). سپس پرسشنامه ها جهت تعیین پایایی در اختیار ۳۰ پرستار قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه خطای تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار $0/94$ و برای پرسشنامه محیط کار پرستار $0/89$ محاسبه گردید. پس از کسب معرفی نامه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارائه به مسئولین بیمارستان و اخذ رضایت از پرستاران مورد پژوهش و توضیح اهداف مطالعه، پرسشنامه ها در بین نمونه ها توزیع شد و بعد از هماهنگی با واحدهای مورد پژوهش، ۷-۳ روز بعد از توزیع جمع‌آوری گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون پیرسون تی مستقل و کروسکال والیس، توسط نرم افزار آماری SPSS ۱۶ انجام شد. تمامی آزمون‌های آماری در سطح کمتر از $0/05$ معنی دار فرض شدند.

یافته ها:

شرکت کنندگان در پژوهش با میانگین سنی ($32 \pm 6/14$) سال، اکثراً زن ($86/7\%$) و متاهل (64%) بودند. بیشترین تعداد شرکت کنندگان در پژوهش از نظر استخدامی پیمانی ($56/7\%$)، با درجه تحصیلی کارشناسی ($96/3\%$)، شیفته کاری در گردش ($74/3\%$) و دارای میانگین سابقه کاری ($7 \pm 6/034$) سال بودند. بین وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار و مشخصات دموگرافیک پرستاران هیچ رابطه معناداری دیده نشد (جدول ۱). میانگین نمره محیط کار پرستار ($67/34 \pm 14/8$) به دست آمد که این بدان معناست که شرایط محیط کار از دیدگاه پرستاران مشارکت کننده در این مطالعه مطلوب بوده است (جدول ۲).

Error! Bookmark not defined. جهت جمع‌آوری اطلاعات

از سه پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اول مربوط به ویژگی‌های فردی پرستاران نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت استخدام، مدرک تحصیلی، واحد کاری، شیفته کاری معمول و سابقه کار در حرفه پرستاری بود.

پرسشنامه دوم، جهت جمع‌آوری اطلاعات در رابطه با تعداد وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار، پس از مرور متون و بررسی ابزارهای مرتبط، در ۱۴ آیتم طراحی گردید. پاسخ دهی به صورت خود گزارش دهی توسط پرستاران به صورت (هرگز، بلی و تعداد موارد خطا)، جهت بررسی خطای تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار در سه ماهه گذشته انجام شد. خطای زیر پنج بار (کم)، بین شش تا ده، (متوسط) و بالاتر از ده (زیاد) دسته بندی شده است [۱۲].

پرسشنامه سوم، شاخص محیط کار پرستار (The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index) اولین بار توسط Lake در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است. این ابزار به سنجش کیفیت محیط کار پرستاران می پردازد. پس از کسب اجازه از طراح پرسشنامه از طریق Email، توسط تیم تخصصی مترجمین ابتدا به فارسی و سپس به انگلیسی ترجمه گردید. پرسشنامه انگلیسی با پرسشنامه اصلی شاخص های کار پرستاری "Nursing Work Index" مطابقت داده شد و پس از اطمینان از صحت ترجمه، پرسشنامه مجدداً به فارسی ترجمه گردید. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه در ۵ حیطه‌ی، مشارکت پرستار در عملکرد بیمارستانی (۵ گویه)، نقش پرستار در ارتقاء کیفیت بیمارستان (۱۰ گویه)، توانایی مدیریت و رهبری در پرستاری و حمایت از پرستار (۴ گویه)، منابع کافی نیروی پرستاری (۳ گویه)، و ارتباط بین پزشک و پرستار (۳ گویه) می باشد. پاسخ دهی در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (۱=کاملاً مخالف، ۲=مخالف، ۳=نظری ندارم، ۴=موافق، ۵=کاملاً موافق) توسط پرستاران صورت گرفت. نمره دهی این ابزار بین ۱۲۵-۲۵ بوده، که نمره (۷۵-۲۵) به معنای محیط کار مطلوب و نمره (۱۲۵-۷۶) محیط کار نامطلوب در نظر گرفته می شود. [۸].

با توجه به داده های به دست آمده از این پژوهش میانگین کل وقوع خطای تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار برای هر پرستار در سه ماهه گذشته برابر با $(21/54 \pm 9/92)$ مرتبه (زیاد) برای هر پرستار محاسبه گردید، که میزان وقوع این خطاها در جدول شماره ۳ بر حسب محیط کار مطلوب و محیط کار نامطلوب نمایش داده شده است، همچنین با استفاده از آزمون پیرسون ارتباط معناداری بین وقوع خطای تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار و شرایط محیط کار پرستار به دست آمد ($p < .05$ و $r = .3$) (جدول ۳).

در مطالعه حاضر عوامل مرتبط با شرایط محیط کار پرستاران از جمله عدم مشارکت پرستاران در تصمیم گیری، عدم کفایت در

تلاش جهت ارتقاء مراقبت پرستاری، نیاز به توانمندی بیشتر مدیران پرستاری در رهبری، کمبود منابع و نیروهای پرستاری و ارتباط ضعیف پزشکان و پرستاران در وقوع خطای تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار تأثیر داشته است. از آنجائی که موضوع و محور کار پرستاران انسان می باشد که نیازمند مراقبت دلسوزانه و با اشتیاق و صبورانه پرستار است، لذا سلامت جسمی، روحی و روانی پرستاران در محیط کار از موضوعات بسیار مهم می باشد و ارتقاء این شرایط در محیط کار پرستار، کیفیت مراقبت ایمن را ارتقاء خواهد بخشید.

جدول ۱: ویژگی های فردی مشارکت کنندگان برحسب وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار

متغیر	تعداد (درصد)	نتایج آزمون
جنس	مرد (۱۳/۳) ۴۰	$p = .13$
	زن (۸۶/۷) ۲۶۰	$df = 136$
وضعیت تاهل	متاهل (۶۴) ۱۹۲	$p = .09$
	مجرد (۳۶) ۱۰۸	$df = 198$
وضعیت استخدام	رسمی (۲۶/۷) ۸۰	$\chi^2 = 7/87$
	پیمانی (۵۶/۶) ۱۷۰	$df = 12$
	طرحی (۱۲/۷) ۳۸	$p \leq .79$
	قراردادی (۴) ۱۲	
مدرک تحصیلی	فوق دیپلم (۱/۷) ۵	$\chi^2 = 21/04$
	لیسانس (۹۶/۳) ۲۸۹	$df = 19$
	فوق لیسانس و دکترا (۲) ۶	$p \leq .87$
شیفت کاری معمول	صبح (۲۰) ۶۰	$\chi^2 = 4/84$
	عصر (۳/۳) ۱۰	$df = 45$
	شب (۲/۳) ۷	$p \leq .36$
	در گردش (۷۴/۴) ۲۲۳	
واحد کاری	اورژانس (۸/۴۱) ۲۵	$\chi^2 = 3/56$
	کودکان (۵/۳) ۱۶	$df = 11$
	CCU (۷) ۲۱	$p \leq .17$
	ICU (۲۲/۳) ۶۷	
	داخلی (۱۷/۶۶) ۵۳	
	اتاق عمل (۸) ۲۴	
	جراحی (۳۱/۳۳) ۹۴	
سن	۲۰-۳۰ (۱۸) ۵۴	$\chi^2 = 1/23$
	۳۱-۴۰ (۶۴/۳۴) ۱۹۳	$df = 20$
	۴۱-۵۰ (۱۷/۶۶) ۵۳	$p \leq .116$
سابقه کار	کمتر از ۱۰ (۴۰) ۱۲۰	$\chi^2 = 4/68$
	۱۰-۲۰ (۳۱/۳۳) ۹۴	$df = 32$
	۲۱-۳۰ (۲۸/۶۷) ۸۶	$p \leq .26$

†: نتیجه آزمون کروسکال والیس

*: نتیجه آزمون T مستقل

جدول ۲: نمرات کسب شده از پرسشنامه شاخص محیط کار پرستاران در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران

شاخص های محیط کار		مطلوب	نامطلوب
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
در محل کار من : فرصت شرکت در تصمیم گیری ها برای پرستاران وجود دارد.	مشارکت	۹۳ (۳۱)	۲۰۷ (۶۹)
	پرستار در امور بیمارستان	۱۰۴ (۳۴/۶)	۱۹۶ (۶۳/۶)
	مدیر پرستاری در اجرای امور بیمارستان قدرت و اختیاری مساوی با سایر سطوح مدیریتی در بیمارستان دارد.	۱۹۳ (۶۴/۳)	۱۰۷ (۳۵/۶)
	کل (انحراف معیار \pm میانگین)	۲۰۷ (۶۹)	۹۳ (۳۱)
		۳۵ (۱۱/۶)	۲۶۵ (۸۸/۳)
		۴۱/۱۱ \pm ۴/۲۱	
	ارتقاء کیفیت	۳۹ (۱۳)	۲۶۱ (۸۷)
	مراقبت	۲۶۱ (۷۱/۷)	۳۹ (۲۸/۳)
	پرستاری	۲۹۲ (۹۷/۳)	۸ (۲/۶)
	کل (انحراف معیار \pm میانگین)	۲۸۷ (۹۵/۷)	۱۳ (۴/۳)
امکان استفاده از تشخیص های پرستاری وجود دارد.	برنامه کنترل و تضمین کیفیت فعال است.	۲۸۳ (۹۴/۳)	۱۷ (۵/۷)
	برنامه آشنائی و آموزش بالینی برای پرستاران تازه استخدام شده وجود دارد.	۲۵۰ (۸۳/۳)	۵۰ (۱۶/۶)
	ارائه مراقبت ها بر اساس مدل پرستاری است و نه پزشکی.	۲۹۳ (۹۷/۶)	۷ (۲/۴)
	تداوم مراقبت برای هر بیمار از یک روز به روز دیگر امکان پذیر است.	۲۹۵ (۹۸/۳)	۵ (۰/۷)
	یک فلسفه روشن مختص در محیط مراقبت از بیمار جاری است.	۲۶۳ (۸۷/۶)	۳۷ (۱۲/۴)
	برنامه مراقبتی به روز برای همه بیماران تدوین می شود.	۲۹۸ (۹۹/۷)	۲ (۰/۳)
	مدیریت انتظار ارائه استانداردهای بالای مراقبتی را از پرسنل دارد..	۵۳/۲۴ \pm ۲/۵۸	
	برنامه های آموزش مداوم فعال برای پرستاران برقرار است.		
	امکان کار کردن با پرستارانی که از شایستگی بالینی برخوردارند، وجود دارد..		
	کل (انحراف معیار \pm میانگین)		
سرپرستارم یک مدیر و رهبر خوب است.	توانائی مدیران	۱۵۳ (۵۱)	۱۴۷ (۴۹)
	پرستاری در رهبری	۳۹ (۱۳)	۲۶۱ (۸۷)
	کل (انحراف معیار \pm میانگین)	۱۶۳ (۵۴/۳)	۱۳۷ (۴۵/۷)
		۱۷۵ (۵۸/۳)	۱۲۵ (۴۱/۷)
		۳۸/۱۱ \pm ۳/۶۴	
تعداد کافی پرستار برای ارائه مراقبت با کیفیت وجود دارد.	کفایت منابع و نیروهای پرستاری	۳۹ (۱۳)	۲۶۱ (۸۷)
	وجود خدمات حمایتی کافی به من اجازه می دهد که وقت بیشتری را صرف بیمارم بکنم.	۱۲۹ (۴۳)	۱۷۱ (۵۷)
	زمان کافی برای بحث در مورد مشکلات بیمار با سایر پرستاران موجود است.	۲۶۱ (۸۷)	۳۹ (۱۳)
	کل (انحراف معیار \pm میانگین)	۵۳/۳۱ \pm ۷/۷۶	
همکاری گروهی زیادی بین پرستاران و پزشکان وجود دارد.	روابط پزشک و پرستار	۶۹ (۲۳)	۲۳۱ (۷۷)
	پزشکان و پرستاران ارتباط خوبی با هم دارند.	۱۳۸ (۴۶)	۱۶۲ (۵۴)
	پزشکان و پرستاران متقابلا به هم احترام می گذارند.	۱۱۷ (۳۹)	۱۸۳ (۶۱)
	کل (انحراف معیار \pm میانگین)	۸۶/۱۳ \pm ۳/۱۶	
نمره کل شاخص محیط کار (انحراف معیار \pm میانگین)	۶۷/۳۴ \pm ۵/۶		

جدول ۳: میانگین وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار بر حسب شرایط محیط کار پرستار

نتیجه آزمون پیرسون	شرایط محیط کار		وقوع تأخیر در ارائه مراقبت
	نامطلوب M±SD	مطلوب M±SD	
r=-۰/۷ p=۰/۰۰۱	۳۳/۴±۸/۳	۱۱/۳±۶/۴	تأخیر در کنترل و اجرای دستور پزشک
r=-۰/۶ p=۰/۰۰۱	۱۶/۴±۱/۱۱	۲/۱±۶/۱	تأخیر در اجرای عملیات احیای بیمار
r=-۰/۶ p=۰/۰۰۲	۱۹±۷/۴	۱/۴±۳/۴	تأخیر در پاسخگویی به زنگ اخبار (نیازهای بیمار)
r=-۰/۴ p=۰/۰۰۲	۹±۱/۳	۶/۱±۳/۵	تأخیر در اطلاع بستری شدن یا وخامت حال بیمار به پزشک معالج
r=-۰/۵ p=۰/۰۰۴	۱۰±۴/۲	۸/۱۸±۵/۵	تأخیر در فرستادن نمونه ها به آزمایشگاه و اطلاع نتایج آزمایشات به پزشک
r=-۰/۳ p=۰/۰۰۴	۱۲/۱۲±۴/۴	۷/۱±۲/۳	تأخیر در پاسخ به آلامهای دستگاه های متصل به بیمار
r=-۰/۶ p=۰/۰۰۳	۱۲±۵/۴	۸/۹±۱/۱۱	تأخیر در انجام تصویربرداری های تشخیصی از بیمار
r=-۰/۳ p=۰/۰۰۳	۱۶±۵/۵۶	۱۰/۶±۳/۳	تأخیر در دادن مسکن به بیمار و تسکین درد
r=-۰/۵ p=۰/۰۰۳	۱۲/۳±۳/۳	۷/۷±۱	تأخیر در کنترل تب بیمار
r=-۰/۲ p=۰/۰۰۴	۹/۶±۵/۵	۵/۴±۱/۱۴	تأخیر در ارائه مراقبت مناسب در زمان بروز واکنش های حساسیتی در بیمار
r=-۰/۵ p=۰/۰۰۴	۱۳/۴±۸/۸	۱۱/۶±۳/۳۵	تأخیر در انتقال بیمار با شرایط بحرانی به بخش مراقبت های ویژه
r=-۰/۶ p=۰/۰۰۳	۱۹/۳±۳/۳۵	۸/۷±۵/۴	تأخیر در آماده کردن تخت در بخش جهت پذیرش بیمار
r=-۰/۷ p=۰/۰۰۲	۱۸/۲±۸/۸۹	۲±۸/۴	تأخیر در بند آوردن خونریزی بیمار
r=-۰/۰۰۱ p=۰/۰۰۶	۳/۴±۸/۸	۱۱/۶±۳/۳۵	تأخیر در رسیدگی به بیمار با درد قفسه سینه
r=-۰/۳ p=۰/۰۰۵	۲۱/۵۴±۹/۹۲		کل وقوع تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار

بحث:

مراقبت دریافت شده است. در مطالعه روتمبرا و همکاران (۲۰۰۹)، که در ارتباط با تأخیر در رسیدگی به کودکان تب دار در اوگاندا انجام شد، جهت جمع آوری اطلاعات از خانواده ۹۱۷۶ کودکی که در طی دو هفته قبل از مطالعه بیمار شده بودند، مصاحبه به عمل آمد. یافته ها حاکی از آن بود که از بین کودکان بیمار، ۴۹۹۱ کودک دچار تب شده بودند که ۵۵/۲ درصد از این کودکان جهت دریافت مراقبت به منظور کنترل تب مورد تأخیر قرار گرفته بودند [۱۴]. در مطالعه یاد شده از روش مصاحبه از خانواده بیمار جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شده است.

لزلی و همکاران (۲۰۰۰)، در ارتباط با تأخیر در رسیدگی به بیماران دچار درد قفسه سینه و تشخیص انفارکتوس میوکارد در شهر گلاسکو به نتایجی رسیدند که موید تأخیر جدی در رسیدگی به بیماران بود. ۴۰ درصد بیماران در مصاحبه انجام شده اظهار داشتند که در رسیدگی به درد قفسه سینه آنان بیش از چهار ساعت تأخیر صورت گرفته است [۱۵]. با توجه به این که در ایران ثبت و گزارش رخدادهای ناخواسته در رابطه با بیماران هنوز از ساز و کار منسجمی برخوردار نبوده و موارد گزارش شده نیز مورد تحلیل و بررسی قرار نگرفته است، امکان مقایسه با آمارهای موجود در دنیا و قضاوت دقیق و علمی در مورد آن وجود ندارد. تفاوت های موجود در میزان خطا در این مطالعه با یافته های مطالعات یاد شده را می توان ناشی از مشکلات و کمبودهای موجود در پرستاری ایران از جمله کمبود نیروی

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها در رابطه با هدف کلی پژوهش، بررسی ارتباط بین خطای تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار و شرایط محیط کار پرستار، نشان دهنده وجود رابطه آماری معکوس و معنی دار بین وقوع خطا و شرایط کاری پرستاران بود ($p < ۰/۰۰۵$). تحقیقی در زمینه خطای تأخیر در ارائه مراقبت به بیماران در ایران یافت نشد که بتوان نتایج پژوهش را با آن مقایسه کرد اما نتایج تحقیقات مشابه انجام شده در سایر کشورها به منظور مقایسه مورد بررسی قرار گرفت.

میانگین کل وقوع خطای تأخیر در ارائه مراقبت به بیمار با میانگین ۲۱/۵۴ مرتبه در طول سه ماه برای هر پرستار بود که این میزان در مطالعه تنگ و همکاران (۲۰۰۹)، که در تایوان صورت گرفت برابر با ۶ مرتبه در طول یک سال برای هر پرستار گزارش شد که حاکی از میزان کمتری از خطا در بین پرستاران بود. آنان نیز اطلاعات خود را به روش خود گزارش-دهی از بین پرستاران جمع آوری کردند [۱۲]. در مطالعه روکر و همکاران (۲۰۰۱)، در ارتباط با تأخیر در انتقال بیمار به بخش مراقبت های ویژه و عوامل موثر بر آن، جمع آوری اطلاعات از بیماران انجام گردید. از ۱۹۲۰ پرسشنامه ای که بیماران تکمیل نمودند، ۳۲ درصد اظهار داشتند که در انتقال آنها به بخش مراقبت های ویژه تأخیر صورت گرفته است [۱۳]. استفاده از بیماران برای جمع آوری اطلاعات در این زمینه را شاید بتوان از مزیت های مطالعه روکر نسبت به مطالعه حاضر دانست، چرا که در واقع این برداشت بیماران است که تعیین کننده کیفیت

محیط کار فقط بین ایجاد خطاهای مراقبتی ناخواسته مثل سقوط بیمار و کمبود پرستار ($p < .025$) و حمایت مدیران از پرستاران ($p < .007$) ارتباط معنادار دیده شد [۲۱]. در مطالعه ای که در ایالت میشیگان آمریکا در سال ۲۰۰۷ بر روی ۸۶۶ پرستار واحد مراقبت های ویژه انجام شد، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که ارتباط معکوس و معناداری بین ارتباط پزشکان و پرستاران و رخداد خطاهای دارویی و همچنین ایجاد زخم فشاری در طی مراقبت وجود دارد و نتایج این مطالعه نشان داد که تعامل پزشکان و پرستاران یک پیش گوئی کننده کوچک ولی مهم رخداد خطاهای دارویی می باشد و این نتایج مبین این مسئله بود، که زمانی که پرستاران دیدگاه مطلوبی از ویژگی های محیط کار و ارتباط با پزشکان داشتند، متقابلاً خطاهای مراقبتی کاهش یافته و ایمنی بیمار ارتقاء می یافت [۲۲] و در مطالعه حاضر نیز ارتباط پزشک و پرستار یکی از شاخص های محیط کار است که تاثیر مهمی در وقوع خطا داشته است. با توجه به نتایج مطالعات یاد شده نکته ای که محققان در آن اتفاق نظر دارند ارتباط معنی دار شرایط محیط کار پرستار با شاخص های ایمنی بیمار از جمله تأخیر در ارائه مراقبت به بیماران است [۱۰ و ۲۰-۲۲]، که نتیجه کلی این مطالعه نیز تأیید کننده این اتفاق نظر است.

با توجه به اینکه بر اساس گزارش انجمن کیفیت و تحقیق مراقبت سلامت در سال ۲۰۰۷ علل رخداد خطاهای بالینی و تهدید ایمنی بیمار در سیستم مراقبتی شامل مشکلات ارتباطی در محیط کار، نبود کار تیمی، فقدان اطلاعات کافی، موضوعات مربوط به بیمار (ارزیابی درست و آموزش بیمار)، اشکال در انتقال سازمان یافته اطلاعات، الگوهای ناصحیح پرسنلی، نارسائی های تکنیکی و برنامه ریزی های نامناسب می باشد [۲۳].

حل این تعارضات در محیط کار سلامت در ارتقاء ایمنی بیماران و ارائه مراقبت با کیفیت موثر و نتیجه بخش خواهد بود.

نتیجه گیری:

با توجه به نتایج حاصل از مطالعه به نظر می رسد با بهبود شرایط محیط کار می توان زمینه کاهش خطا و همچنین کاهش موارد نقض ایمنی بیمار را فراهم آورد. مدیران پرستاری باید از عوامل موثر بر ایمنی بیمار آگاه باشند زیرا زمانی پرستاران می توانند شاخص های ایمنی را کاملاً رعایت کنند که شرایط تامین ایمنی بیمار در محیط کارشان ایجاد شده باشد.

انسانی به نسبت استاندارد در سیستم ارائه خدمات، عدم نظارت دقیق بر فرآیند ارائه مراقبت به موقع و بدون تأخیر به بیمار و عدم وجود سیستم مشخص ثبت و گزارش دهی صحیح خطاها دانست [۱۶] و باید در نظر داشت که خطاهای انسانی در هر حرفه ای اجتناب ناپذیر بوده و ریشه کن کردن این خطاها غیرممکن است [۱۷] لذا طرح و برنامه ریزی صحیح و وجود سیستم جامع پایش و نظارت بر این روندها می تواند موجب کاهش خطا و پیشگیری از عوارض خطرناک آن در هنگام وقوع گردد.

به طور کلی مکانیسم های گزارش دهی و یادگیری از خطاهای بالینی در بیمارستان ها ضعیف است [۱۸] در مطالعه حاضر نیز از روش خودگزارش دهی پرستاران جهت جمع آوری داده ها استفاده شده است که با توجه به تاثیر عواملی چون ترس، مشکل بودن فرآیند گزارش دهی، عدم آگاهی از خطا و موانع مدیریتی در گزارش خطا [۱۹]، می توان این مورد را یکی از محدودیت های پژوهش دانست، چرا که ممکن است نحوه تکمیل پرسش نامه تحت تاثیر عوامل دیگری از قبیل (آشکار شدن اطلاعات فردی، تحت تاثیر سایر همکاران قرار گرفتن، تمایل افراد برای ارزیابی خود بهتر از واقعیت و ...) قرار داشته باشد، که از کنترل پژوهشگر خارج می بود. بر این اساس در مورد محرمانه بودن داده ها به پرستاران اطمینان داده شد تا گزارش آنها به واقعیت نزدیکتر باشد.

با توجه به پاسخ پرستاران شرایط محیط کار از دیدگاه پرستاران مشارکت کننده در این مطالعه مطلوب بوده است.

در مطالعه کلارک و همکاران (۲۰۰۷)، در مورد شرایط محیط کار، که با استفاده از ابزار NWI (که ابزار استفاده شده در پژوهش حاضر می باشد) انجام شد، ۱۱۵۱۶ پرستار از ۱۸۸ بیمارستان عمومی در پنسیلوانیا شرکت کردند. با توجه به پاسخ پرستاران به پرسشنامه شاخص محیط کار پرستار، میانگین پاسخ پرستاران به گویه ها در دو مطالعه با وجود اختلاف حجم نمونه استفاده شده با هم همخوانی دارد [۲۰].

لاسچینگر و همکاران (۲۰۰۶)، نیز در مطالعه بررسی ارتباط شرایط محیط کار بر پیامدهای ایمنی بیماران که با استفاده از همین ابزار بر روی ۱۷۹۶۵ پرستار از ۲۹۲ بخش مراقبت ویژه انجام شد، به این نتیجه رسیدند که درک پرستاران از محیط کار در ارتقاء کیفیت ایمنی از بیماران موثر است [۱۰]، که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر همخوانی دارد. می توان این همخوانی را به علت بکی بودن پرسشنامه های مورد استفاده در هر دو مطالعه با مطالعه حاضر دانست.

در مطالعه هیکنین و همکاران (۲۰۰۸)، در ارتباط با تاثیر محیط کار بر عملکرد پرستاران، از بین شاخص های یاد شده برای

تشکر و قدر دانی:

پژوهش حاضر قسمتی از یافته های پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که حمایت مالی این طرح (۱۵۲۲۳-۲۸-۰۳-۹۰) با کد

اخلاق(۹۰/د/۱۳۰/۲۲۸۳) را عهده دار شدند و همچنین از کلیه اساتید و پرستاران محترم که در انجام این پژوهش ما را یاری فرمودند، قدردانی می نمایم.

References:

1. Faut M. Nurse and physician collaboration. J Orthop Nurs 2008;27:93.
2. Lim s, Doshi V, Castasus B, Lim J, Mamun K. Factors causing Delay in Discharge of elderly patients in an acute care hospitals. Ann Acad Med 2006;13(5): 27-32.
3. Leslie WS, Urie A, Hooper J, Morrison CE. Delay in calling for help during myocardial infarction: reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. Heart 2000;84:137-41.
4. Rutebemberwa E, Kallander K, Tomson G, Peterson S, Pariyo G. Determinants of delay in care-seeking for febrile children in eastern Uganda. Trop Med Int Health 2009;14(4):472-9
5. Graff LG, Wang Y, Borkowski B, Tuozzo K, Foody JM, Krumholz HM, et al. Delay in the Diagnosis of Acute Myocardial Infarction: Effect on Quality of Care and Its Assessment. Acad Emerg Med 2006;13(9):931-8.
6. Elfering A, Semmer N, Grebner S. Work stress and patient safety: observer-rated work stressors as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. Ergon 2006; 15;49(5-6):457-69.
7. Aiken L, Clark S. Educational Level of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA 2008; 290(12): 1617-1623..
8. Lake E. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Res Nurs & Health 2012; 25(3):176-88.
9. Aiken L. Creating hospital environment to retain great nurses achieve excellent patient outcomes .nursing management' recruitment and retention conference. USA: Orlando; 2008: 118-211.
10. Armstrong K ,Laschinger H. Structural empowerment,Magnet hospital. J Nurse Care Qual 2006; 21(2):124-32.
11. Blendon R, Desroches C, Brodie M, Benson J, Rosen B, Schneider E. Views of practicing physicians and the public on medical errors. New England J Med 2012; 347(24):1933-40.
12. Teng C, Dai Y. professional commitment, patient safety, and patient perceived care quality. J Nurs Scholarship 2009; 41(3): 301-309.
13. Rucker D, Brennan T, Burstin H. Delay in Seeking Emergency Care .Acad Emerg Med 2001;8(2):163-9.
14. Rutebemberwa E, Kallander K, Tomson G, Peterson S, Pariyo G. Determinants of delay in care-seeking for febrile children in eastern Uganda. Trop Med Int Health 2009; 14(4):472-9.
15. Leslie WS, Urie A, Hooper J, Morrison CE. Delay in calling for help during myocardial infarction: reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. Heart 2000; 84(2):137-41.
16. Behabadi AH, Sayf H, Nasrabadi AN. Survey of nurse burnout in a 10 years period. J Med Refinement 1999;10(55): 10-20.
17. Anosheh M, Ahmadi F, Faghizadeh S, Vaismoradi M. Survey of Predisposing Causes of Working Errors in Nursing Cares from Perspective of Nurses and Their Managers Perspectives. Iranian J Nurs 2007;20(51):25-36.
18. Sanghera I, Franklin B, Dhillon S. The attitudes and beliefs of healthcare professionals on the causes and reporting of medication errors in UK intensive care unit. Anaesth 2007; 62(1):53-61.
19. Chiang H, Pepper G. Barriers to nurses reporting of medication administration errors in Taiwan. J Nurs Scholarsh 2006; 38(4):392-9.
20. Clarke S. Hospital work environments, nurse characteristics, and sharps injuries. American J Infect Control 2007; 35(5):302-9.
21. heikkinen T, Partanen P, Alto P. Nurses' work environment and nursing outcomes: A survey study among Finnish university hospital registered nurses. Int J Nurs Pract 2008; 14(5):357-65.
22. Manjlovich M, Antonakon L ,Roins L. communication between nurses and physicians and patient outcoms. American j Crit Care 2007; 18(1):21-30.
23. Kirchner M, Noggooh E, Perstianni F, Elumia M. health care quality assesment. Newjersey 2007:125-26.

The association between the occurrence of a delay in the delivery of patient care and working conditions of nurses

Shali M¹, Joolae S^{*2}, Sepehrinia M³, Hooshmand A⁴, Haghani H⁵

Received: 7/04/2015

Accepted: 5/11/2016

1. Dept of Nursing Management and Critical Care, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Center for Nursing Care Research, School of Nursing & Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Dept of Pediatrics, School of Nursing & Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
4. Dept of Medical – Surgical, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Dept of Statistics, School of Management And Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 4, Number 2, Summer 2015

J Educ Ethics Nurs 2015;4(2):67-75

Abstract:

Introduction:

Delays in the delivery of patient care is the most common errors that threaten patient safety and increases mortality rate and hospital costs. This study was carried out with the aim of determining the incidence of delay in the delivery of patient care and investigating its relationship with nurses' working environment.

Materials and Methods:

This is a correlative study. Through a stratified sampling method, 300 nurses were selected from selected hospitals affiliated with Tehran university of Medical sciences. Data were collected by a three questionnaires consisted of demographic data questionnaire, nurses' working environment Index questionnaire and delay in the delivery of patient care questionnaire. Data were analyzed using SPSS software version 16, Pearson and Kruskal-Wallis test and t-test.

Results:

The mean of delay incidence in a three-month span for each nurse was (21.54 ± 9.92) (high) and the mean for nurses' working conditions was (67.34 ± 14.8) (desirable). No statically significant relationship was found between nurses' demographic characteristics and the incidence of delay in giving care to. A statistically significant correlation was observed between the delays in providing care and nurses' working conditions ($p < 0.005$) ($r = 0.3$).

Conclusion:

Delay in the delivery of care to patients is a common error in health centers. Given the significant relationship between the incidence of delay in providing care to patients and nurses' work environment, it seems essential that managers make effective strategies to improve working conditions for nurse.

Keywords: Patient Safety, Working Conditions, Delay In The Delivery of Care, Reporting Errors, Nurse

* Corresponding author, Email: SJoolae@Yahoo.com