ارزیابی ارتباط بین صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری و ادراک پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار

مهدی محمودزاده[۱]، ثنا خلیل‌زاده ضیاء[۱]، محمد علی محمدی[۲]، بهروز دادخواه[۲*]

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: *فرآیند پرستاری چارچوبی ساختارمند و مؤثر برای ارایه مراقبت‌های جامع و بیمارمحور است. از سوی دیگر، فرهنگ ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از عناصر بنیادین در نظام سلامت، نقش مهمی در ارتقای کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها ایفا می‌کند. بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی ارتباط بین صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری و ادراک پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار انجام شد.*

روش بررسی: *این مطالعه توصیفی- همبستگی برروی ۲٦٦ پرستار بالینی شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل در سال ۱٤۰۲ و با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه صلاحیت فرآیند پرستاریو پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیماربود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲٦ و با بهره‌گیری از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.*

یافته‌ها: *نتایج نشان داد ۱۷۷ نفر (٦٦/٥ درصد) از پرستاران زن و ۱٦٤ نفر (٦۱/۷ درصد) متأهل بودند. اغلب پرستاران، صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری را در سطح خوب (۱۷٥ نفر، ٦٥/۸ درصد) و فرهنگ ایمنی بیمار را در سطح متوسط (۲٦٤ نفر، ۹۹/۳ درصد) گزارش کردند. همچنین بین وضعیت تأهل و نوع استخدام پرستاران با صلاحیت فرآیند پرستاری و فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط آماری معناداری مشاهده شد ($p<۰/۰٥$). نتایج آزمون همبستگی نیز وجود رابطه‌ای معنادار بین صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری و فرهنگ ایمنی بیمار را نشان داد ($r=۰/۳۱٥$، $p<۰/۰۰۱$).*

نتیجه‌گیری: *یافته‌ها بر نقش کلیدی صلاحیت بالینی پرستاران در ایجاد و تقویت نگرش ایمنی‌محور تأکید دارند. همچنین اهمیت توجه به ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران را در طراحی و اجرای مداخلات آموزشی و مدیریتی برجسته می‌سازند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران با تدوین برنامه‌های جامع برای ارتقای صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری و بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، در جهت افزایش کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها اقدام کنند.*

نویسنده مسؤول: بهروز دادخواه؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
e-mail: Behrouz.dadkhah@gmail.com

واژه‌های کلیدی: *فرآیند پرستاری، فرهنگ ایمنی بیمار، پرستار*

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱٤۰٤ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱٤۰٤ - انتشار مقاله: ۱٤۰٤/۹/۲

مقدمه

فرآیند پرستاری یک رویکرد سیستماتیک و استاندارد برای ارایه مراقبت با کیفیت به بیماران به شمار می‌آید (۱). این فرآیند شامل پنج مرحله‌ی ارزیابی، تشخیص، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی است و به پرستاران امکان می‌دهد مراقبت‌هایی مبتنی بر نیازهای فردی و شواهد علمی ارایه دهند (۲). فرآیند پرستاری در نظام‌های سلامت پیشرفته به عنوان یک استاندارد مراقبت به طور گسترده پذیرفته شده است. با این حال، در ایران اجرای این فرآیند با چالش‌ها و ناهماهنگی‌هایی همراه است و

۱ - کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
۲ - گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

پرستاران در عرصه بالین اغلب در تطبیق کامل مراقبت با اصول آن با دشواری مواجه می‌شوند (۳و٤). پرستارانی که فرآیند پرستاری را به‌طور مؤثر به کار می‌گیرند، قادرند برنامه‌های مراقبتی دقیق، ساختارمند و مبتنی بر شواهد تدوین کنند که این امر در نهایت به بهبود پیامدهای بیماران منجر می‌شود (٥). در مقابل، پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که اجرای بهینه این فرآیند در محیط‌های بالینی با موانعی مواجه است؛ از جمله دانش ناکافی نسبت به مراحل فرآیند، بارکاری بالا، آموزش ناکافی در حیطه پرستاری و کمبود آموزش‌های بالینی (٦).

اجرای اثربخش فرآیند پرستاری نقش مهمی در تضمین ایمنی بیمار دارد؛ موضوعی که یکی از اهداف اصلی نظام‌های بهداشتی به شمار می‌رود. سازمان جهانی بهداشت، ایمنی بیمار را به عنوان پیشگیری از آسیب به بیماران در حین ارایه مراقبت‌های سلامت تعریف می‌کند (۷و۸). فرهنگ ایمنی بیمار که مبتنی بر ارزش‌ها، نگرش‌ها و باورهای مشترک کارکنان است، در ایجاد محیطی امن و کاهش خطاهای مراقبتی نقش اساسی ایفا می‌کند و بخشی جدایی‌ناپذیر از فرهنگ کلی سازمان محسوب می‌شود (۱۱–۹). شواهد جهانی نشان می‌دهد که در کشورهای توسعهیافته، یک نفر از هر ده بیمار هنگام دریافت خدمات سلامت دچار آسیب می‌شود، در حالیکه این میزان در کشورهای درحالتوسعه تا بیست برابر افزایش می‌یابد. این چالش سالانه هزینه‌ای بیش از ۲۱/٦ میلیارد دلار بر نظام سلامت تحمیل می‌کند (۱۲و۱۳). فرهنگ ایمنی مطلوب شامل ویژگی‌هایی همچون تعهد سازمان به یادگیری از خطاها، همکاری بین‌حرفه‌ای مؤثر، شناسایی پیشگیرانه خطرات، وجود سیستم‌های کارآمد گزارش‌دهی و تلاش مستمر برای بهبود کیفیت مراقبت است (١٤و١٥).

با توجه به اهمیت کیفیت و ایمنی در مراقبت‌های پرستاری و نقش بنیادی فرآیند پرستاری و فرهنگ ایمنی بیمار، ضرورت انجام پژوهش حاضر در بررسی ارتباط میان صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری و ادراک پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار آشکار می‌شود؛ زیرا این رابطه در بستر مورد مطالعه کم‌تر شناخته شده و نتایج آن می‌تواند در تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و طراحی مداخلات مؤثر نقش‌آفرین باشد. از منظر نوآوری، این مطالعه با بررسی همزمان این دو متغیر از دیدگاه پرستاران، تصویری جامع‌تر ارایه داده و با هدف تعیین نوع و میزان ارتباط آن‌ها، زمینه را برای طراحی مداخلات یکپارچه و توسعه یک مدل مفهومی درخصوص تعامل این دو مؤلفه فراهم می‌سازد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری و ادراک پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- همبستگی است که در سال ۱٤۰۲ انجام شد. جامعه آماری شامل پرستاران بالینی شاغل در مراکز آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در شهر اردبیل بود. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای در پنج

مرکز آموزشی- درمانی امام خمینی(ره)، امام رضا(ع)، فاطمی، بوعلی و علوی استفاده شد. بدین صورت که ابتدا هر بیمارستان به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد و سپس بخش‌های بستری مانند اورژانس، تروما، جنرال، کودکان، پوست، چشم، نوزادان و بخش‌های ویژه به عنوان زیرطبقه تعیین گردیدند. نمونه‌گیری به نسبت تعداد پرستاران هر بخش انجام شد تا نمایندگی مناسب جامعه پرستاری در نمونه نهایی تضمین شود. پس از تعیین تعداد موردنیاز از هر زیرطبقه، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی ساده و با استفاده از فهرست اسامی پرستاران انتخاب شدند.

حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۹۰ درصد، ضریب همبستگی ۰/۲ بین نمرات صلاحیت فرآیند پرستاری و فرهنگ ایمنی بیمار براساس مطالعه فراهانی و همکاران و ۱۰ درصد ریزش، ۲٦٦ نفر محاسبه شد (١٦).

معیارهای ورود شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی و حداقل شش ماه سابقه کار بود. معیار خروج نیز شامل عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شد. پس از اخذ مجوزهای لازم، پرسشنامه‌ها طی سه نوبت کاری (صبح، عصر و شب) با هماهنگی سوپروایزر و سرپرستاران بخش‌ها و پس از ارایه توضیحات و اخذ رضایت آگاهانه، بین پرستاران توزیع گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه بخش بود: پرسشنامه مشخصات فردی- اجتماعی (جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت استخدامی، تأهل، شیفت کاری و سابقه کار)، پرسشنامه صلاحیت فرآیند پرستاری و پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار.

پرسشنامه صلاحیت فرآیند پرستاری (Competency of Nursing Process): این پرسشنامه توسط Koy و همکاران (۲۰۲۳) طراحی و روان‌سنجی شده و شامل ٢٤ سؤال در پنج بعد ارزیابی (١-٤)، تشخیص (٥-٩)، برنامه‌ریزی (١٠-١٤)، مداخله (١٥-٢١) و ارزشیابی (٢٢-٢٤) است (١٧). نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از «اصلاً اطمینان ندارم» تا «اطمینان کامل دارم» انجام می‌شود. دامنه نمره کل بین ٢٤ تا ١٢٠ بوده و نمره بالاتر نشان‌دهنده صلاحیت بیش‌تر در اجرای فرآیند پرستاری است. روایی محتوای ابزار براساس ارزیابی ده نفر از اعضای هیأت علمی و با استفاده از تکنیک Waltz و Bausell تأیید شد؛ به‌طوری‌که مقدار CVR برابر ۰/۸۷ و CVI برابر ۰/۹ به دست آمد (١٨). پایایی درونی پرسشنامه نیز با آلفای کرونباخ ۰/۷ مناسب ارزیابی شد.

پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار (Hospital Survey on Patient Safety Culture): این ابزار توسط AHRQ طراحی و توسط مقری و همکاران (١٣٩٠) در ایران روان‌سنجی شده است (١٩). پرسشنامه شامل ٤٢ سؤال در ١٢ بعد از جمله تناوب گزارش‌دهی رویدادها، درک کلی از ایمنی بیمار، انتظارات مدیریت، یادگیری سازمانی، کار تیمی، ارتباطات و پاسخ غیرتنبیهی به خطا است. نمره‌گذاری براساس مقیاس لیکرت پنجدرجه‌ای انجام می‌شود و دامنه نمرات کل بین ٤٢ تا ٢١٠ است. پایایی

داخلی ابزار در مطالعات قبلی بین ۰/۵۷ تا ۰/۸ گزارش شده و در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/٦٦ محاسبه شد. براساس معیارهای رایج، مقادیر نزدیک به ۰/۷ نشان‌دهنده همسانی درونی نسبتاً مناسب ابزار هستند (۲۰).

برای ارزیابی وضعیت صلاحیت فرآیند پرستاری و فرهنگ ایمنی بیمار، از روش چارک‌ها استفاده شد. میانگین نمرات این دو متغیر و ابعاد مربوطه با نمره معیار مقایسه شدند. نمره معیار از فرمول زیر محاسبه گردید:

حداکثر نمره − حداقل نمره ÷ ۲ + حداقل نمره (۱۸)

پس از تصویب طرح در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1402.317 اخذ شد. رعایت اصول اخلاقی شامل اخذ مجوزها، کسب رضایت آگاهانه، توضیح هدف و شیوه انجام مطالعه و پاسخ‌دهی به پرسش‌های شرکت‌کنندگان مورد توجه قرار گرفت.

داده‌ها پس از کدگذاری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲٦ وارد شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی انجام شد. توزیع نرمال داده‌ها با آزمون Kolmogorov–Smirnov بررسی شد و نتایج نشان داد داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند ($p>۰/۰۵$). بنابراین، از آزمون‌های پارامتریک شامل t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه برای مقایسه گروه‌ها و از آزمون همبستگی Pearson برای بررسی ارتباط بین صلاحیت فرآیند پرستاری (متغیر پیش‌بین) و فرهنگ ایمنی بیمار (متغیر ملاک) استفاده شد. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد، تعداد پرستاران مورد مطالعه ۲٦٦ نفر بوده و اکثراً پرستاران زن ۱۷۷ نفر (٦٦/۵ درصد)، متأهل ۱٦٤ نفر (٦۱/۷ درصد) و شیفت کاری در گردش ۱۲۲ نفر (٤۵/۹ درصد) گزارش کردند. میانگین و انحراف معیار سن و سابقه کار پرستاران، به ترتیب (۵/٤۰±۳۱/۵۹) با دامنه بین (٤٦-۲۳ سال) و ۲/۸۹±٦/۷۹ با دامنه بین (۲۸-۰ سال) بود. نتایج آزمون‌های تی‌مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد، بین وضعیت تأهل و استخدامی در پرستاران با هر یک از متغیرهای صلاحیت فرآیند پرستاری و فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط آماری معناداری یافت شد ($p<۰/۰۵$)، این یافته‌ها حاکی از آن است که پرستاران متأهل در مقایسه با پرستاران مجرد، و پرستاران با وضعیت استخدامی طرحی در مقایسه با سایر گروه‌های استخدامی، به طور معناداری از سطح صلاحیت بالاتری در اجرای فرآیند پرستاری برخوردارند. علاوه بر این، این گروه‌ها در مقایسه با سایرین، اهمیت بیش‌تری برای فرهنگ ایمنی بیمار در ارایه مراقبت‌های پرستاری قائل هستند و ادراک مثبت‌تری از آن دارند (جدول شماره ۱).

وضعیت صلاحیت فرآیند پرستاری در اکثراً پرستاران سطح خوب (۱۷۵ نفر، ٦۵/۸ درصد) و فرهنگ ایمنی بیمار هم در سطح متوسط (۲٦٤ نفر، ۹۹/۳ درصد) بود. همچنین، در بین ابعاد صلاحیت فرهنگ پرستاری بعد «مداخله» با میانگین و انحراف معیار

(۲۸/۴۳±۲/۷۶) و «ارزیابی» با میانگین و انحراف معیار (۱۲/۲۸±۱/۴۹) به ترتیب، بیش‌ترین و کم‌ترین صلاحیت فرآیند پرستاری را بین پرستاران تشکیل دادند. از طرفی، «درک کلی از ایمنی بیمار» (۱۴/۰۷±۱/۵) و «باز بودن مجاری ارتباطی» با میانگین و انحراف معیار (۸/۲۷±۱/۴۵) به ترتیب بیش‌ترین و کم‌ترین حیطه‌های مربوط به فرهنگ ایمنی بیمار بودند. همچنین، در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار، درک کلی از اهمیت ایمنی در سطح قابل توجهی قرار دارد، اما به نظر می‌رسد که بعد «باز بودن مجاری ارتباطی» که نقش مهمی در گزارش‌دهی خطاها و تبادل اطلاعات ایمنی دارد، نیازمند توجه بیش‌تری است (جدول شماره ۲).

نتایج حاصل از آزمون همبستگی Pearson نشان داد بین نمره صلاحیت فرآیند پرستاری و ابعاد آن با فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط آماری معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). این یافته بیانگر وجود یک رابطه معنادار و مثبت بین صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری و فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بالینی است (جدول شماره ۳).

جدول ۱- توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی و ارتباط آن با صلاحیت فرآیند پرستاری و فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بالینی شاغل در مراکز آموزشی درمانی اردبیل در سال ۱۴۰۲

شاخص		تعداد	درصد	صلاحیت فرآیند پرستاری *p*-value	فرهنگ ایمنی بیمار *p*-value
جنسیت	مرد	۸۹	۳۳/۵	۰/۲۰۸[a]	۰/۸۲۴[a]
	زن	۱۷۷	۶۶/۵		
وضعیت تأهل	متأهل	۱۶۴	۶۱/۷	۰/۰۰۷[a]	۰/۰۸[a]
	مجرد	۱۰۲	۳۸/۳		
شیفت کاری	صبح ثابت	۶۶	۲۴/۸	۰/۱۱۶[b]	۰/۲۵۰[b]
	عصر ثابت	۴۹	۱۸/۴		
	شب ثابت	۲۹	۱۰/۹		
	در گردش	۱۲۲	۴۵/۹		
وضعیت استخدامی	رسمی	۷۱	۲۶/۷	۰/۰۱۱[b]	۰/۰۳۵[b]
	پیمانی	۸۳	۳۱/۲		
	قراردادی	۱۷	۶/۴		
	طرحی	۹۵	۳۵/۷		
سطح تحصیلات	کارشناسی	۲۳۶	۸۸/۷	۰/۷۷۲[a]	۰/۶۸۳[a]
	ارشد	۳۰	۱۱/۳		

a. تی‌مستقل، b. آنالیز واریانس یک طرفه

جدول ۲- توزیع وضعیت و میانگین نمرات زیرمقیاس‌های صلاحیت فرآیند پرستاری و فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بالینی شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل در سال ۱۴۰۲

متغیرها	زیرمقیاس‌ها	توزیع وضعیت متغیرها		میانگین	انحراف معیار
صلاحیت فرآیند پرستاری	بررسی	ضعیف	-	۱۶/۳۶	۱/۹۰
	تشخیص			۲۰/۳۳	۲/۱۷
	برنامه‌ریزی	متوسط	۳۴/۲	۲۰/۴۱	۲/۰۷
	مداخله			۲۸/۴۳	۲/۷۶
	ارزیابی	خوب	۶۵/۸	۱۲/۲۸	۱/۴۹
	نمره (کل)			۹۷/۸۴	۶/۲۵
فرهنگ ایمنی بیمار	تناوب گزارش‌دهی رخدادها	پایین	-	۱۰/۸۹	۱/۲۸
	درک کلی از ایمنی بیمار			۱۴/۰۷	۱/۵۰
	انتظارات و اقدامات مدیریت در راستای ایمنی بیمار			۱۱/۵۱	۱/۴۶
	یادگیری سازمانی	متوسط	۹۹/۳	۱۰/۹۳	۱/۵۳
	کار تیمی درون واحدهای سازمانی			۱۱/۱۶	۱/۶۱
	باز بودن مجاری ارتباطی			۸/۲۷	۱/۴۵
	ارتباطات و ارایه بازخورد در مورد خطاها			۸/۲۸	۱/۳۸
	پاسخ غیرتنبیهی در قبال رویداد خطا			۱۰/۳۴	۱/۷۴
	مسایل مربوط به کارکنان	بالا	۰/۷	۱۲/۷۲	۱/۵۷
	حمایت مدیریت از ایمنی بیمار			۸/۵۸	۱/۶۲
	کار تیمی مابین واحدهای سازمانی			۱۱/۳۶	۲/۰۶
	تبادل و انتقال اطلاعات			۱۰/۱۳	۱/۷۵
	نمره (کل)			۱۳۰/۰۱	۶/۶۰

جدول ۳- همبستگی نمرات صلاحیت فرآیند پرستاری و زیرمقیاس‌های آن با فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بالینی شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل در سال ۱۴۰۲

متغیر	فرهنگ ایمنی بیمار	
	ضریب همبستگی Pearson	*p*-value
بررسی	۰/۱۳۲	۰/۰۳
تشخیص	۰/۱۲۸	۰/۰۳
برنامه‌ریزی	۰/۱۴۱	۰/۰۲
مداخله	۰/۲۴۸	$p<۰/۰۰۱$
ارزیابی	۰/۳۰۸	$p<۰/۰۰۱$
صلاحیت فرآیند پرستاری	۰/۳۱۵	$p<۰/۰۰۱$

بحث و نتیجه‌گیری

فرآیند پرستاری به عنوان بنیان و چارچوب اصلی حرفه پرستاری، تقریباً تمامی جنبه‌های مراقبتی این حوزه را در بر می‌گیرد و در نظام‌های آموزشی و محیط‌های بالینی به عنوان رویکرد استاندارد ارایه مراقبت به کار گرفته می‌شود. از سوی دیگر، فرهنگ ایمنی بیمار یکی از اساسی‌ترین عناصر تضمین

کیفیت و ایمنی مراقبت در بیمارستان‌هاست و نقش مهمی در پیشگیری از خطاهای پزشکی و ارتقای کیفیت خدمات دارد. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری و ادراک پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار انجام شد.

یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر، ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در سطح متوسط از سوی پرستاران بود. همچنین نتایج نشان داد که دو حیطه «درک کلی از ایمنی بیمار» و «ارتباطات و ارایه بازخورد در مورد خطاها» به ترتیب بیش‌ترین و کم‌ترین سهم را در شکل‌گیری فرهنگ ایمنی بیمار داشتند. یافته‌های مذکور با نتایج مطالعات یوسفیان و همکاران، رضایی و همکاران، نصیری و همکاران و جباری و همکاران هم‌راستا است که همگی سطح متوسط تا پایین فرهنگ ایمنی را گزارش کرده‌اند (۱۱و۲۳-۲۱). این همخوانی می‌تواند ناشی از عوامل مشابهی از جمله چالش‌های ساختاری و مدیریتی، محدودیت منابع، سیاست‌گذاری‌های مشترک در نظام سلامت، و همچنین استفاده از ابزارهای یکسان اندازه‌گیری باشد.

با این حال، مغایرت نتایج این مطالعه با یافته‌های داوری دولت‌آبادی و ضیایی‌راد و نیز جعفرپناه و رضایی می‌تواند ناشی از تفاوت در ویژگی‌های جمعیتی نمونه‌ها (از جمله تجربه کار، نوع بخش، و سطح آموزشی)، تفاوت در شرایط سازمانی بیمارستان‌ها، مداخلات مرتبط با ایمنی، و نیز تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی میان مناطق موردمطالعه باشد (۲٤و۲٥). این تفاوت‌ها نشان می‌دهد که تحلیل فرهنگ ایمنی بیمار باید با در نظر گرفتن زمینه‌های سازمانی و اجتماعی هر پژوهش انجام شود.

علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد که صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری توسط پرستاران در سطح خوب گزارش شده است. دو حیطه «مداخله» و «ارزشیابی» به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین میانگین را در میان مؤلفه‌های صلاحیت داشتند. این یافته با نتایج Zaitoun و Osman و همکاران همخوانی دارد (۲٦و۲۷).

در مقابل، مطالعات Zeleke و همکاران، Owusu-Ansah و Agyeman-Yeboah و نیز بحرینی بروجنی و علوی سطوح پایین‌تری از صلاحیت در اجرای فرآیند پرستاری گزارش کرده‌اند (۳۰-۲۸). این ناهمگونی می‌تواند ناشی از تفاوت در نظام‌های آموزشی، میزان نهادینه‌سازی فرآیند پرستاری در محیط‌های بالینی، سبک‌های مدیریتی، فرهنگ کاری، استانداردهای نظارتی و نیز تفاوت در ابزارهای سنجش باشد. همچنین، کیفیت آموزش ضمن خدمت، حجم کاری پرستاران، و ساختارهای حمایتی سازمانی نیز می‌تواند بر صلاحیت بالینی آنان تأثیرگذار باشد.

مطابق یافته‌های پژوهش، بین وضعیت تأهل و نوع استخدام پرستاران با ادراک آنان از فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط آماری معنادار مشاهده شد. این یافته با مطالعات اسدی و همکاران، نصیری و همکاران و Muhammad و همکاران همسو است و نشان می‌دهد که عوامل جمعیت‌شناختی می‌توانند در شکل‌گیری نگرش و رفتارهای مرتبط با ایمنی نقش داشته باشند (۳۳-۳۱). وجود ثبات شغلی، تجربه

بیش‌تر و احساس مسؤولیت خانوادگی می‌تواند در افزایش حساسیت نسبت به ایمنی بیمار مؤثر باشد.

در عین حال، مغایرت یافته‌های این مطالعه با نتایج Mohammed و همکاران در کشور اتیوپی (۳٤) اهمیت توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و سازمانی را برجسته می‌سازد. تفاوت در اولویت‌های ارزشمند سازمانی، نوع مدیریت، ساختارهای ایمنی، انتظارات شغلی، و نحوه ادراک ابزارهای اندازه‌گیری می‌تواند باعث تفاوت در نتایج شود.

در بخش دیگری از یافته‌ها، مشخص شد که وضعیت تأهل و نوع استخدام با صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری نیز ارتباط معنادار دارد. این نتایج با پژوهش Zerihun و همکاران همسو است (۳۵). اما در مطالعه فریدی و همکاران چنین ارتباطی گزارش نشده است (۳٦). این ناهمخوانی نیز می‌تواند ناشی از تفاوت در ساختار سازمانی، فرهنگ حرفه‌ای، شرایط کاری، سطح آموزش و ابزارهای سنجش باشد.

یکی از مهم‌ترین نتایج این پژوهش، وجود ارتباط مثبت و معنادار بین صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری و ادراک پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار است. این یافته که با نتایج Koy و همکاران نیز همخوانی دارد (۱۷)، تأیید می‌کند که ارتقاء شایستگی‌های حرفه‌ای پرستاران می‌تواند به بهبود فرهنگ ایمنی در محیط‌های بالینی منجر شود. پرستارانی که تسلط بیش‌تری بر فرآیند پرستاری دارند، معمولاً توانمندتر در شناسایی خطرات، تحلیل موقعیت‌های بالینی، گزارش خطاها و اجرای مداخلات ایمن عمل می‌کنند.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، می‌توان به خودگزارش‌دهی در پرسشنامه‌ها اشاره کرد. پژوهشگر سعی کرده است با فراهم کردن زمان کافی برای شرکت‌کنندگان در تکمیل پرسشنامه، این محدودیت را به حداقل برساند. همچنین، سوگیری مطلوبیت اجتماعی نیز مشکلی است که باید در استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی مدنظر قرار گیرد.

با توجه به یافته‌های پژوهش که گویای ارتباط قوی بین صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری و فرهنگ ایمنی بیمار در پرستاران بود، پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی در رابطه با تأثیر هوش مصنوعی در ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار با کمک فرآیند پرستاری در بیمارستان‌های آموزشی در حجم نمونه بیش‌تر و جامعه بزرگ‌تر توسط پژوهشگران مدنظر قرار گیرد.

یافته‌های پژوهش حاضر نمایانگر آن است که میانگین نمره صلاحیت در اجرای فرآیند پرستاری در سطح مطلوبی قرار دارد، در حالی که فرهنگ ایمنی بیمار در سطح متوسطی ارزیابی گردیده است. علاوه بر این، نتایج از وجود رابطه‌ای آماری معنادار و مستقیم بین سطح صلاحیت اجرای فرآیند پرستاری و میزان ادراک پرستاران از فرهنگ ایمنی بیمار را تأیید می‌نماید. بر این اساس، می‌توان استنباط نمود که تقویت و ترویج اثربخش فرآیند پرستاری در محیط‌های بالینی می‌تواند به ارتقاء سطح فرهنگ ایمنی بیمار منجر گردد. لذا، طراحی و اجرای برنامه‌های

آموزشی جامع و مدون، شامل برگزاری کارگاه‌های تخصصی و ارایه مشاوره‌های دوره‌ای در تمامی سطوح برای پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی، به منظور بهبود و ارتقاء رویکردهای پرستاری مبتنی بر شواهد، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد. تأکید بر اصول فرآیند پرستاری و تربیت پرستارانی که این اصول را به عنوان جزء لاینفک عملکرد حرفه‌ای خود تلقی می‌نمایند، می‌بایست به عنوان یکی از ارکان اساسی آموزش‌های پایه در راستای نهادینه‌سازی فرهنگ ارتقاء ایمنی بیمار مورد توجه ویژه قرار گرفته و در برنامه درسی و کوریکولوم آموزش پرستاری ادغام گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، اساتید و همکاران محترم و پرستاران زحمتکش بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر اردبیل که در بهبود اجرای این مطالعه همکاری داشتند، نهایت تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1 - Nahid KK, Hasantehrani T. A survey comparison quality of writing and application nursing process between students of Hamadan City, 2010. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2012; 31: 762-767. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.12.137.

2 - Sethares KA, Asselin ME, Mahoney D, Nicotera J, Chung J, Schuler M. Description and comparison of exam wrapper learning strategy use in baccalaureate and associate degree nursing students: a descriptive study. Nurse Educ Today. 2021 Aug; 103: 104961. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104961.

3 - Mousavinasab ES, Rostam NiakanKalhori S, Zarifsanaiey N, Rakhshan M, Ghazisaeedi M. Nursing process education: a review of methods and characteristics. Nurse Educ Pract. 2020 Oct; 48: 102886. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102886.

4 - Baraki Z, Girmay F, Kidanu K, Gerensea H, Gezehgne D, Teklay H. A cross sectional study on nursing process implementation and associated factors among nurses working in selected hospitals of central and Northwest zones, Tigray Region, Ethiopia. BMC Nurs. 2017 Sep 15; 16: 54. doi: 10.1186/s12912-017-0248-9.

5 - Davoodi A, Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Onyeka TC, Jabbarzadeh F. Impact of integrated teaching-learning method on oncology clinical decision-making ability and cognitive learning of nursing students. BMC Med Educ. 2022 Feb 19; 22(1): 107. doi: 10.1186/s12909-022-03168-2.

6 - Gazari T, Apiribu F, Afaya RA, Awenabisa AG, Dzomeku VM, Mensah ABB, et al. Qualitative exploration of the challenges and the benefits of the nursing process in clinical practice: a study among registered nurses in a municipal hospital in Ghana. Nurs Open. 2021 Nov; 8(6): 3281-3290. doi: 10.1002/nop2.1043.

7 - Ali Ali HM, Abdul-Aziz AM, Darwish EAF, Swelem MS, Sultan EA. Assessment of patient safety culture among the staff of the university hospital for gynecology and obstetrics in Alexandria, Egypt. J Egypt Public Health Assoc. 2022 Oct 12; 97(1): 20. doi: 10.1186/s42506-022-00110-8.

8 - Lee SE, Dahinten VS, Seo JK, Park I, Lee MY, Han HS. Patient safety culture and speaking up among health care workers. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2023 Feb; 17(1): 30-36. doi: 10.1016/j.anr.2023.01.001.

9 - Farzi S, Farzi S, Taheri S, Ehsani M, Moladoost A. Perspective of nurses toward the patient safety culture in neonatal intensive care units. Iranian Journal of Neonatology. 2017; 8(4): 89-94. doi: 10.22038/IJN.2017.22713.1271.

10 - Babaie M, Nourian M, Atashzadeh-Shoorideh F, Manoochehri H, Nasiri M. Psychometric evaluation of the Persian version of the hospital survey on patient safety culture questionnaire (HSOPSC) in neonatal intensive care units: a methodological study. BMC Nurs. 2023 Aug 23; 22(1): 279. doi: 10.1186/s12912-023-01435-1.

11 - Yousefian M, Eyni S, Amini K, Ershadifard S, Gheybati F, Asadi H. [The status of patient safety culture in Iranian hospitals: a systematic review]. Payesh. 2023; 22(2): 129-138. doi: 10.52547/payesh.22.2.129. (Persian)

12 - Kordi M, Asadi H, Rajabi S. [The relationship between patient safety culture and the establishment of national accreditation management standards in a teaching hospital in Ardabil, Iran]. Payesh. 2023; 22(2): 153-160. doi: 10.52547/payesh.22.2.153. (Persian)

13 - Mohammadi Z. [Relationship between nursing communication characteristics and patient safety culture at educational hospitals in Sanandaj city]. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2020; 28(4): 74-83. doi: 10.30699/ajnmc.28.4.74. (Persian)

14 - Alsulami A, A'aqoulah A, Almutairi N. Patient safety culture awareness among healthcare providers in a tertiary hospital in Riyadh, Saudi Arabia. Front Public Health. 2022 Jul 18; 10: 953393. doi: 10.3389/fpubh.2022.953393.

15 - Dalili A, Moghadam HZ, Maleki F, Bagherian F, Habibzadeh SR, Kakhki BR, et al. Patient safety culture in studies of Iran and a sample of Arab, European and Latin American countries: secondary analysis of systematic review data. International Journal of Medical Investigation. 2023; 12(3): 33-45.

16 - Farahani M, Esmaeili M, Ashrafizadeh H, Hajibabaee F, Haghani S, Ariyamloo P. Patient safety friendly hospital standards and customer orientation among Iranian nurses during the COVID-19 pandemic. BMJ Open Qual. 2022 Jun; 11(2): e001903. doi: 10.1136/bmjoq-2022-001903.

17 - Koy V, Yunibhand J, Rauth A, Bircher N, Prak M, Henker R. Development and psychometric testing of a competency of nursing process questionnaire. Int J Nurs Sci. 2023 Mar 20; 10(2): 245-250. doi: 10.1016/j.ijnss.2023.03.009.

18 - Waltz CF, Bausell RB. Nursing research: design, statistics, and computer analysis. Philadelphia: F.A. Davis; 1981.

19 - 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]. Journal of Hospital. 2012; 11(2): 19-30. (Persian)

20 - Santos JRA. Cronbach's alpha: a tool for assessing the reliability of scales. The Journal of Extension. 1999; 37(2): 15.

21 - Rezaee S, Piroozi B, Rahmani Kh, Naseri S. Study of patient safety culture from the perspective of nurses working in teaching hospitals of Kurdistan university of medical sciences in 2022. Journal of Patient Safety & Quality Improvement. 2023; 11(3): 153-159. doi: 10.22038/PSJ.2023.73091.1395.

22 - Nasiri Kh, Najafi E, Kazemi H, Saeidi S. The relationship of work environment, patient safety culture, and the medication errors among nurses. Health Management and Information Science. 2022; 9(2): 87-94. doi: 10.30476/JHMI.2022.94944.1123.
23 - Jabari F, Ooshaksaraie M, Azadehdel MR, Mehrabian F. [Relationship between patient safety culture and professional conduct of nurses in context of clinical governance implementation]. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2015; 25(3): 27-33. (Persian)
24 - Davari Dolatabadi F, Ziaeirad M. [The relationship between critical thinking and patient safety culture in the nurses]. Journal of Nursing Education. 2021; 10(2): 1-12. (Persian)
25 - Jafarpanah M, Rezaei B. [Patient safety culture; the strengths and weaknesses: a case study of Imam Reza hospital of Kermanshah]. Health and Development Journal. 2019; 8(2): 197-209. doi: 10.22034/8.2.197. (Persian)
26 - Zaitoun RA. Assessing nurses' professional competency: a cross-sectional study in Palestine. BMC Nurs. 2024 Jun 5; 23(1): 379. doi: 10.1186/s12912-024-02064-y.
27 - Osman W, Ninnoni JPK, Anim MT. Use of the nursing process for patient care in a Ghanaian teaching hospital: a cross-sectional study. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2021; 14: 100281. doi: 10.1016/j.ijans.2021.100281.
28 - Zeleke S, Kefale D, Necho W. Barriers to implementation of nursing process in South Gondar Zone Governmental hospitals, Ethiopia. Heliyon. 2021 Mar 1; 7(3): e06341. doi: 10.1016/j.heliyon.2021.e06341.
29 - Owusu-Ansah YA, Agyeman-Yeboah J. Barriers to effective implementation of the nursing process among emergency ward nurses at a tertiary hospital, Accra; a cross sectional survey. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2022; 16: 100425. doi: 10.1016/j.ijans.2022.100425.
30 - Bahreini Brujeni A, Alavi A. [The relationship between nurses' self-efficacy and job expectations with patient safety culture]. Journal of Health and Care. 2020; 22(2): 138-146. doi: 10.52547/jhc.22.2.138. (Persian)
31 - Asadi H, Habibi Soola A, Davari M, Ershadifard S. [The status of patient safety culture in nurses of Imam Khomeini hospital in Ardabil, Iran during the outbreak of COVID-19, in 2020]. Journal of Military Medicine. 2020; 22(11): 1162-1170. doi: 10.30491/JMM.22.11.1162. (Persian)
32 - Nasiri Kh, Najafi E, Kazemi H, Saeidi S. The relationship of work environment, patient safety culture, and the medication errors among nurses. Health Management and Information Science. 2022; 9(2): 87-94. doi: 10.30476/JHMI.2022.94944.1123.
33 - Muhammad EH, Abdulhussain Fadhil A, Al-Taee MM, Sabah Jabr H, Ihsan M, Alwaily ER. Patient safety culture from perspective of nurses working in ICU and CCU wards of Al-Najaf Al-Ashraf hospital. Evidence Based Care Journal. 2022; 12(3): 64-71. doi: 10.22038/EBCJ.2022.66031.2730.
34 - Mohammed F, Taddele M, Gualu T. Patient safety culture and associated factors among health care professionals at public hospitals in Dessie town, north east Ethiopia, 2019.PLoS One. 2021 Feb 4; 16(2): e0245966. doi: 10.1371/journal.pone.0245966.
35 - Zerihun E, Dechasa A, Robi M, Chaka EE, Kune G. Implementation of nursing process and its' associated factors among nurses' working at public hospitals of central Ethiopian, 2020; institutional based cross-sectional study. Journal of Nursing and Practice. 2022; 5(3): 473-479. doi: 10.36959/545/422.
36 - Faridi S, Farsi Z, Rajaei N, Najafi Kalyani M. [The effect of electronic training on patient safety principles on the level of patient safety culture in nurses working in a selected military hospital in Tehran]. Military Caring Sciences. 2022, 9(4): 369-382. doi: 10.22034/9.4.369. (Persian)

Assessing the relationship between nursing process competency and nurses' perception of patient safety culture

Mehdi Mahmoudzadeh[1], Sana Khalilzadeh Zia[1], Mohammad Ali Mohammadi[2], Behrouz Dadkhah[2*]

Article type:
Original Article

Received: May 2025
Accepted: Aug. 2025
Published: 23 Nov. 2025

Corresponding author:
Behrouz Dadkhah
e-mail:
Behrouz.dadkhah@gmail.com

Abstract

Background & Aim: The nursing process provides a structured and evidence-based framework for delivering comprehensive, individualized, and high-quality care. As a fundamental component of healthcare systems, patient safety culture plays a pivotal role in ensuring the safety and well-being of patients. Given the importance of these two constructs, this study aimed to examine the relationship between nursing process competency and nurses' perception of patient safety culture.

Methods & Materials: This descriptive-correlational study was conducted in 2023 on 266 clinical nurses working in educational-treatment centers in Ardabil, Iran, using a stratified random sampling method. Data were collected using the Nursing Process Competency Questionnaire (NPCQ) and the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Data analysis was performed using SPSS version 26 through descriptive statistics and inferential tests.

Results: Among the participants, 177 nurses (66.5%) were female and 164 (61.7%) were married. Most nurses reported a good level of nursing process competency (175, 65.8%) and a moderate level of perceived patient safety culture (264, 99.3%). Marital status and employment status were significantly associated with both nursing process competency and patient safety culture ($P<0.05$). Additionally, a significant positive correlation was observed between nursing process competency and patient safety culture ($r=0.315$, $P<0.001$).

Conclusion: The results highlight the essential role of nursing process competency in fostering positive perceptions of patient safety culture. They also emphasize the importance of considering personal and employment-related factors when designing interventions. Policymakers are encouraged to develop integrated strategies that simultaneously enhance nursing process competency and strengthen patient safety culture to promote safer and higher-quality patient care.

Key words: nursing process, patient safety culture, nurse

Please cite this article as:
Mahmoudzadeh M, Khalilzadeh Zia S, Mohammadi MA, Dadkhah B. [Assessing the relationship between nursing process competency and nurses' perception of patient safety culture]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2025; 31(3): 292-303. (Persian)

1 - Students' Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
2 - Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Copyright © 2025 The Authors. Published by Tehran University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Noncommercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.