

## بررسی تاثیر آموزش اصول اخلاق حرفه‌ای در نگرش مدیران بالینی پرستاری به فرهنگ ایمنی بیمار

علی صدرالهی<sup>۱</sup>، معصومه باقرپور<sup>۲\*</sup>، حسین دائی زاده<sup>۳</sup>

۱- مربی، گروه سالمندی، دانشکده پرستاری واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز ایران

۲- استادیار، گروه علوم تربیتی واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز ایران

۳- استادیار، گروه علوم تربیتی واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.9, No.3&4, Fall & Winter 2021

### چکیده:

**مقدمه:** فرهنگ ایمنی بیمار از مهم‌ترین جنبه کیفیت مراقبت‌های بالینی است. برآیند مطالعات رعایت ایمنی بیمار را در مراکز درمانی نامطلوب نشان می‌دهد. شناخت روش‌های اثر بخش در ارتقا این مؤلفه از اولویت‌های سازمانی است. هدف این مطالعه بررسی تاثیر آموزش اصول اخلاق حرفه‌ای در نگرش مدیران بالینی پرستاری به فرهنگ ایمنی بیمار بود.

**روش کار:** مطالعه نیمه تجربی حاضر به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه پژوهش ۳۰ پرستار رده مدیریت بالینی شاغل در مرکز درمانی شهید صیاد شیرازی گرگان بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس با تصادف سازی در هر گروه انجام شد. پرستاران در دو گروه تجربی (آموزش اصول اخلاق حرفه‌ای با رویکرد فرهنگ ایمنی بیمار) و شاهد (بدون هیچ‌گونه مداخله) تقسیم شدند. آموزش‌ها در ۸ دوره پروتکل آموزشی هر یک به مدت ۸-۶ ساعت به فاصله زمانی هر ۵ تا ۷ روز به شیوه کارگاه ارائه شد. ابزار مطالعه شامل اطلاعات دموگرافیک و مقیاس استاندارد پیمایش بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار (HSOPS) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶، آمار توصیفی و آزمون‌های کولموگوروف اسمیرنوف، کای اسکوئر، تی مستقل و تی زوجی در سطح معنی‌داری  $p < 0/05$  تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** تعداد ۱۷ نفر (۵۶/۷ درصد) از شرکت‌کنندگان زن بودند. میانگین سنی پرستاران  $39/5 \pm 6/7$  سال بود. قبل از شروع کارگاه میانگین فرهنگ ایمنی مددجو در گروه مداخله  $50/6 \pm 5/3$  و گروه شاهد  $48/9 \pm 5/9$  بود. پس از ارائه آموزش‌ها اختلاف معناداری ( $p = 0/012$ ) در میانگین نمره گروه تجربی ( $139/2 \pm 13/7$ ) نسبت به گروه شاهد ( $53/5 \pm 3/09$ ) ایجاد شد. نتایج آزمون تی زوجی در گروه مداخله نشان داد میانگین فرهنگ ایمنی بعد از انجام مداخله ( $139/2 \pm 13/7$ ) به صورت معناداری ( $t = 21/092$ ،  $p = 0/0001$ ) نسبت به قبل از مداخله ( $50/6 \pm 5/3$ ) افزایش داشت درحالی‌که در گروه کنترل اختلاف معناداری ( $t = 1/970$ ،  $p = 0/1$ ) نداشت.

**نتیجه‌گیری:** مطالعه حاضر نشان داد آموزش اصول اخلاق حرفه‌ای مراقبتی در ارتقاء نگرش مدیران بالینی پرستاری به فرهنگ ایمنی بیمار مؤثر بود. لذا مداخله با تأکید بر آموزش اصول اخلاقی به‌عنوان روشی مؤثر در برنامه‌های آموزشی ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار پرستاران توصیه می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** آموزش، پرستار، اخلاق حرفه‌ای، فرهنگ ایمنی بیمار

J Educ Ethics Nurs 2021;9(3&4):26-37

### مقدمه

ارائه‌شده در محیط‌های بالینی درمانی است که نادیده گرفتن آن فشار روانی زیادی برای کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سبب می‌گردد [۳]. تلاش‌های زیادی به‌منظور ارتقا ایمنی و کاهش خطرات در ارائه مداخلات درمانی صورت گرفته است اما همواره امکان خطر و خطای ایمنی در ارائه مداخلات وجود دارد [۴] به‌طوری‌که سازمان

یکی از بزرگ‌ترین مشکلات موسسات مراقبتی درمانی جوامع خطرات ناشی از بی‌توجهی به ایمنی بیمار است [۱] که خدمات جبران‌ناپذیری برای بیماران و خانواده‌ها به همراه دارد و سبب تحمیل هزینه‌های هنگفت بر پیکره سازمان‌های دخیل می‌گردد [۲]. تأمین ایمنی برای بیماران مهم‌ترین جنبه کیفیت مراقبت‌های

\*نویسنده مسئول، نشانی: گلستان، بندرگز، کیلومتر ۱ جاده‌ی بندرگز به ساری. دانشگاه آزاد اسلامی بندرگز، بندرگز، ایران.

تلفن تماس: ۹۱۱۲۵۷۳۷۸۵

پست الکترونیک: ma\_bagherpur@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۴

[۱۲]. استفاده از هر یک از این روش‌های آموزشی مزایا و معایب خاص خود را به همراه دارد؛ از این رو استفاده از روش‌های آموزشی که اثربخشی بالاتر و هزینه کمتری به همراه داشته باشد از اولویت‌های آموزشی محسوب می‌گردد [۱۳]. برگزاری کارگاه‌های آموزش اخلاق یکی از روش‌های اثربخش است [۱۴] که به منظور تغییر نگرش و ایجاد تغییرات اخلاقی و رفتاری در پرستاران استفاده می‌گردد [۱۵]. تأثیر این روش آموزشی در ارتقاء نگرش پرستاران به فرهنگ ایمنی بیماران در مطالعات کمتر مورد توجه قرار گرفت [۱۶، ۱۷، ۱۸]. به طوری که مطالعه Mayhew و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد گذراندن دوره‌های آموزشی در برخی موارد تغییر قابل ملاحظه‌ای در توسعه رفتار اخلاقی پرستاران ایجاد نمی‌کند [۱۸]. مطالعه Jølstad و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان داد آموزش‌های برنامه‌ریزی شده رسمی با تمرکز بر توسعه مهارت‌های اخلاقی مدیریت مناسب‌تری را در مداخلات پرستاری بیماران فراهم می‌کند [۱۹]. Ghahramanian و همکاران (۲۰۱۷) نیز این نکته را اشاره داشتند که توسعه مهارت‌های ارتباطی حرفه‌ای در بالین می‌تواند توسعه ایمنی بیمار را به همراه داشته باشد [۲۰]. با توجه به این که آموزش تمامی پرستاران موسسات دخیل در مراقبت‌های بالینی و درمانی همراه با هزینه‌های هنگفت و نیازمند وقت و برنامه‌ریزی‌های گسترده است [۲۱] آموزش مدیران بالینی پرستاری می‌تواند روش مناسبی در جهت رسیدن به هدف فوق باشد که با صرف هزینه کمتر، بیشترین نتیجه را پیش‌بینی کرد [۲۲].

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است و خدمات غیر ایمن در عرصه سلامت یک معضل جهانی گسترده به شمار می‌رود. همچنین این مورد از بحث‌های مهم در ارائه مداخلات پرستاری است [۶]. شناخت روش‌های مؤثر در امر آموزش فرهنگ ایمنی در بیماران یکی از جنبه‌های مهم خدمات بالینی محسوب می‌گردد [۲۳]. بررسی برنامه‌ها و دستورالعمل‌های اثربخش در حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار از ضروریات لازم است. از آنجایی که برنامه آموزشی مدون و مشخصی به منظور آموزش فرهنگ ایمنی بیمار برای گروه‌های پرستاری تدوین نشده است بنابراین لازم است شیوه‌های آموزشی مناسب حین اشتغال برای پرستاران ایجاد شود تا با برگزاری این آموزش‌ها ارتقا فرهنگ ایمنی بیمار ایجاد گردد [۲۴]. از آنجایی که در بحث‌های سازمانی مدیریت مجموعه‌ها نقش گسترده‌ای در ارتقاء برنامه‌های سازمانی و کیفیت خدمات ارائه شده دارد اثربخشی روش پیشنهادی مطالعه حاضر راهنمایی برای سایر مجموعه‌های دیگر خواهد بود. بررسی اثربخشی آموزش اخلاق در ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار در مطالعات کمتر مورد توجه قرار گرفته است و در بررسی پژوهشگران مطالعه‌ای جامع یافت نشد لذا مطالعه حاضر بررسی تأثیر آموزش

جهانی بهداشت به اهمیت شکل‌گیری مقررات ایمنی بیماران در اهداف سازمان‌های بهداشت و درمان به عنوان یک فرهنگ برای کاهش خطرات نادیده گرفتن ایمنی اشاره داشت [۵]. وجود ایمنی به صورت فرهنگ سبب ایجاد ذهنیت در سطح گسترده میان کارکنان می‌شود و تغییر ارزش‌ها، عقیده و نگرش افراد را در سازمان به همراه دارد [۴]. هنگامی که ایمنی به صورت فرهنگ برای افراد شکل پیدا کند تمام رفتارها، نگرش‌ها، اقدامات، مداخلات و پیگیری‌ها با هدف حفظ ایمنی برای بیمار انجام خواهد شد که برآیند این تغییرات ارتقا کیفیت مداخلات و کاهش خطاهای درمانی است [۶]. از آنجایی که بررسی‌های انجام شده در جوامع مختلف نشان داد خطر ناامنی در ۱ مورد از هر ۱۰ نفر بیمار بستری وجود دارد و احتمال ایجاد ناامنی در جوامع در حال توسعه ۲۰ برابر کشورهای توسعه یافته است شکل‌پذیری فرهنگ ایمنی بیمار در محیط‌های درمانی اهمیت دوچندان‌تری پیدا خواهد کرد [۷].

پرستاران یکی از گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی است که بیشترین سهم را در انجام خدمات سلامت بیماران در جوامع مختلف دارند [۶]. باورها و ارزش‌های اخلاقی و رفتاری پرستاران در التزام به حفظ ایمنی بیمار در انجام نقش پرستاری اهمیت به سزایی دارد و می‌تواند وضعیت ایمنی بیماران را که یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت مراقبت کل‌نگر و شایسته پرستاری در قبال بیماران و مددجویان است تحت تأثیر قرار دهد [۸]. وجود فرهنگ ایمنی بیمار در ارائه مداخلات پرستاری می‌تواند کیفیت عملکرد پرستاران را ارتقا دهد [۹] و واکنش‌های روان‌شناختی مثبت، احساس رضایت، افزایش انگیزه و حس شایستگی را در پرستاران ایجاد کند و برای بیماران اطمینان و اعتماد بیش‌تری نسبت به مراقبت‌های پرستاری ارائه شده فراهم نماید [۱۰، ۱۱]. در این میان پرستارانی که در سطوح مدیریت بالینی به فعالیت می‌پردازند از وظایف گسترده و سنگین‌تری به منظور پیاده‌سازی فرهنگ ایمنی بیمار در محیط‌های درمانی برخوردار هستند. پرستاران رده مدیریت با ایفا نقش رهبری خود در واحدهای مراقبتی سبب هدایت کارکنان به رعایت فرهنگ ایمنی بیمار و با وضع قوانین و پیگیری‌ها خود کاهش خطاهای درمانی و ارتقا ایمنی بیماران می‌شوند. نوع نگرشی که مدیران پرستاری به فرهنگ ایمنی بیمار دارند نگرش سایر کارکنان واحدهای نظارتی را شکل خواهد داد. به عبارت دیگر التزام پرستاران سطوح مدیریت بالینی به فرهنگ ایمنی بیمار سبب التزام سایر کارکنان خواهد شد [۵].

جهت پیاده‌سازی، ارتقا و تداوم فرهنگ ایمنی بیمار روش‌های مختلف آموزشی وجود دارد که با بهره‌گیری از هریک از آن‌ها می‌توان وضعیت نگرش به ایمنی را در بین پرستاران تغییر داد

شرکت‌کنندگان (مداخله و کنترل) در اتاق جداگانه به صورت منفرد و تنها در حضور پژوهشگر تکمیل شد. سپس افرادی که به عنوان گروه مداخله انتخاب شدند در ۸ دوره پروتکل آموزشی هر یک به مدت ۶-۸ ساعت به فاصله زمانی هر ۵ تا ۷ روز به شیوه کارگاه برنامه‌ریزی شده بود شرکت کردند. در این کلاس‌ها مجموعه آیین اخلاق مراقبتی با نگاه به ایمنی در ارائه مراقبت‌های بالینی توسط افراد آموزش‌دیده و مسلط به مضامین هر جلسه ارائه شد. مضامین برنامه‌های آموزشی هر یک از این پروتکل‌ها بر اساس سرفصل درسی دانشگاهی اخلاق حرفه‌ای و ارتباطات پرستاری تعیین شده وزارت بهداشت و آموزش پزشکی ایران تعیین شد. شرکت‌کنندگان گروه مداخله در طول کلاس‌ها از طریق استفاده از فیلم، پاورپوینت عکس، پرسش و پاسخ، طرح سؤال و نمایش تئاتر مورد آموزش قرار گرفتند. پس از اتمام دوره‌های آموزشی که ۳ ماه پس از تکمیل پرسشنامه مرحله اول بود پرسشنامه‌ی مرحله‌ی دوم در گروه مداخله تکمیل شد و پرسشنامه‌ی مرحله‌ی دوم در گروه کنترل همانند گروه مداخله تکمیل شد. مجموعه پروتکل‌های اخلاق حرفه‌ای مراقبتی با نگاه به ایمنی مددجو در ارائه مراقبت‌های بالینی پرستاران فعال در رده مدیریت شامل:

### پروتکل دوره اول (درک تهدید و ایمنی بیمار):

اولین مرحله در اصول آموزش اخلاق حرفه‌ای پرستاری افزایش تهدید درک شده در دو مقوله شدت درک شده و حساسیت درک شده در برابر بیماران با ایجاد آگاهی و دانش نسبت به ایمنی بود. افزایش تهدید درک شده از طریق افزایش شدت و حساسیت درک شده نسبت به وجود اخلاق حرفه‌ای و رعایت آن تغییر نگرش و افزایش انگیزه مدیران پرستاری را برای اقدام به رفتارهای پیشگیرانه بیشتر می‌نماید. جلسه آموزش با هدف انتقال اطلاعات به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ درباره موضوعات مورد نظر بود و پژوهشگر نقش حمایتی، مشاوره‌ای و آموزشی را داشت.

### پروتکل دوره دوم (ارتقای خودکارآمدی و پیچیدگی مسائل درمان و بهداشت):

دومین مرحله با هدف افزایش خودکارآمدی و در نتیجه خودکنترلی واحدهای پژوهش بود، که طی یک جلسه با تأکید بر تغییر باور و اصلاح نگرش نسبت به بیمار و فرایند درمان و اصول تصمیم‌گیری بالینی در مراقبت صورت گرفت. در این جلسات پرستاران مدیریت بالینی در ارتباط با الگوی تصمیم‌گیری معقول، خلاقیت در تصمیم‌گیری، اصول تصمیم‌گیری، اصول اخلاقی تصمیم‌گیری، چارچوب قانونی اتخاذ تصمیم‌گیری در مراقبت‌های درمانی، انواع تصمیم‌گیری در مراقبت‌های درمانی، روش‌های تصمیم‌گیری، روش‌های تصمیم‌گیری گروهی، افراد

اخلاق مراقبتی در نگرش پرستاران سطوح مدیریت بالینی به فرهنگ ایمنی بیمار انجام شد.

### روش کار

در این مطالعه نیمه تجربی با گروه کنترل که در سال ۱۳۹۵ انجام شد؛ جامعه آماری شامل پرستاران شاغل در مرکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی گرگان با پست سازمانی مدیریت بالینی بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن مطالعه برهانی و همکاران (۱۳۹۱) [۱۶] با مقادیر ۰.۱۱ و ۰.۰۱ که میانگین و انحراف معیار تغییرات نمره اضطراب در گروه مداخله و مقادیر ۰.۱۲ و ۰.۰۲ مقادیر میانگین و انحراف معیار تغییرات نمره آموزش اخلاق در گروه کنترل بود در

$$n = \frac{\left[ \frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{2} \right]^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2} \quad \text{فرمول}$$

$\alpha = 0.05, 1\sigma = 2\sigma, \mu_1 = 1, \mu_2 = 3$

$(1-\beta) = 0.08$  جای‌گذاری شد. در هر گروه حداقل نمونه لازم برای مشاهده تفاوت‌ها ۱۵ نفر بود که جمعاً ۳۰ نمونه تعیین شد. روش نمونه‌گیری مطالعه به صورت در دسترس با انجام تصادفی سازی بود. ورود به این مطالعه شامل سن بالای ۲۵ سال، ملیت ایرانی، فعالیت در یکی از پست‌های مدیریتی سرپرستار، سوپروایزر و مدیریت پرستاری، داشتن سابقه فعالیت بالینی بیش از ۳ سال، استخدام بودن در یکی از اشکال رسمی، رسمی آزمایشی، پیمانی، قراردادی، داشتن تحصیلات کارشناسی و بالاتر بود. معیار خروج انصراف شرکت‌کننده از پاسخ‌گویی به پرسشنامه در حین انجام هر یک از مراحل کار پژوهش بود.

پس از کسب مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرگز به شماره ۱۳۹۶،۲ و هماهنگی با سرپرست و مدیریت پرستاری بیمارستان جمع‌آوری نمونه‌ها شروع شد. ابتدا توسط دفتر پرستاری بیمارستان لیست اسامی پرستاران فعال در رده مدیریت مشخص شد. جهت کنترل مناسب نمونه‌گیری در مطالعه، در مرحله اول، افراد واجد شرایط انتخاب شدند. پس از بیان اهداف مطالعه برای افراد واجد شرایط، چنانچه تمایل به همکاری از سوی پرستار وجود داشت، رضایت‌نامه کتبی با اخذ امضا تکمیل می‌شد. چنانچه فرد مایل به شرکت در مطالعه نبود، فرد دیگری جایگزین می‌شد. در مرحله دوم، افراد با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. در گروه مداخله، پس از تکمیل اطلاعات قبل از برگزاری دوره کارگاه آموزشی روش انجام کار و برنامه‌ها کاملاً به افراد آموزش داده شد و به وی فرصت داده شد تا سؤالاتش را در مورد روش کار با پرسشگر مطرح نماید. در گروه کنترل، مدیران پرستاری روند تکمیل معمول ابزارها را طی نمودند. پرسشنامه برای هر فرد جداگانه و با رعایت حریم خصوصی، توسط پاسخگو تکمیل شد. پر نمودن پرسشنامه‌ها در دو مقطع زمانی انجام شد. پرسشنامه‌ی اول برای کلیه

مداخلات بالینی اخلاقی بود. آموزش‌ها در این جلسه با روش سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ، بحث گروهی، نمایش فیلم و نمایش اسلاید انجام شد.

### پروتکل دوره ششم (مهارت‌های اخلاقی بالینی در مراقبت):

هدف این جلسه آشنایی مدیران پرستاری با مهارت‌های مختلف پرستاری بود که در یک جلسه ارائه شد. تأکید آموزش بر شناخت مهارت‌های اخلاقی بالینی لازم، کسب مهارت کلامی در ارائه‌های مراقبت‌های بالینی، مهارت‌های بالینی را در ارائه مراقبت، مهارت‌های ارتباطی را در ارائه مراقبت بالینی، مهارت‌های علمی را در ارائه مراقبت بالینی بود. وظیفه فراگیران در این جلسه ارائه دانسته و تجربه‌های گذشته خود، مشارکت در بحث، گفت‌وگوشوند، ارائه راهکار درون بخشی بود. مهارت‌های لازم آموزش داده شده در این جلسه کسب مهارت‌های ارتباطی بود. آموزش‌ها در این جلسه با روش سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ، بحث گروهی، نمایش فیلم و نمایش اسلاید انجام شد.

### پروتکل دوره هفتم و هشتم (مسئولیت‌های حرفه‌ای بالینی در مراقبت):

هدف این جلسه آشنایی مدیران پرستاری با پاسخگویی حرفه‌ای موردنیاز در ارائه مراقبت‌های درمانی یک پرستار بود. این پروتکل در دو جلسه آموزش داده شد. تأکید این آموزش آشنایی پرستاران رده مدیریت بالینی با ویژگی‌ها فرد حرفه‌ای، تمایز مسائل اخلاق حرفه‌ای با سایر مسائل حرفه‌ای، انضباط کاری، مسئولیت حرفه‌ای، مسئولیت حقوقی، مسئولیت مدنی، استانداردهای خدمات بالینی حرفه‌ای، مسئولیت حرفه‌ای پرستاران، رویکرد هالستیک در مراقبت بالینی، مسئولیت حرفه‌ای اخلاقی و پذیرش بیمار، مسئولیت حرفه‌ای اخلاقی و ارائه خدمات بالینی، مسئولیت حرفه‌ای اخلاقی و پیگیری درمان بیماران، مسئولیت حرفه‌ای اخلاقی و ثبت گزارشات، مسئولیت حرفه‌ای و اشتباهات بالینی، مسئولیت حرفه‌ای اخلاقی و سایر اعضای گروه درمان، معضلات اخلاقی بالینی و خطاهای پزشکی و راهکار مقابله بود. وظیفه فراگیران در این جلسه ارائه دانسته و تجربه‌های گذشته خود، مشارکت در بحث، گفت‌وگوشوند، ارائه راهکار درون بخشی بود. مهارت‌های لازم آموزش داده شده در خصوص نحوه کاهش خطاهای پزشکی بود. آموزش‌ها در این جلسه با روش سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ، بحث گروهی، نمایش فیلم و نمایش اسلاید انجام شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها به صورت چندبخشی بود. قسمت اول پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی (سن، جنس، تحصیلات،

تصمیم‌گیرنده درمراقبت‌های درمانی، قوانین رد مراقبت، تصمیم‌گیری در افراد فاقد ظرفیت و صلاحیت آموزش‌های لازم را فرا گرفتند. وظیفه فراگیران در این مرحله شونده، ارائه مثال عینی از وضعیت خود، شرکت در بحث، طرح سؤال و ارائه راهکارهای اقدامی و گفت و گو بود. مهارت‌های لازم آموزش داده شده در این مرحله شامل نحوه تصمیم‌گیری فردی، آموزش تصمیم‌گیری در انتخاب روش مراقبت و درمان بیماران بود. آموزش‌ها در این جلسه با روش سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ، بحث گروهی و نمایش اسلاید انجام شد.

### پروتکل دوره سوم و چهارم (آشنایی با حقوق انسانی بیماران):

پروتکل چهارم آموزش اخلاق مراقبت با هدف آشنایی مدیران پرستاری با حقوق افراد در سازمان‌های بهداشت و درمان بود که طی دو جلسه آموزش‌های لازم با تأکید بر شناخت نیازهای انسان، شناخت نیازهای مادی، شناخت نیازهای معنوی، حق آزادی، حق انتخاب، حقوق مدنی بیماران، حقوق کیفری بیماران، نیازهای مراقبتی بیماران، کنترل خطرات در ارضاء نیازهای بیماران ارائه شد. وظیفه فراگیران در این جلسه ارائه دانسته و تجربه‌های گذشته خود، مشارکت در بحث، گفت‌وگوشوند، ارائه راهکار درون بخشی بود. مهارت‌های لازم آموزش داده شده در خصوص نحوه بررسی و شناخت نیازهای بیماران و کاهش مخاطره را در رفع این نیازها بود. آموزش‌ها در این جلسه با روش سخنرانی همراه با پرسش و پاسخ، بحث گروهی و نمایش اسلاید انجام شد.

### پروتکل دوره پنجم (صلاحیت اخلاق حرفه‌ای در مراقبت از بیمار):

هدف این جلسه آشنایی مدیران پرستاری با صلاحیت‌های موردنیاز در ارائه مراقبت‌های درمانی یک پرستار بود که به منظور ارائه خدمات توسط افراد کارآمد پرستاری در محیط درمانی و مراقبتی برگزار شد. این پروتکل در یک جلسه آموزش داده شد. تأکید این آموزش آشنایی پرستاران رده مدیریت بالینی با اصول اخلاقی و معیارهای رفتار حرفه‌ای، معیارهای رفتار حرفه‌ای، نقش راهبردی اخلاق حرفه‌ای در دستیابی به اهداف، رهبری در تداوم اخلاق حرفه‌ای، صلاحیت علمی، صلاحیت حرفه‌ای، صلاحیت بالینی، صلاحیت اخلاقی، پاسخگویی بالینی و اخلاق حرفه‌ای، استانداردهای اخلاق حرفه‌ای، مسئولیت اخلاقی، تصمیم‌گیری اخلاقی، معضلات اخلاقی و محدوده رفتار حرفه‌ای بود. وظیفه فراگیران در این جلسه ارائه دانسته و تجربه‌های گذشته خود، مشارکت در بحث، گفت‌وگوشوند، ارائه راهکار درون بخشی بود. مهارت‌های لازم آموزش داده شده در خصوص نحوه ارائه

مطالعه توسط کمیته اخلاق این دانشگاه تأیید شد. شرکت در این مطالعه کاملاً آزاد بود. توضیحات کافی در مورد هدف از انجام تحقیق به تمام شرکت‌کنندگان داده شد. به همه واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده محرمانه خواهد ماند و از آنان رضایت آگاهانه گرفته شد. مطالعه حاضر هیچ آسیب جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی به همراه ندارد. هزینه مالی به‌منظور استفاده از دوره‌ها از هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان دریافت نشد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. جهت تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (Kalmogorov Smiranov Test) استفاده شد. نتایج آزمون نرمالیت در متغیرهای سن، سابقه کار، فرهنگ ایمنی بیمار قبل از مداخله و بعد از مداخله از لحاظ آماری معناداری ( $P > 0.05$ ) نبود. فرض نرمال بودن جامعه آماری در این مطالعه برقرار است. برای انجام تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد. مقایسه میانگین اختلاف متغیرهای موردبررسی مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل با آزمون کای اسکور (Pearson Chi-Square) انجام شد. مقایسه‌ی میانگین نمرات ایمنی در دو گروه مداخله و کنترل با آزمونی مستقل (Square Independent sample T Test) انجام شد. اختلاف میانگین امتیاز فرهنگ ایمنی قبل از مداخله و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل با آزمونی زوجی (Paired-Samples T Test) بررسی شد.

### یافته‌ها

از مجموع شرکت‌کنندگان مورد مطالعه، ۱۷ نفر (۵۶/۷ درصد) زن بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان  $39/5 \pm 6/7$  سال در رنج ۵۴-۲۸ سال بود. اکثریت افراد با تعداد ۲۱ نفر (۷۰ درصد) ۵۳ متأهل بودند. بیشترین شرکت‌کننده در مطالعه با تعداد ۲۳ نفر (۷۶/۷ درصد) ساکن شهر بودند. اکثریت پرستاران با تعداد ۲۷ نفر (۹۰ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی بودند. بیشترین تعداد شرکت‌کننده در پست سازمانی سرپرستار فعالیت داشتند که ۱۹ نفر (۶۳/۳ درصد) از مجموع پرستاران بود. تعداد ۷ پرستار (۲۳/۳ درصد) سابقه شرکت در کارگاه آموزشی ایمنی مددجو را داشتند. متوسط سابقه فعالیت بالینی شرکت‌کنندگان  $12/4 \pm 4/2$  سال بود. میانگین سابقه مدیریت پرستاران مطالعه  $7/06 \pm 3/7$  سال بود (جدول ۱).

بر اساس نتایج آزمون کای اسکور مشخصات جمعیت شناختی بین دو گروه مداخله و شاهد، اختلاف معنی‌داری ( $P > 0.05$ ) وجود نداشت و شرکت‌کنندگان مطالعه در دو گروه مداخله و شاهد از لحاظ ویژگی‌های سن ( $P = 0.04$ )، جنسیت ( $P = 0.05$ )، تحصیلات ( $P = 0.05$ )، محل سکونت ( $P = 0.01$ )، سابقه‌ی فعلیت بالینی

وضعیت تأهل، محل سکونت، سابقه فعالیت بالینی، سابقه مدیریت، پست سازمانی، سابقه شرکت در کارگاه‌های آموزش ایمنی بیمار و قسمت دوم پرسشنامه استاندارد پیمایش بیمارستان از نظر فرهنگ ایمنی بیمار (HSOPS) (Hospital Survey on Patient Safety Culture) بود. این پرسشنامه به‌وسیله‌ی آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت در سال ۲۰۰۴ طراحی گردید [۲۵]. تاکنون بارها برای پرستاران در مورد فرهنگ ایمنی بیمار در نقاط مختلف دنیا مورد استفاده قرار گرفته است. روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط مطالعه مقری و همکاران (۱۳۹۰) با الفاکروناخ  $0.96$  ( $\alpha = 0.96$ ) تأیید شد [۲۶].

پرسشنامه استاندارد پیمایش بیمارستان در مورد فرهنگ ایمنی بیمار دارای ۴۲ سؤال بوده و هدف آن سنجش نگرش به فرهنگ ایمنی در بیمار در محیط بیمارستان است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت ۵ گزینه‌ای بود امتیاز گزینه کاملاً مخالفم ۱، مخالفم ۲، نظری ندارم ۳، موافقم ۴ و کاملاً موافقم ۵ بود. شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات ۲، ۳، ۴، ۶، ۱۰، ۱۱، ۲۱، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۰، ۴۱ و ۴۲ معکوس و امتیاز گزینه کاملاً مخالفم ۵، مخالفم ۴، نظری ندارم ۳، موافقم ۲ و کاملاً موافقم ۱ بود. بالاترین امتیاز پرسشنامه ۲۱۰ و پایین‌ترین آن ۴۲ است. هر چقدر امتیاز کسب‌شده بالاتر باشد ایمنی بیمار بیشتر است. این ابزار ۱۲ زیر مقیاس دارد. مقیاس تناوب گزارش دهی رخدادها شامل ۳ سؤال ۱، ۲ و ۳ است که کمترین امتیاز آن ۳ و بالاترین ۱۵ بود. حیطه درک کلی از ایمنی شامل سؤال ۴، ۵، ۶ و ۷ با امتیاز ۲۰-۴، حیطه مدیریت ایمنی با امتیاز ۲۰-۴ شامل سؤالات ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، حیطه یادگیری سازمانی با سؤالات ۱۲، ۱۳ و ۱۴ (۱۵-۳ امتیاز)، مقیاس همکاری تیمی با امتیاز ۲۰-۴ شامل سؤالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، مقیاس برقرار ارتباط با سؤالات ۱۹، ۲۰، ۲۱ (۱۵-۳ امتیاز) است. مقیاس پاسخ غیر تنبیه‌ای شامل سؤال ۱، ۲ و ۳ است که کمترین امتیاز آن ۳ و بالاترین ۱۵ بود. حیطه کارکنان با سؤالات ۲۹، ۳۰، ۳۱ و کسب امتیاز ۲۰-۴ سنجیده می‌شود. مقیاس حمایت مدیریت از ایمنی شامل ۳ سؤال ۳۲، ۳۳، ۳۴ که کمترین امتیاز آن ۳ و بالاترین ۱۵ بود. حیطه همکاری بین واحدهای سازمانی شامل ۱۵-۳ امتیاز با سؤالات ۳۵، ۳۶، ۳۷ بررسی می‌شود. مقیاس تبادل اطلاعات امتیازی بین ۵ تا ۲۵ دارد که شامل سؤالات ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ بود [۲۶، ۲۵].

مطالعه حاضر به صورت طرح تحقیقاتی پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با عنوان بررسی تاثیر کارگاه آموزش اخلاق پرستاری بر میزان رعایت حریم خصوصی و فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بیمارستان شهید صیاد شیرازی در سال ۱۳۹۵ توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرگز تصویب و اخلاق پژوهش



که این مقایسه بر اساس نتایج آزمون‌تی مستقل اختلاف معناداری (P=0/12) بود (جدول ۲).  
 نتایج آزمون‌تی زوجی در گروه مداخله نشان داد میانگین فرهنگ ایمنی بیمار بعد از انجام مداخله (139/2±13/7) به صورت معناداری (t=21/092، p=0/001) نسبت به قبل از انجام مداخله (50/6±5/3) افزایش داشت. درحالی که در گروه کنترل میانگین فرهنگ ایمنی در مرحله اول تکمیل پرسشنامه (48/9±5/9) نسبت به مرحله دوم (53/5±3/09) اختلاف معناداری (t=1/970، p=0/1) نداشت (نمودار ۱).

(P=0/1)، سابقه مدیریت (P=0/09)، وضعیت تأهل (P=0/2)، پست سازمانی (P=0/2) و سابقه شرکت در کارگاه ایمنی مددجو (P=0/5) با یکدیگر یکسان بودند (جدول ۱).  
 نتایج آزمون‌تی مستقل نشان داد قبل از انجام مداخله، امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در دو گروه مداخله (50/6±5/3) و شاهد (48/9±5/9)، اختلاف معناداری (p=0/625) نداشت (جدول ۲).  
 بعد از انجام مداخله متوسط امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در گروه مداخله (139/2±13/7) بالاتر از گروه شاهد (53/5±3/09) بود

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی مدیران بالینی پرستاری بیمارستان شهید صیاد شیرازی شهرستان گرگان در سال ۱۳۹۵ به تفکیک گروه مداخله و شاهد

متغیر	طبقه	گروه مداخله		P Vale
		گروه کنترل	گروه مداخله	
(درصد فراوانی)				
سن (سال)	۲۰-۳۰	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)	۰/۴
	۳۱-۴۰	۱۱ (۳۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	
	۴۱-۵۰	۳ (۱۰)	۳ (۱۰)	
	۵۱-۶۰	۰	۲ (۶/۷)	
جنسیت	زن	۹ (۳۰)	۸ (۲۶/۷)	۰/۵
	مرد	۶ (۲۰)	۷ (۲۳/۳)	
تحصیلات	کارشناسی	۱۴ (۴۶/۷)	۱۳ (۴۳/۳)	۰/۵
	کارشناسی ارشد	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۳ (۱۰)	۶ (۲۰)	۰/۲
	متأهل	۱۲ (۴۰)	۹ (۳۰)	
محل سکونت	شهر	۱۰ (۳۳/۳)	۱۳ (۴۳/۳)	۰/۱
	روستا	۵ (۱۶/۷)	۲ (۶/۷)	
سابقه فعالیت بالینی (سال)	۵-۱۰	۱ (۳/۳)	۷ (۲۳/۳)	۰/۱
	۱۱-۱۵	۱۴ (۴۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	
	۱-۵	۷ (۲۳/۳)	۳ (۱۰)	
سابقه مدیریت	۶-۱۰	۷ (۲۳/۳)	۸ (۲۶/۷)	۰/۰۹
	۱۱-۱۵	۱ (۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	
	سابقه مدیریت	۷ (۲۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	
پست سازمانی	سوپروایزر	۷ (۲۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	۰/۲
	سرپرستار	۸ (۲۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)	
سابقه شرکت در کارگاه ایمنی مددجو	بلی	۳ (۱۰)	۴ (۱۳)	۰/۵
	خیر	۱۲ (۴۰)	۱۱ (۳۶/۷)	

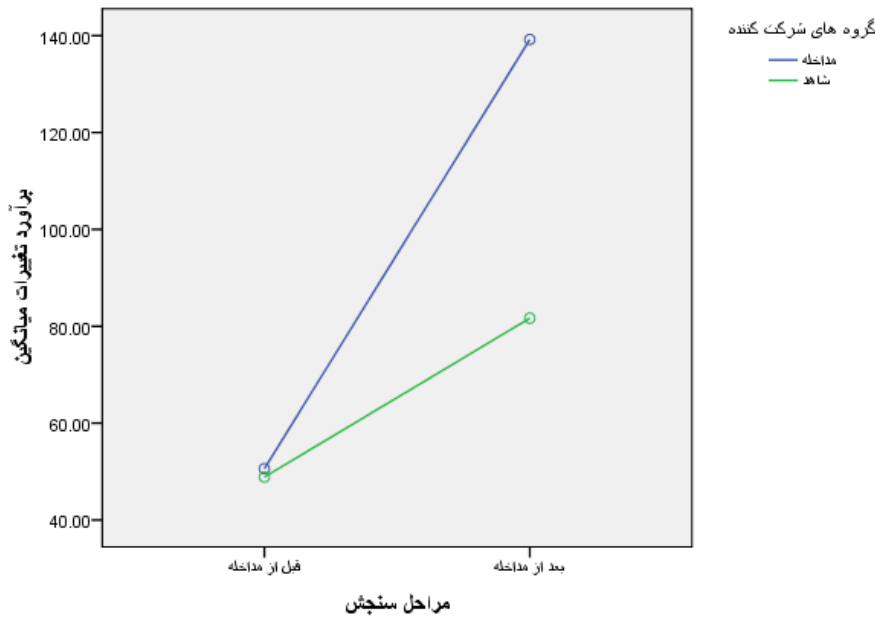
\* Pearson Chi-Square

جدول ۲: مقایسه معناداری میانگین امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار مدیران بالینی پرستاری مرکز درمانی شهید صیاد شیرازی گرگان در سال ۱۳۹۵ به تفکیک گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله و بعد از مداخله

P Vale	آماره آزمون*	امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار (انحراف معیار ± میانگین)		زمان تکمیل ابزار
		گروه شاهد	گروه مداخله	
۰/۶۲۵	F=۰/۲۴۴	۴۸/۹±۵/۹	۵۰/۶±۵/۳	قبل از انجام مداخله
۰/۰۱۲	F=۷/۲۳۰	۵۳/۵±۳/۰۹	۱۳۹/۲±۱۳/۷	بعد از انجام مداخله
		t=۱/۹۷۰	t=۲۱/۰۹۲	آماره آزمون**
		۰/۱	۰/۰۰۰۱	P Vale

\*Independent sample T Test

\*\* Paired-Samples T Test



نمودار ۱:

مقایسه میانگین امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار کسب شده مدیران بالینی پرستاری مرکز درمانی شهید صیاد شیرازی گرگان قبل از برگزاری و بعد از برگزاری کارگاه آموزش اخلاق حرفه‌ای در سال ۱۳۹۵ به تفکیک گروه مداخله و شاهد

## بحث

مطالعه حاضر نشان داد آموزش اخلاق حرفه‌ای مراقبت ارتقاء نگرش پرستاران رده مدیریت بالینی به فرهنگ ایمنی بیمار را به همراه داشت. از آنجایی که قبل از مداخله بین نگرش پرستاران به فرهنگ ایمنی در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معناداری وجود نداشت اما بعد از برگزاری دوره‌های آموزش اخلاق بین دو گروه اختلاف معناداری مشاهده شد به طوری که گروه مداخله نگرش بالاتری نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار کسب کردند همچنین با توجه به این که میانگین فرهنگ ایمنی بیمار بعد از انجام مداخله به صورت معناداری نسبت به قبل از انجام مداخله در گروه مداخله افزایش داشت؛ در حالی که در گروه کنترل میانگین فرهنگ ایمنی در مرحله اول تکمیل پرسشنامه نسبت به مرحله دوم اختلاف معناداری نداشت این نتایج گواه از تاثیر برگزاری دوره‌های آموزش

اخلاق حرفه‌ای بر فرهنگ ایمنی بیمار است. در همین راستا Keene و همکاران (۲۰۱۰) اشاره می‌کنند جلسات آموزشی با رویکرد اخلاق می‌تواند چارچوب مؤثری جهت ارتقاء ایمنی بیمار فراهم کند [۲۷]. مطالعه Steven و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد آموزش اخلاق سبب ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار می‌شود [۲۸]. همچنین مطالعه Haugen و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد تدوین الگوهای آموزشی اخلاقی سبب افزایش نگرش پرستاران در ایمنی بیمار می‌شود. فرهنگ ایمنی با ایجاد شرایط مناسب محیطی برای بیماران باعث می‌شود آسیب‌های ایجاد شده به بیماران کاهش یابد [۱۷]. از جمله دلایل در توجیه این یافته مطالعاتی می‌توان به تغییری که آموزش و جنبه‌های وابسته آن در یادگیرندگان ایجاد می‌کند اشاره داشت؛ آموزش با تغییر در

عامل در پیاده‌سازی فرهنگ ایمنی مددجو است. رهبران با در نظر گرفتن مشکلات ایمنی بیماران به‌عنوان مشکل شخصی خود می‌توانند مؤثرترین دیدگاه را به ایمنی مددجو ایجاد نمایند [۵]. مدیران پرستاری نسبت به سایر کارکنان و افراد دیگر، بهتر قادر می‌باشند با اعمال قدرت مدیریتی و رهبری خود در محیط‌های بالینی سایر کارکنان و پرستاران با قوانین و اصولی که ایمنی را حفظ و ارتقا بخشند همراه نمایند [۳۹].

### محدودیت مطالعه

محدودیت این مطالعه استفاده از آموزش اصول اخلاقی بدون در نظر گرفتن سایر مداخلات مؤثر در ارتقا فرهنگ ایمنی مددجو است که به‌منظور رفغان محدودیت پیشنهاد می‌شود اثربخشی این نوع مداخلات در مقایسه با سایر برنامه‌های آموزشی موردبررسی قرار گیرد. از دیگر محدودیت‌های انجام مداخله در گروه پرستاران در رده مدیریت بالینی است که قابلیت تعمیم به همه گروه‌های پرستاری نیست. از دیگر محدودیت‌های مطالعه تعداد کم گروه مداخله و شاهد است که پیشنهاد می‌شود در جامعه بزرگ‌تر و چند مرکز درمانی مطالعه انجام گردد.

### نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد آموزش اصول اخلاق حرفه‌ای مراقبتی در ارتقاء نگرش پرستاران سطوح مدیریت بالینی به فرهنگ ایمنی بیمار مؤثر بود. لذا مداخله با تأکید بر آموزش اصول اخلاقی به‌عنوان روشی مؤثر در برنامه‌های آموزشی ارتقای فرهنگ ایمنی مددجو پرستاران توصیه می‌گردد. سازمان‌های دخیل در مراقبت‌های درمانی و بالینی می‌توانند با پیاده‌سازی دروه‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای مبتنی بر فرهنگ ایمنی بیمار، کیفیت بسیاری از مداخلات را ارتقا و از بسیاری از معضلات پیشگیری نمایند. نظر به تاثیر آموزش اخلاق حرفه‌ای در نگرش فرهنگ ایمنی بیمار در بین مدیران پرستاری، با توجه به این که آموزش تمامی پرستاران در موسسات دخیل همراه با هزینه‌های هنگفت و نیازمند وقت و برنامه‌ریزی‌های گسترده است آموزش مدیران می‌تواند روش مناسبی در جهت رسیدن به هدف فوق باشد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر به‌صورت طرح تحقیقاتی پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرگز اجر گردید. از معاونت محترم پژوهشی این دانشگاه و تمام پرستاران مشارکت‌کننده در مطالعه تشکر می‌گردد.

فرایندهای روانشناختی افراد باعث ایجاد آگاهی و بینش در پذیرش تهدیدات محیطی و بهبود الگوهای اجرایی شود به طوری که مهمترین رکن توسعه در ابعاد فردی، سازمانی و اجتماعی، آموزش است [۲۹]. نظر به این مساله که، آموزش، ارتقاء سطح بینش، بصیرت و معرفت نیروی انسانی در سازمان، برای اجرای وظایف محوله و در نهایت نیل به هدف‌های سازمانی با کارایی و ثمربخشی بالاتر را به همراه دارد [۳۰]، آشنایی پرستاران با ابعاد اخلاقی مراقبت از بیماران سبب ارائه مناسب‌تری از مداخلات خواهد شد که براینده این مساله توجه بیشتر در رعایت ایمنی در برخورد با بیماران است [۳۱]. مطالعه Jølstad و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان داد آموزش‌های برنامه‌ریزی شده رسمی با تمرکز بر توسعه مهارت‌های اخلاقی مدیریت مناسب‌تری را در مداخلات پرستاری بیماران فراهم می‌کند [۱۹].

پرستاران در مراقبت و درمان بیماران بیشترین سهم را دارا می‌باشند و اکثریت آنان در مواجهه با مسائلی هستند که ناامنی بیماران را در محیط کار دارند. تدوین دوره‌های کارگاه آموزش اخلاق در ویژگی‌های اخلاقی و مراقبتی پرستاران مؤثر است [۳۲]؛ به طوری که ارتباط مثبتی بین وجود اخلاق و ایمنی در بیمار، کاهش خطاهای پزشکی و همچنین بهبود پیامدها در مراقبت سلامت وجود دارد از این‌روی آموزش اخلاق در کارکنان بهداشتی اولین خط حرکت سازمان‌های بهداشتی به سمت مدیریت خطر بیماران است [۳۳]. با توجه به این که اخلاق حرفه‌ای به چگونگی رفتار، ادب و عمل شخص هنگام انجام کار حرفه‌ای می‌پردازد [۳۴]؛ برگزاری دوره‌های آموزشی اخلاق حرفه‌ای می‌تواند در بسیاری از جنبه‌های مرتبط با مراقبت بیماران نقش خود را ایفا نماید این کارگاه‌ها با اثراتی که در وضعیت تصمیم‌گیری بالینی پرستاران می‌گذارد [۲۵]. سبب می‌شود توانایی تسلط آنها در محیط‌های بالینی افزایش یابد [۳۶]. بهبود قضاوت و استدلال‌های اخلاقی از دیگر تاثیرات این دوره‌های آموزشی است. کارگاه‌های آموزشی سبب می‌شود پرستاران با قوانین، احکام و نحوه پیاده‌سازی شرایط قانونی در محیط‌های بالین بهتر آشنا شده و معضلات کمتری را ایجاد نمایند [۳۵].

فرهنگ ایمنی بیمار یک ذهنیت در سطح گروه است که ارزش‌ها و عقاید سهیم اعضای گروه یا سازمان را در ارتباط با ایمنی در برمی‌گیرد. در همین راستا Gallagher و همکاران (۲۰۱۰) اشاره می‌کند افرادی که قبلاً در مورد موضوعات مراقبتی آموزش دیده بودند نسبت به موضوعات اخلاقی از دانش بالاتری برخوردار خواهند بود لذا به‌منظور باقی ماندن اثر آموزش‌های اخلاق نیاز به ارائه روش‌هایی است که به‌صورت مستمر وجود داشته باشد [۳۷] تا با ایجاد درک و رفتار در پرستاران ارتقاء فرهنگ ایمنی را ایجاد کند [۳۸]. مسئولیت و تعهد مدیر و رهبران در سازمان مهم‌ترین



## تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

طراحی و اجرای مطالعه و راهنمای پیاده‌سازی و تدوین گزارش نهایی و علی صدرالهی تجزیه و تحلیل آماری و آماده‌سازی نسخه پیش‌نویس مطالعه حاضر مشارکت نمودند.

## مشارکت نویسندگان

فرهاد کرد در جمع‌آوری داده‌ها و آماده‌سازی نسخه پیش‌نویس مطالعه حاضر، معصومه باقر پور و حسین دایی‌زاده نظارت در

## References:

- Barbosa MH, Sousa EM, dos Santos Felix MM, Oliveira KF, Barichello E. Patient safety climate in a hospital specialized in oncology. *Revista Eletronica de Enfermagem* 2015; 17(4).
- Stewart D, Tlusty S, Taylor K, Brown R, Neil H, Klassen D, et al. Trends and patterns in reporting of patient safety situations in transplantation. *American Journal of Transplantation* 2015; 15(12): 3123-33.
- Kirwan M, Matthews A, Scott PA. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *International journal of nursing studies* 2013; 50(2): 253-63.
- Ulrich B, Kear T. Patient safety and patient safety culture: foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal* 2014; 41(5): 447.
- Izadi AR, Drikvand J. The Patient Safety Culture in Fatten Zahra Hospital of Najafabad, Iran. *Health Information Management* 2013;9(6): 897-905.
- Alenius LS, Tishelman C, Runesdotter S, Lindqvist R. Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ quality & safety*. 2013;bmjqs-2012-001734.
- Schoenberg N, Fondahn E, Lane M. Introduction to Patient Safety. *Patient Safety* 2016; 5(9): 115-22.
- DeCamp M, Rodriguez J, Hecht S, Barry M, Sugarman J. An ethics curriculum for short-term global health trainees. *Global Health* 2013;9(5).
- van der Dam S, Molewijk B, Widdershoven GA, Abma TA. Ethics support in institutional elderly care: a review of the literature. *Journal of medical ethics* 2014; 40(9): 625-31.
- Fagerberg I, Engström G. Care of the old—A matter of ethics, organization and relationships. *International journal of qualitative studies on health and well-being* 2012;7.
- Wilson-Barnett J. Ethical dilemmas in nursing. *Journal of medical ethics* 1986; 12(3): 123-35.
- Livorsi D, Knobloch MJ, Blue LA, Swafford K, Maze L, Riggins K, Hayward T, Safdar N. A rapid assessment of barriers and facilitators to safety culture in an intensive care unit. *International nursing review* 2016; 63(3): 372-6.
- Kullberg A, Bergenmar M, Sharp L. Changed nursing scheduling for improved safety culture and working conditions—patients' and nurses' perspectives. *Journal of nursing management* 2016.
- Aalborg A, Sullivan S, Cortes J, Basagoitia A, Illanes D, Green M. Research ethics training of trainers: developing capacity of Bolivian health science and civil society leaders. *Acta Bioethica* 2016; 22(2).
- Mitcham C, Englehardt EE. Ethics across the curriculum: Prospects for broader (and deeper) teaching and learning in research and engineering ethics. *Science and Engineering Ethics* 2016: 1-28.
- Borhani F, Abassdeh A, Sabzevari S. Impact of ethical training and follow-up workshop on ethical sensitivity nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2012; 6(21): 11-24.
- Haugen AS, Søfteland E, Almeland SK, Sevdalis N, Vonen B, Eide GE, et al. Effect of the World Health Organization checklist on patient outcomes: a stepped wedge cluster randomized controlled trial. *Annals of surgery* 2015; 261(5): 821-8.
- Mayhew BW, Murphy PR. The impact of ethics education on reporting behavior. *Journal of Business Ethics* 2009; 86(3): 397-416.
- Jølstad AL, Røsnæs EER, Lyberg AM, Severinsson E. Clinical supervision and non-technical professional development skills in the context of patient safety—the views of nurse specialist students 2017.
- Ghahramanian A, Rezaei T, Abdollahzadeh F, Sheikhalipour Z, Dianat I. Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication. *Health promotion perspectives* 2017; 7(3): 168.
- Deutsch AA. Advanced training of nurses in oral health care and oral assessments to formulate and deliver comprehensive preventive oral care plans to improve oral health of residents with early dementia: A Feasibility study: University of Sydney, 2016.
- Miltner RS, Jukkala A, Dawson MA, Patricia PA. Professional development needs of nurse managers. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 2015; 46(6): 252-8.
- Hignett S, Lang A, Pickup L, Ives C, Fray M, McKeown C, et al. More holes than cheese. What prevents the delivery of effective, high quality and safe health care in England? *Ergonomics* 2016: 1-10.
- Zeerak M, Moghaddasian S, Abdollahzadeh F, Rahmani A. Level University students' moral development of Tabriz. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011; 4(4): 45-55.
- Sorra J, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.
- Moghri J, Ghanbarnezhad A, Moghri M, Rahimi Forooshani A, Akbari Sari A, Arab M. Validation of Farsi version of hospital survey on patient Safety

- culture questionnaire, using confirmatory factor analysis method. *Hospital* 2012; 11(2): 19-30.
27. Keene EA, Hutton N, Hall B, Rushton C. Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. *Pediatric nursing* 2010; 36(4): 185.
28. Steven A, Magnusson C, Smith P, Pearson PH. Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse education today* 2014; 34(2): 277-84.
29. Santa M, Nurcan S. Learning organization modelling patterns. *Knowledge Management Research & Practice* 2016; 14(1): 106-125.
30. Karam EP, Gardner WL, Gullifor DP, Tribble LL, Li M. Authentic leadership and high-performance human resource practices: implications for work engagement. *Research in personnel and human resources management: Emerald Publishing Limited*; 2017: 103-53.
31. O'Neill BJ, Dwyer T, Reid-Searl K, Parkinson L. Managing the deteriorating nursing home resident after the introduction of a hospital avoidance programme: a nursing perspective. *Scandinavian journal of caring sciences* 2017; 31(2): 312-22.
32. Beumer CM. Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2008; 27(6): 263-7.
33. Sexton JB, Sharek PJ, Thomas EJ, Gould JB, Nisbet CC, Amspoker AB, et al. Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. *BMJ quality & safety* 2014; bmjqs-2013-002042.
34. Banks S. Everyday ethics in professional life: social work as ethics work. *Ethics and social welfare* 2016; 10(1):35-52.
35. Dhar RL. Service quality and the training of employees: The mediating role of organizational commitment. *Tourism Management*. 2015;46:419-30.
36. Rozensky RH. Implications of the Affordable Care Act for education and training in professional psychology. *Training and Education in Professional Psychology* 2014; 8(2): 83.
37. Gallagher A, Tschudin V. Educating for ethical leadership. *Nurse education today* 2010; 30(3): 224-7.
38. Linsley P, Mannion R. Risky behaviour and patient safety: a critical culturist perspective. *Journal of health organization and management* 2009; 23(5): 494-504.
39. Larsson IE, Sahlsten MJ. The staff nurse clinical leader at the bedside: Swedish registered nurses' perceptions. *Nursing research and practice* 2016;2016.

## Survey of Effectiveness, Professional Ethics Training in the Attitude of Clinical Management Nurses to the Patient Safety Culture

Ali Sadrollahi<sup>1</sup>, \*Massuomeh Bagherpur<sup>2\*</sup>, Hossein Daiizadeh<sup>3</sup>

Received: 2020/05/24

Revised: 2020/09/1

Accepted: 2020/10/27

1. Instructor, Department of Geriatric Nursing Science, Bandar Gaz Branch, Islamic Azad University, Bndargaz, Iran
2. Assistant Professor, Department of Educational Science, Bandar Gaz Branch, Islamic Azad University, Bndargaz, Iran
3. Assistant Professor, Department of Educational Science, Bandar Gaz Branch, Islamic Azad University, Bndargaz, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.9, No.3&4, Fall & Winter 2021

J Educ Ethics Nurs 2021;9(3&4):26-37

### *Abstract:*

#### **Introduction:**

The patient safety culture is one of the most important aspects of the quality of clinical care. The results of the study showed that patient safety was observed in undesirable treatment centers. Understanding effective methods in promoting this component is an organizational priority. The aim of this study was to Survey of Effectiveness, Professional Ethics Training in the Attitude of Clinical Management Nurses to the Patient Safety Culture.

#### **Methods & Materials:**

Quasi-experimental study was performed using pre-test and post-test and control group in 2016. The sample consisted of 30 clinical management nurses working in Shahid Sayyad Shirazi Hospital in Gorgan. Sampling method was available as a randomization with each group. The nurses were divided into two experimental groups (training of professional ethics of care with a patient safety culture approach) and control (without any intervention). Training was offered in 8 of the Protocol for 8-6 hours training each interval every 5 to 7 days through workshop. The study tool included demographic information and a standard hospital scanning scale in the patient safety culture (HSOPS). Data were analyzed by SPSS software version 16, descriptive statistics, and Kolmogrov-Smirnov, Chi-square, independent t-test and paired t-test at a significant level of  $p < 0.05$ .

#### **Results:**

Total of participants were 17 female (56.7%). The mean age of the nurses was  $39.5 \pm 6.7$  years. Before the start of the workshop, the mean safety culture of the patient in the intervention group was  $50.6 \pm 3.5$  and the control group was  $48.9 \pm 5.9$ . After providing the training, a significant difference ( $p=0.012$ ) in the mean score of the experimental group ( $139.2 \pm 13.7$ ) was compared to the control group ( $53.5 \pm 3.09$ ). The results of paired t-test were shown in the intervention group the mean safety culture after the intervention increased ( $139.2 \pm 13.7$ ) significantly ( $t=21.29$ ,  $p=0.0001$ ) compared to the pre-intervention ( $50.6 \pm 3.5$ ) however, there was no significant difference in the control group ( $t=0.970$ ,  $p=0.1$ ).

#### **Conclusion:**

This study showed career ethics training was effective in enhancing nurses' attitudes towards levels to patient safety culture. Therefore, it is recommended that intervention with an emphasis on teaching ethics as an effective method in educational programs promoting nurses' safety culture.

**Keywords:** Training, Nurse, Professional Ethics, Patient Safety Culture

\* Corresponding author Email: ma\_bagherpur@yahoo.com