مقاله پژوهشی

رابطه بین کارگروهی پرستاران و ایمنی بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه و جراحی بیمارستان‌های منتخب استان گیلان

مهدیه ترکاء بیدختی [۱]، کامران حاجی‌نبی *[۲]، کتایون جهانگیری [۳]

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

[۲] استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

[۳] دانشیار، گروه سلامت در حوادث و بلایا، دانشکده سلامت، ایمنی و محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

* **نویسنده مسؤول:** کامران حاجی نبی
khajinabi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: ایمنی بیمار به عنوان یک موضوع بسیار مهم و حیاتی در نظام‌های سلامت کشورهای مختلف به شمار می‌آید. کار گروهی و ارتباطات در پیشگیری و کاهش خطاهای پزشکی بسیار مهم هستند. این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین کار گروهی پرستاران و ایمنی بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه و جراحی بیمارستان‌های منتخب استان گیلان انجام شده است.

روش پژوهش: مطالعه حاضر از نوع تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۵ در ۳۰ بیمارستان منتخب استان گیلان انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و جراحی (۶۰۰ نفر) و مسئولین ایمنی ۳۰ بیمارستان منتخب بودند. داده‌های کار گروهی توسط پرسشنامه ارزیابی کار گروهی و داده‌های ایمنی بیمار نیز با استفاده از چک لیست استانداردهای الزامی بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار جمع آوری گردید و با استفاده از آزمون اسپیرمن و به کمک نرم‌افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

یافته‌ها: طبق نتایج این مطالعه بین ایمنی بیمار و کارگروهی پرستاران ارتباط معنی‌دار ($p < ۰/۰۵$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط معنی‌دار کار گروهی با ایمنی بیمار، سرمایه گذاری این مراکز در جهت افزایش فرهنگ کار گروهی، می‌تواند از وارد آوردن آسیب‌ها و عوارض احتمالی جدی به بیماران جلوگیری نموده و برای بیمارستان‌ها بازگشت سرمایه را نیز به همراه داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: ایمنی بیمار، کار گروهی، بیمارستان

کاربرد مدیریتی: استفاده از نتایج مطالعه در راستای شناسایی عوامل مؤثر بر ایمنی بیمار و کارگروهی پرستاران در جهت افزایش رضایت بیماران و بهبود کیفیت خدمات،کاهش هزینه‌ها و بازگشت سرمایه به بیمارستان‌ها

ارجاع: ترکاء بیدختی مهدیه، حاجی‌نبی کامران، جهانگیری کتایون. رابطه بین کارگروهی پرستاران و ایمنی بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه و جراحی بیمارستان‌های منتخب استان گیلان. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۷؛ ۳(۱): ۴۳-۳۳.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۲۸
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۷/۰۳/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۲۹

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.1.2.9]

مقدمه

در جامعه کنونی سازمان‌های زیادی وجود دارند که انواع مختلفی از محصولات و خدمات مورد نیاز استفاده کنندگان را تأمین می‌کنند. عمده‌ترین وجه تمایز این محصولات از دید مصرف کنندگان، کیفیت آن می‌باشد (۱). در بخش سلامت نیز یکی از مسائل مهم، کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه شده به بیماران می‌باشد (۲). بیمارستان، بازوی مهم ارائه خدمات سلامت است و قسمت عمده منابع نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. با عنایت به محدودیت منابع ارزشمند بخش سلامت، تخصیص درست منابع، اعمال مدیریت علمی، برنامه‌ریزی صحیح و اصولی گامی مهم در دستیابی به اهداف نظام سلامت خواهد بود (۳).

از آنجا که یکی از بارزترین حقوق انسان‌ها، حق ایمن بودن از خطرات و آسیب‌ها، هنگام دریافت خدمات سلامت است (۴) باید خدمات ارائه شده به بیماران با بالاترین کیفیت ممکن باشد (۵). به‌طور قطع در مقایسه با سایر بخش‌های خدماتی و صنعتی، بخش سلامت، یکی از پرخطرترین بخش‌ها است (۶). آمارها حاکی از آن است که درصد زیادی از بیماران در مواجهه با سیستم‌های بهداشتی به‌خصوص بیمارستان‌ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می‌گردند، بنابراین توجه به مسئله ایمنی بیمار به‌عنوان یک موضوع بسیار مهم و حیاتی در نظام‌های سلامت کشورهای مختلف به شمار می‌رود (۷).

مقوله ایمنی بیمار پس از انتشار گزارش انستیتوی پزشکی ایالات متحده در سال ۱۹۹۹، که به بررسی میزان شیوع خطاهای پزشکی در این کشور پرداخته بود، مورد توجه پژوهشگران و صاحب نظران عرصه سلامت قرار گرفت. این گزارش به همراه گزارشات سایر مؤسسات مشابه در کشورهای دیگر نظیر انگلستان، کانادا و استرالیا در خصوص این موضوع، سبب گردید که نظام‌های بهداشتی-درمانی در سطح بین الملل متوجه شوند که به اندازه کافی ایمن نیستند (۸). مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان‌ها، هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می‌آورند. چنین تخمین زده می‌شود که بین ۵ تا ۱۰ درصد هزینه‌های مربوط به سلامت، ناشی از خدمات بالینی غیر ایمنی می‌باشد که منجر به آسیب رساندن به بیماران می‌گردند و در این میان سهم نارسایی سیستم‌ها و روال‌ها بیش از نقش افراد است (۹). علل رخداد اینگونه خطاها دامنه وسیع و متغیری از فقدان شیوه‌های کنترل عفونت، نحوه طراحی تجهیزات پزشکی تا فرهنگ سازمانی را در بر می‌گیرد. در میان این علل متنوع، کار گروهی و ارتباطات به‌عنوان عامل مهمی در بسیاری از حوادث نامطلوب شناخته شده اند (۱۰).

کاهش مؤثر خطاهای پزشکی بستگی به محیطی ایمن در زمینه بالینی و سیستمی دارد. آموزش رسمی کار گروهی به‌عنوان رویکردی سیستمی برای اتمام اینگونه خطاها پیشنهاد شده است (۱۱). به‌طور کلی گروه به عنوان مجموعه‌ای از ۲ یا چند نفر که برای رسیدن به اهداف مشخص و مشترک با یکدیگر کار کرده، دارای مهارت‌ها و وظایف تخصصی خاص هستند، از منابع مشترک استفاده کرده و به منظور هماهنگی و انطباق با تغییرات با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند، تعریف شده است (۱۲). تحقیقات اخیر نیز بر نقش کار گروهی برای ارائه مراقبت صحیح از بیمار در حوزه‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی، تأکید کرده‌اند (۱۳). متخصصان ایمنی بیمار بر این باورند که ارتباطات و دیگر مهارت‌های کار گروهی در پیشگیری و کاهش خطاهای پزشکی بسیار مهم هستند (۱۴).

تحلیل ۲۴۵۵ رویداد گزارش شده به شورای مشترک اعتبار بخشی بیمارستان‌ها حاکی از این است که در بیش از ۷۰ درصد موارد علت اصلی خطاها، مشکلات ارتباطی بوده است. برای بیان اهمیت وقوع این خطاها باید خاطر نشان کرد که حدود ۷۵ درصد از این بیماران فوت کرده‌اند (۱۵). بر این اساس، تعاملات پرسنل از جمله ارتباطات، نظارت یا ساختار تیم برای تضمین گروه‌های درمانی ایمن و کارآمد، مهم و حیاتی در نظر گرفته شده است. در مقابل ضعف در ارتباطات، فقدان مراقبت هماهنگ و یا شکست در کار گروهی می‌تواند منجر به نتایج نامطلوب برای بیمار شود (۱۶). با این حال تنها ایجاد ساختار گروه منجر به یک کار گروهی اثربخش نمی‌شود، بلکه عملکرد مؤثر گروه نیاز به آمادگی اعضا و همکاری آن‌ها برای رسیدن به یک هدف مشترک مثلاً بهبود سلامت بیماران در یک محیط ایمن و بدون خطا دارد. علاوه بر این کار گروهی مؤثر، به ارتباطات درون گروهی، حمایت سازمانی و منابع کافی احتیاج دارد (۱۷).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.1.2.9]

در مقایسه با گروه‌های سایر صنایع، تیم‌های پزشکی به ویژه در حوزه‌های مراقبت بهداشتی از قبیل اتاق عمل، مراقبت ویژه، اورژانس، تروما یا گروه‌های احیا غالباً تحت شرایط متغیر و غیرقابل پیش‌بینی کار کرده و تحت این شرایط اعضای گروه، به طور مداوم تغییر کرده و اغلب اعضاء که از تخصص‌ها، مهارت‌ها و فرهنگ‌های کاری متفاوتی برخوردار هستند، برای دوره زمانی کوتاهی در کنار یکدیگر در غالب گروه به ایفای نقش می‌پردازند (۱۸). شکست‌های کار گروهی و ویژگی‌های کلی تیم‌های پزشکی در شرایط پرخطر مانند اتاق عمل، تروما، مراقبت از نوزادان، مراقبت‌های ویژه و جراحی اندازه‌گیری و ثبت شده است (۱۷). در میان علل متنوعی که منجر به ایمنی بیمار می شود، کار گروهی و ارتباطات به عنوان عامل مهمی در بسیاری از حوادث نامطلوب شناخته شده است. همچنین درک بیشتر از پویایی و اثربخشی تیم و کمک به ارتقاء آموزش گروهی می‌تواند منجر به توسعه ایمنی بیمار شده و صلاحیت‌های فردی و تیمی را در جنبه‌های غیر فنی مراقبت، مانند اولویت بندی، رهبری و تصمیم‌گیری تقویت کند. با وجود تلاش‌های مداوم برای شناسایی هر چه بیشتر ارزیابی‌های مؤثر از مهارت‌های کار گروهی، ارتباط اصلی بین مهارت‌های بهبود یافته و ارتقاء نتایج ایمنی بیمار دست نیافتنی باقی‌مانده است (۱۷). پژوهش صباحی بیدگلی و همکاران (۱۳۹۰) در زمینه بررسی وضعیت ایمنی بیمار در بیمارستان‌های شهرستان کاشان نشان داد که ۹۰/۰۰ درصد کارکنان بیمارستان بر این باورند که ایمنی بیمار مسئولیت اولیه پرستار می‌باشد (۱۹).

لذا هدف این پژوهش بررسی رابطه کارگروهی پرستاران و ایمنی بیمار در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و جراحی بیمارستان‌های منتخب استان گیلان در نظر گرفته شد.

روش پژوهش

مطالعه حاضر، مطالعه ای تحلیلی و کاربردی است که در سال ۱۳۹۵ در ۳۰ بیمارستان منتخب استان گیلان انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و جراحی (۶۰۰ نفر) و مسئولین ایمنی ۳۰ بیمارستان منتخب استان گیلان بودند. دلیل انتخاب بخش‌های جراحی و مراقبت ویژه بیشتر بودن احتمال ایجاد عارضه برای بیمار در این بخش‌ها نسبت به سایر بخش‌ها بود. به منظور گردآوری داده‌ها از ۲ ابزار (چک لیست و پرسشنامه) استفاده گردید.

جهت ارزیابی کار گروهی از پرسشنامه T-TAQ (Teamwork Attitudes Questionnaire) از مجموعه TeamSTEPPS [Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety] که توسط سازمان تحقیقات و کیفیت مراقبت‌های سلامت آمریکا AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) برای اندازه‌گیری برداشت کارکنان از اجزای مختلف کار گروهی طراحی شده است، استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۵۵ سؤال می‌باشد که میزان کار گروهی را در ۷ بعد (ساختار گروه، نقش گروه، کارکرد گروه، مهارت‌های گروه، رهبری گروه، فضای گروه و هویت گروه) به کمک مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از "کاملاً موافقم = ۵ "تا "کاملاً مخالفم =۱ "ارزیابی می‌کند (۲۰). جهت تعیین روایی، پرسشنامه توسط ۵ نفر از اساتید صاحب نظر بررسی گردید و پس از اخذ نظرات آن‌ها اصلاحات لازم در مورد سؤالات و مقیاس آن‌ها انجام شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه با روش test-retest، پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از پرسنل پرستاری قرار گرفت. پس از ۱ ماه همان پرسشنامه برای بار دوم به افراد مورد مطالعه ارایه گردید. پایایی سوالات ۰/۹۵ محاسبه و تایید گردید.

داده‌های ایمنی بیمار با استفاده از چک لیست استانداردهای الزامی بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار جمع آوری گردید. این چک لیست از کتاب بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار استخراج گردید (چک لیست‌های استانداردهای الزامی بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار طی چندین دوره توسط خبرگان منطقه ای و بین المللی مورد بررسی و تجدید نظر قرارگرفته و به صورت آزمایشی اجرا شده و روایی و پایایی آن احراز گردیده است و در ۲ بخش سازماندهی شده است (۲۱). قسمت اول شامل استانداردهای بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار و بخش دوم شامل ابزارهای ارزیابی این بیمارستان‌ها می باشد). استانداردهای ایمنی بیمار شامل ۵ بعد حاکمیت و رهبری، جلب مشارکت و تعامل با بیمار، خدمات بالینی ایمن، محیط ایمن و آموزش مداوم می باشد. در ذیل این ۵ گروه ۲۴ زیرگروه قراردارد. مجموع استانداردهای الزامی (۲۰ استاندارد)- استانداردهای اساسی (۹ استاندارد)- استانداردهای پیشرفته (۳۰ استاندارد) که در این مطالعه استانداردهای الزامی (به جز بعد آموزش مداوم) مورد

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.1.2.9]

بررسی قرار گرفته است. چک لیست توسط مسئول ایمنی بیمارستان و پژوهشگر تکمیل شد. در تکمیل چک لیست به هر سؤال یکی از گزینه‌های تطبیق کامل، تطبیق نسبی و عدم تطبیق تعلق گرفت. سپس درصد کسب شده هر کدام از گزینه‌های فوق در هر بیمارستان محاسبه شد.

در نهایت به منظور تعیین سطح ایمنی بیمارستان و کار گروهی، میانگین امتیاز ۵۰-۰ درصد نشان‌دهنده سطح عملکرد ضعیف، ۷۰-۵۰ درصد سطح متوسط و ۱۰۰-۷۰ درصد سطح خوب در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS 16 و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی اسپیرمن) انجام شد.

کسب مجوز و معرفی نامه از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم وتحقیقات تهران، کسب رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی در پژوهش حین مصاحبه، رعایت حریم افراد، محرمانه نگه داشتن تمامی اطلاعات و محفوظ بودن حق کناره گیری شرکت کنندگان در هرمرحله از تحقیق، نیز از ملاحظاتی بود که در این مطالعه رعایت گردید. ضمناً این مطالعه با شماره ۱۹۲۴۰ در تاریخ ۱۳۹۴/۰۴/۱۰در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران مورد تصویب قرار گرفته است.

یافته‌ها

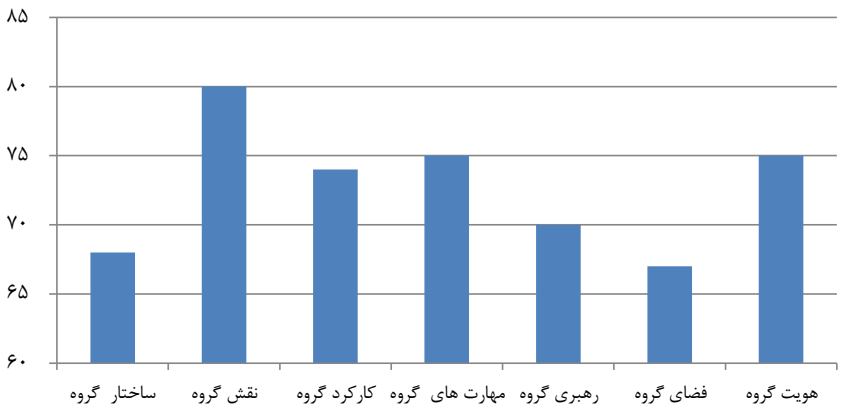
یافته‌های جمعیت شناختی پژوهش نشان داد که میانگین سنی پرستاران، ۳۵/۹ سال بود. همچنین بیشتر آنان (۸۴/۵۰ درصد) زن و (۴۹/۰۰ درصد) در بخش‌های جراحی مشغول به فعالیت بودند. در حالیکه فقط ۱۷/۴۰ درصد افراد (کمترین فراوانی) در بخش CCU شاغل بودند. به‌علاوه ۵۱/۹۰ درصد از پرستاران مورد مطالعه، کمتر از ۱۰ سال، سابقه کار داشتند و تنها ۹/۲۰درصد از آن‌ها سابقه کاری بین ۲۰-۱۶ سال داشتند. میانگین سابقه کار کلی پرستاران ۸/۲ سال بود (جدول ۱).

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی پرستاران مشارکت کننده در پژوهش

متغیر		فراوانی	درصد	انحراف معیار ± میانگین
سن (سال)	کمتر از ۳۰	۱۴۱	۲۴/۸۰	(۳۵/۹ ± ۷/۵)
	۳۰-۳۹	۳۱۶	۵۰/۱۰	
	۴۰-۴۹	۱۲۹	۲۲/۶۰	
	> ۵۰	۱۴	۲/۵۰	
جنسیت	مرد	۸۸	۱۵/۵۰	-
	زن	۵۱۲	۸۴/۵۰	-
محل خدمت	ICU	۱۹۱	۳۳/۶۰	-
	CCU	۹۹	۱۷/۴۰	-
	جراحی	۳۱۰	۴۹/۰۰	-
سابقه کار (سال)	≤ ۵	۱۳۸	۲۴/۳۰	(۱۱/۹ ± ۸/۲)
	۶-۱۰	۱۸۸	۲۷/۶۰	
	۱۱-۱۵	۱۱۳	۱۹/۹۰	
	۱۶-۲۰	۵۳	۹/۲۰	
	> ۲۰	۱۰۸	۱۹/۰۰	

یافته‌های مطالعه در مورد کار گروهی نشان داد بیشترین میزان رعایت مربوط به بعد مهارت‌های گروه (۷۴/۸۸ درصد) و کمترین میزان رعایت متعلق به بعد فضای گروه (۶۷/۰۰ درصد) بوده است. نمودار ۱ درصد فراوانی نسبی ابعاد مختلف کارگروهی در نمونه آماری تحقیق را بیان می کند.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.1.2.9]



نمودار ۱: درصد فراوانی نسبی کار گروهی در ابعاد مختلف در بیمارستان‌های منتخب استان گیلان

دیگر یافته‌های مطالعه نشان داد در بعد ساختار گروه، بالاترین میانگین مربوط به همراستایی اهداف گروه با سازمان (۴/۱۰) و درصد پاسخ‌های مثبت (۸۸/۰۳ درصد) و کمترین میانگین (۳/۲۳) و درصد پاسخ‌های مثبت (۵۰/۵۰ درصد) مربوط به وجود فضا، زمان و منابع لازم برای دستیابی به اهداف گروه می باشد. همچنین در بعد نقش گروه بیشترین میانگین (۳/۸۸) و درصد پاسخ‌های مثبت (۷۷/۷۸ درصد) مربوط به سؤال تأثیر مثبت اهداف و مقاصد گروه بر سازمان و کمترین میانگین (۳/۶۶) و درصد پاسخ‌های مثبت (۶۸/۰۰ درصد) مربوط به مشارکت قابل قبول تمامی اعضاء در فعالیت‌های گروه می باشد. ضمناً در بعد کارکرد گروه، عملکرد مؤثر گروه دارای بالاترین میانگین (۳/۹۹) با درصد پاسخ‌های مثبت (۷۸/۸۰) و در نظر گرفتن نیازهای مشتریان داخلی و خارجی دارای کمترین میانگین (۳/۹۵) با درصد پاسخ‌های مثبت (۷۸/۳۰درصد) می باشد. در بعد مهارت‌های گروه بالاترین میانگین (۴/۰۹) و درصد پاسخ‌های مثبت (۸۲/۳ درصد) مربوط به آشنایی اعضای گروه با مسئولیت یکدیگر و بهبود بخشی برنامه نظارت بر بیمار و کمترین میانگین (۳/۸۸) و درصد پاسخ‌های مثبت (۷۵/۰۰ درصد) مربوط به توانایی اعضای گروه در تغییر یا بهبود روش اجرای وظایف خود بوده است.

در بعد رهبری گروه، تقسیم مناسب وظایف با میانگین (۳/۹۱) و درصد پاسخ‌های مثبت (۷۵/۴۰ درصد) بالاترین و آزادی در بیان ایده‌ها و پیشنهادات با میانگین (۳/۶۷) و درصد پاسخ‌های مثبت (۶۵/۷۰ درصد) کمترین مقدار را دارا بود. در بعد فضای گروه بالاترین میانگین (۳/۹۶) و درصد پاسخ‌های مثبت (۸۲/۰۰ درصد) مربوط به آگاهی اعضاء از وظایفشان وکمترین میانگین (۳/۴۹) و درصد پاسخ‌های مثبت (۵۵/۴۰ درصد) مربوط به نبود احساس فروپاشی گروه توسط اعضاء می باشد. در بعد هویت گروه نیز بالاترین میانگین (۴/۱۹) و درصد پاسخ‌های مثبت (۸۷/۱۰ درصد) مربوط به آگاهی افراد از هدف حضور خود در گروه و کمترین میانگین (۳/۷۱) و درصد پاسخ‌های مثبت (۶۵/۹۰ درصد) مربوط به عدم تأثیر شخص،گروه یا جنسیت بر فعالیت‌های گروه می باشد. به‌طور کلی میزان رعایت کارگروهی در پرستاران بیمارستان‌های مورد مطالعه ۷۱/۳۳ درصد می‌باشد که این میزان، عملکرد خوب بیمارستان‌ها را نشان می‌دهد.

سایر یافته‌های مطالعه در مورد ایمنی بیمار نشان داد بیشترین میزان رعایت مربوط به گروه محیط ایمن (۹۵/۰۰ درصد) و کمترین میزان رعایت متعلق به گروه حاکمیت و رهبری (۶۷/۹۶ درصد) می‌باشد.کمترین و بیشترین میزان رعایت گروه‌های مختلف استانداردهای الزامی ایمنی بیمار در جدول ۲ ارائه شده است.

به منظور بررسی رابطه بین استاندارد ایمنی بیمار و ابعاد آن با کار گروهی، با توجه به غیرنرمال بودن توزیع داده‌های جمع‌آوری شده، از آزمون اسپیرمن استفاده شد. روابط در سطح معنی‌داری ۹۵ درصد مورد بررسی قرار گرفتند (جدول ۳).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.1.2.9]

جدول ۲: کمترین و بیشترین میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار (درصد)

گروه‌های استانداردهای ایمنی بیمار	کمترین میزان رعایت	بیشترین میزان رعایت	انحراف معیار ± میانگین
حاکمیت و رهبری	۳۳/۳۳	۹۴/۴۴	۶۷/۹۶ ± ۱۷/۶۱
جلب مشارکت و تعامل بیمار و جامعه	۰	۱۰۰/۰۰	۴۸/۳۳ ± ۲۵/۳۷
خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد	۳۵/۷۱	۱۰۰/۰۰	۶۹/۰۵ ± ۱۴/۰۸
محیط ایمن	۷۵/۰۰	۱۰۰/۰۰	۹۵/۰۰ ± ۱۰/۱۷
میزان کل استانداردهای الزامی بررسی شده	۳۷/۰۵	۹۲/۵۰	۶۹/۰۸ ± ۱۳/۱۹

جدول ۳: رابطه بین متغیر ایمنی بیمار و ابعاد آن با کار گروهی

متغیر اول	متغیر دوم	آماره آزمون (χ)	مقدار p *
حاکمیت و رهبری	کار گروهی	۰/۱۰۵	۰/۰۱۲ **
جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه	کار گروهی	۰/۰۴۶	۰/۲۶۹
خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد	کار گروهی	۰/۰۵۴	۰/۲۰۲
محیط ایمن	کار گروهی	۰/۱۰۶	۰/۰۱۲ **
ایمنی بیمار	کار گروهی	۰/۰۸۵	۰/۰۴۳ **

* آزمون اسپیرمن

** معنی دار در سطح معنی داری $p < ۰/۰۵$

۳ متغیر" حاکمیت و رهبری"، "محیط ایمن" و "ایمنی بیمار" با "کار گروهی پرستاران" در بخش‌های مراقبت ویژه و جراحی بیمارستان‌های مورد نظر ارتباط معنی دار داشتند. متغیرهای "جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه" و "خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد" با متغیر"کار گروهی پرستاران" ارتباط معنی دار نداشتند.

بحث

در این مطالعه ۳۰ بیمارستان منتخب استان گیلان در طی سال ۱۳۹۵ از ۲ بعد کارگروهی و ایمنی بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند.

میانگین میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب استان گیلان ۶۹/۰۸ درصد بود که این میزان، عملکرد متوسط بیمارستان‌ها را نشان می‌دهد. این نتیجه‌گیری با مطالعه مشابه جانقربانی و همکاران (۱۳۹۲) که ۷۱/۰۰ درصد رعایت را در اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی نشان می‌دهد (۲۲)، همخوانی دارد. مطالعه موسوی و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان داد که اتاق‌های عمل بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۸۴/۹۰ درصد ایمن بودند. اگرچه از نظر کنترل عفونت و ایمنی کارکنان از ایمنی کمتری برخوردار بودند (۲۳). از طرفی مطالعه فتحی (۱۳۸۷) با نتایج مطالعه حاضر، همخوانی ندارد. فتحی (۱۳۸۷) نشان داد، ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کردستان مطلوب نمی‌باشد و در بخش‌های ۱۰ گانه بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی کردستان فقط ۱ بیمارستان دارای ایمنی خوب و ۳۰-۲۰ درصد واحدها از ایمنی ضعیف و بقیه موارد در حد متوسط بوده‌اند (۲۴). در مطالعه عبدی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در بین ۳ بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۲ بیمارستان از نظر میزان رعایت ایمنی بیمار، وضعیت قابل قبول و ۱ بیمارستان وضعیت ضعیف داشتند (۶).

میانگین میزان رعایت کار گروهی در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۷۱/۳۳ درصد می‌باشد که این میزان، عملکرد خوب بیمارستان‌ها را نشان می‌دهد. بیشترین میانگین درصدی مربوط به بعد مهارت‌های گروه (۷۴/۸۸ درصد) و کمترین آن مربوط به بعد فضای گروه (۶۷/۰۰ درصد) می‌باشد. این نتیجه‌گیری با مطالعه ایزدی و همکاران (۱۳۹۲) که کار گروهی در واحدهای بیمارستان فاطمه الزهرا نجف آباد را ۷۵/۰۰ درصد نشان می‌دهد، همخوانی دارد (۲۵). مطالعه فلین و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان دهنده نگرش مثبت پزشکان و پرستاران نسبت به کار گروهی در بخش‌های جراحی ۱۷ بیمارستان اسکاتلند بود (۲۶). مطالعه عبدی و همکاران (۱۳۹۰) نشان دهنده

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.1.2.9]

۱۸/۲۰ درصد کار گروهی بین واحدهای بیمارستان و ۴۷/۲۰ درصد کار گروهی در داخل بخش/ واحد در ۳ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بود (۶).

بین حاکمیت و رهبری با کار گروهی پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود داشت. مطالعه مایر و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که اجرای استراتژی‌های کار گروهی در راستای افزایش ایمنی بیمار، در بخش‌های جراحی و مراقبت ویژه نوزادان منجر به در نظر گرفتن موضوعات افزایش رضایت کارکنان و بیماران و کیفیت خدمات در اهداف بیمارستان، حمایت سازمان از تشکیل کمیته‌های بیمارستانی و آموزش بیشتر کار گروهی و فراهم آوردن محیط، امکانات و منابع لازم به منظور انجام کار گروهی گردید که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۲۷). همچنین مطالعه یعقوبی‌فر و همکاران (۱۳۹۱) نشان دهنده این بود که در بیمارستان‌های شهر سبزوار که تنها ۳۱/۰۰ درصد کارکنان وضعیت ایمنی بیمار را عالی یا بسیار خوب گزارش کرده بودند، میزان پاسخ غیر تنبیهی به خطاها تنها ۱۳/۰۳ و امور مربوط به کارکنان، ۲۲/۳۷ پاسخ‌های مثبت را داشتند که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۲۸). مطالعه دیرینگ و همکاران (۲۰۱۱) در کشور عراق نشان دهنده این بود که با ارتقاء رهبری، نظارت و پشتیبانی افراد به عنوان مهارت‌های اولیه کار گروهی، هیچ تغییر معنی‌داری در ایمنی بیماران مشاهده نگردید که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد (۲۹). در مطالعه عبدی و همکاران (۱۳۹۰) در ۳ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز با وجود اینکه کار گروهی بیشترین امتیاز را در فرهنگ ایمنی بیمار کسب کرده، بعد واکنش غیر تنبیهی به خطا کمترین امتیاز را داراست که با نتایج این مطالعه مطابقت ندارد (۶). به منظور ارتقای ایمنی بیمار در این گروه (حاکمیت و رهبری)، قراردادن برنامه‌های ایمنی بیمار در برنامه‌های عملیاتی و استراتژیک بیمارستان و استخدام کارکنان فنی واجد صلاحیت و با مهارت، لازم است.

طبق نتایج مطالعه حاضر بین جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه با کار گروهی پرستاران ارتباط معنی داری وجود نداشت. مطالعه صباحی بیدگلی و همکاران (۱۳۹۰) با موضوع بررسی وضعیت ایمنی بیمار در بیمارستان‌های شهرستان کاشان، نشان داد که علیرغم تخصیص بیشترین امتیاز به روابط بین پرستاران، جو ایمنی بیمار در مراکز مورد مطالعه در وضعیت مناسبی قرار ندارد که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۱۹). مطالعه رواقی و همکاران (۱۳۹۲) در بیمارستان‌های آموزشی تهران نشان دهنده این بود که همبستگی بین ادراک بیماران از خطاهای پزشکی و کار گروهی درون واحد، پاسخ غیرتنبیهی به خطاها، امور مربوط به کارکنان، کار گروهی مابین واحدها، باز بودن مجاری ارتباطی و ارتباطات و بازخورد درباره خطاها به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (۳۰). بر اساس مطالعه آقارحیمی و همکاران (۱۳۹۲) در مراکز آموزشی درمانی نور و علی اصغر اصفهان متغیر "ارتباط کارکنان و بیمار" با "تعداد رخداد گزارش شده" دارای ارتباط معنی‌دار و با " ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار" فاقد ارتباط معنی دار بود (۳۱). مطالعه موحد کر و همکاران (۱۳۸۹) در بخش‌های بالینی بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان دهنده این بود که ادراک بیماران بستری در زمینه مشارکت در تصمیمات درمانی و ایمنی بیمار با عواملی همچون سن و شغل بیمار ارتباط دارد (۷). جهت بهبود امتیاز در این گروه (جلب مشارکت و تعامل با بیمار)، ارتقاء سطح آگاهی بیماران و مراقبین آن‌ها در زمینه سلامت در راستای ایجاد امکان مشارکت در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود و تضمین شناسایی صحیح هویت بیماران و احراز آن در تمامی مراحل درمان، نیاز است.

طبق نتایج این مطالعه، بین خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد با کار گروهی پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. میانگین میزان رعایت استانداردهای این گروه ۶۹/۰۵ بود، که نشان دهنده سطح عملکرد خوب بیمارستان در این گروه است. در مطالعه موسوی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان بررسی میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار در بخش اتاق عمل بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، وضعیت رعایت استانداردهای کنترل عفونت را نسبتاً ایمن ارزیابی کرد که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۲۳). در مطالعه جانقربانی و همکاران (۱۳۹۲) نیز میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستان شهید بهشتی با عملکرد خوب نشان داده شد (۲۲). همچنین در مطالعه دیرینگ و همکاران (۲۰۱۱) پس از پیاده‌سازی برنامه‌های کار گروهی در راستای افزایش ایمنی بیمار در کشور عراق، میزان ایمنی تزریق خون و فرآورده‌های خونی ۸۳/۰۰ درصد افزایش یافته و خطرات

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.1.2.9]

ناشی از Needlestick (زخم سر سوزن) ۷۰/۰۰ درصد کاهش یافت که با نتایج مطالعه صورت گرفته همخوانی ندارد (۲۹). در مطالعه طاهری حبیب آبادی و همکاران (۱۳۹۲) در ۵ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ارتباطات، از علل مؤثر در خطاهای دارویی در بخش نوزادان شناسایی شد (۳۲).

بر اساس نتایج حاصله از این مطالعه بین محیط ایمن با کار گروهی پرستاران ارتباط معنی داری وجود داشت. همچنین نتایج نشان داد بین ایمنی بیمار با کار گروهی پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در مطالعه دیرینگ و همکاران (۲۰۱۱) نیز میزان ایمنی بیمار پس از پیاده‌سازی برنامه‌های کار گروهی در راستای افزایش ایمنی بیمار، به میزان قابل توجهی افزایش پیدا کرد (۲۹). در مطالعه موحد کر و همکاران (۱۳۸۹) در بخش‌های بالینی بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۵۹/۷۰ درصد بیماران بستری، میزان مشارکت در تصمیمات درمانی را زیاد و ۶۰/۰۰ درصد نیز میزان ایمنی بیمار را خوب ارزیابی نمودند (۷). مطالعه آقا رحیمی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد بین درجه ایمنی با حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، کار گروهی در هر واحد، ادراک کلی نسبت به ایمنی بیمار، ارتباطات آزادانه، کار گروهی میان واحدها، پاسخ بدون تنبیه به خطاها و به کارگماری کارکنان رابطه‌ی معنی‌دار وجود داشت (۳۱). در مطالعه رواقی و همکاران (۱۳۹۲) نیز ارائه دهندگان مراقبت از ادراک مثبت‌تری به برخی از ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار نسبت به سایر ابعاد برخوردار بودند. این ابعاد عبارت بود از یادگیری سازمانی و بهبود مداوم و کارگروهی درون واحد (۳۰). در مطالعه محفوظ‌پور و همکاران (۱۳۹۲)، سطح فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های آموزشی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی متوسط گزارش شده است. قوی‌ترین بعد فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های مورد مطالعه، حیطه کار گروهی با ۷۴/۰۰ درصد پاسخ مثبت بود که نشان دهنده رابطه معنی‌دار بین این ۲ متغیر (ایمنی بیمار و کارگروهی) می باشد (۳۳).

ضمناً نحوه‌ی اجرای این تحقیق منطبق بر اصول استانداردهای مقطعی– تحلیلی بوده است و برای حصول نتایج جامع، اجرای مطالعات دیگر به‌ویژه با تعداد نمونه بیشتر امری ضروری است و با توجه به مقطعی بودن مطالعه، تعمیم یافته‌های آن باید با دقت انجام پذیرد.

نتیجه گیری

هدف کلی این مطالعه بررسی رابطه کار گروهی پرستاران و ایمنی بیمار با هدف ارائه راهکار برای ارتقاء ایمنی بیمار از طریق بهبود کار گروهی در محیط بیمارستانی بوده است. نتایج تحقیق نشان داد که کار گروهی پرستاران و ایمنی بیمار ارتباط معنی‌داری دارند. در عین حال علی رغم وجود متون گسترده در مورد تاثیرگذاری سطح کار تیمی پرستاران بر ایمنی بیمار، همبستگی مشاهده شده در این پژوهش ضعیف بود. این یافته می تواند ناشی از برخی محدودیت‌های پژوهش باشد. در عین حال مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می رسد.

همچنین انتظار می رود به مدیران و سیاستگذاران در شناسایی و جبران نقاط ضعف در این زمینه یاری رساند و در نتیجه بهره‌وری و ارتقاء ایمنی بیمار، کاهش خطاهای بالینی، جلوگیری از وارد آوردن آسیب‌ها و عوارض و بازگشت سرمایه را همراه داشته باشد. همچنین با توجه به توریست پذیر بودن استان گیلان، موجب ارتقای توریسم سلامت گردد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند بدینوسیله از تمامی همکاران، به‌ویژه پرستاران بیمارستان‌های مورد مطالعه به جهت مشارکت در انجام مطالعه، تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ک. ح

جمع آوری داده‌ها: م. ت ب

تحلیل داده‌ها: م. ت ب، ک. ح، ک. ج

نگارش و اصلاح مقاله: م. ت ب

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران می باشد و از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.1.2.9]

References

1) Stagliano A. 6 Sigma and Its Advanced Tools. 1st ed. (Translated by Majid Poorhossein, Mohammad Taghi Raeisi). Tehran: Sherkate Moshaverine Keyfiat Pardaz Publication; 2005: 100-50. [Persian]
2) 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 . jhosp 2012; 11(2): 19-30. [Persian]
3) Sadeghi A. The Organizational Culture of Shahid Hasheminejad Hospital in Tehran Based on the Denison Mode [Master Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences, School of Management and Information; 2010. [Persian]
4) Shine Kl. Health care quality and how to achieve it. Acad Med 2002; 77(1): 91-9. PMID: 11788332.
5) Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, et al. A qualitative study of the cultural changes in primary care organizations needed to implement clinical governance. Br J Gen Pract 2002; 52(481): 641-5. PMID: 12171222.
6) Abdi Zh, Maleki MR, Khosravi A. Perceptions of Patient Safety Culture among Staff of Selected Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Payesh 2011; 10(4): 411-9. [Persian]
7) Movahed Kor E, Arab M, Akbari Sari A, Hosseini M. Inpatient Perceptions of Participating in cure decision making and safety among public hospitals of Tehran medical sciences university. jhosp 2010; 11(1): 29-38. [Persian]
8) Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. Acad Med 2004; 79(2): 186-94. PMID: 14744724.
9) El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospital: a study at baseline. Int J Qual Health Care 2010; 22(5): 386-95. doi: 10.1093/intqhc/mzq047.
10) Salas E, King HB, Rosen MA. Improving teamwork and safety: toward a practical systems approach, a commentary on Deneckere et al. Soc Sci Med 2012; 75(6): 986-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.055.
11) Barrett J, Gifford C, Morey J, Risser D, Salisbury M. Enhancing patient safety through teamwork training. J Healthc Risk Manag 2001; 21(4): 57-65. doi: 10.1002/jhrm.5600210410.
12) Brannick MT, Salas E, Prince CW. Team Performance Assessment and Measurement: Theory, Methods, and Applications. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates; 1997.
13) Meterko M, Mohr DC, Young GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. Med Care 2004; 42(5): 492-8. PMID: 15083111.
14) Coburn AF, Croll ZT. Improving Hospital Patient Safety through Teamwork: The Use of TeamSTEPPS in Critical Access Hospitals. Portland, ME: Flex Monitoring Team; 2011. (Policy Brief #21).
15) Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care 2004; 13(Suppl 1): i85-i90. doi: 10.1136/qshc.2004.010033.
16) Künzle B, Kolbe M, Grote G. Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: A literature review. Safety Science 2010; 48(1): 1-17. doi: https://doi.org/10.1016/j.ssci.2009.06.004.
17) Jeffcott SA, Mackenzie CF. Measuring team performance in healthcare: review of research and implications for patient safety. J Crit Care 2008; 23(2): 188-96. doi: 10.1016/j.jcrc.2007.12.005.
18) Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53(2): 143-51. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x.
19) Sabahi beedgoli M, Shahri S, Kebriaee A, Seyedi HR, Sarafraz Z. Patient safety climate in medical centers of Kashan. JHPM 2012; 1(1): 62-72. [Persian]
20) Teamwork Attitudes Questionnaire (T-TAQ). Content last reviewed April 2017. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available from URL: http://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/reference/teamattitude.html. Last Access: Apr 25, 2017.
21) Emami Razavi SH, Ravaghi H, Mohaghegh MR. Assessment of Patient Safety in Hospitals: a manual for evaluators. 1st ed. (Translated by Hamid Ravaghi, Seyed Mohammad Sadat, Farnaz Mostofian, Sara Vazirian, Peygham Heydarpoor). Tehran: Mehrravesh; 2011: 9-26.
22) Janghorbani M, Raisi A, Dehghani S, Moosavi A. Assessment of Safety Status in Operating Rooms of Shahid Beheshti Hospital, Isfahan, Iran by the World Health Organization Standards for Safety-Friendly Hospitals. Health Inf Manage 2013; 9(7): 1066-72. [Persian]
23) Mousavi S, Dargahi H, Hasibi M, Mokhtari Z, Shaham G. Evaluation of safety standards in operating rooms of Tehran University of Medical Sciences (TUMS) Hospitals in 2010. Payavard 2011; 5(2): 10-17. [Persian]
24) Fathi M. Survey of status of security in the hospitals & treatment health services of Kurdistan University of medical sciences in 2003. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2003; 7(2): 37-42. [Persian]
25) Izadi AR, Drikvand J, Ebrazeh A. The Patient Safety Culture in Fatemeh Zahra Hospital of Najafabad, Iran. Health Information Management

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.1.2.9]

2013; 9(6): 895-907. [Persian]
26) Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson-Brown S, Maran N. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. Surgeon 2006; 4(3): 145-51. PMID: 16764199.
27) Mayer CM, Cluff L, Lin WT, Willis TS, Stafford RE, Williams C, et al. Evaluating efforts to optimize teamSTEPPS implementation in surgical and pediatric intensive care units. Jt Comm J Qual Patient Saf 2011; 37(8): 365-74. PMID: 21874972.
28) Yaghoubifar M, Tabaraee Y, HaghGoshaee E, Takbiri A, Yaghobifar MA. The survey of patient safety culture and recognizing its weaknesses and strengths in Sabzevar hospitals: 2011. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2013; 20(2): 154-64. [Persian]
29) Deering S, Rosen MA, Ludi V, Munroe M, Pocrnich A, Laky C, et al. On the front lines of patient safety: implementation and evaluation of team training in Iraq. Jt Comm J Qual Patient Saf 2011; 37(8): 350-6. PMID: 21874970.
30) Ravaghi H, Barati Marnani A, Hosseini AF, Takbiri A. The Relationship between Health Care Providers' Perceptions of Patient Safety Culture and Patients' Perceptions of Medical Errors in Teaching Hospitals in Tehran: 2011. jha 2012; 15(48): 57-68. [Persian]
31) Agharahimi Z, Mostofi M, Jafari M, Raesi AR. Evaluation of staff attitudes about patients' safety culture in Noor & Ali Asghar hospitals in Isfahan-2011. jhosp 2012; 11(3): 17-26. [Persian]
32) Taheri HabibAbadi E, Noorian M, Rassouli M, Kavousi A. Nurses' Perspectives on Factors Related to Medication Errors in Neonatal and Neonatal Intensive Care Units. IJN 2013; 25(80): 65-74. [Persian]
33) Mahfoozpour S, Ainy E, Mobasheri F, Faramarzi A. Patients' safety culture status among educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2011. Pajoohande 2012; 17(3): 134-41. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.1.2.9]

Research Article

The Relationship between the Patient's Safety and Nurses' Team Working in Surgical and Intensive Care Units in Gilan Province Selected Hospitals

Mahdieh Torka Beydokhti [1], Kamran Hajinabi [2*], Katayoun Jahangiri [3]

[1] MSc student in Healthcare Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[3] Associate Professor, Health in Disaster and Emergencies Department, School of Health, Safety and Environment, Shahid Beheshti University of Medical Sciences ,Tehran, Iran

*** Corresponding Author:** Kamran Hajinabi
khajinabi@yahoo.com

Citation: Torka Beydokhti M, Hajinabi K, Jahangiri K. The Relationship between the Patient's Safety and Nurses' Team Working in Surgical and Intensive Care Units in Gilan Province Selected Hospitals. Manage Strat Health Syst 2018; 3(1): 33-43.

Received: December 19, 2017
Revised: June 17, 2018
Accepted: June 19, 2018

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

A B S T R A C T

Background: Patient safety is one of the most important and vital issues in the health systems of different countries. Team working and communication are very important in preventing and reducing medical errors. This Study aimed to investigate the relationship between the patient's safety and nurses' team working in surgical and intensive care units in Gilan province selected hospitals.
Methods: This analytical study was conducted in 30 selected hospitals in Gilan province in 2015. The statistical population of the study consisted of all nurses working in surgical and intensive care units (n = 600), and safety authorities of 30 selected hospitals. Team working data were collected by the teamwork assessment questionnaire and the patient's safety data by the checklist of mandatory standards of patient safety. Data were analyzed by spearman correlation and SPSS $_{16}$ software.
Results: According to the results, there was a significant relationship between the patient's safety and nurses' team working ($p < 0.05$).
Conclusion: According to relationship between team working and patient's safety, financing in teamwork culture promotion can prevent serious injuries and possible complications from patients and returns the investment to the hospital.

Key words: Patient safety, Team working, Hospital

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1397.3.1.2.9]