

طراحی و روانسنجی ابزارهای عوامل موثر بر بروز خطا و موانع گزارش دهی آن در اتاق عمل از دیدگاه دانشجویان

نوع مقاله: مقاله تحقیقی تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۳۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۵

چکیده

روح انگیز نوروزی نیا^۱
کریم شیباسی^۲
مهسا خدمتی زارع^۳
پردیس رحمت پور^۴

مقدمه: ایمنی بیمار، یکی از عناصر حیاتی برای ارائه مؤثر خدمات مراقبت سلامت است. اتاق‌های عمل بیمارستان‌ها، به عنوان یکی از پرخطرترین محل‌های بیمارستانی است که نیازمند شناسایی عوامل موثر بر بروز خطا و نیز موانع گزارش دهی آن است. این مطالعه با هدف طراحی و ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی ابزارهای عوامل موثر بر بروز خطا و موانع گزارش دهی آن در اتاق عمل از دیدگاه دانشجویان اتاق عمل و هوشبری در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی تحلیلی در سال ۱۴۰۱ بر روی ۲۷۰ نفر از دانشجویان اتاق عمل و هوشبری دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام شد. در گام اول با استفاده از مرور متون و نظرات پانل خبرگان دو ابزار عوامل موثر بر بروز خطا، و موانع گزارش دهی خطا طراحی و درگام بعد روایی صوری، محتوا، سازه، و پایایی ابزارها ارزیابی گردید.

یافته‌ها: پس از انجام اصلاحات درخواستی در روایی صوری، نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا در کلیه گویه‌ها ارزیابی و بالاتر از ۰/۶۲ و ۰/۷ بود. در روایی سازه، ابزار عوامل موثر بر بروز خطا در اتاق عمل با ۲۲ گویه و چهار عامل شامل عوامل فردی (۸ گویه)، عوامل آموزشی-مهارتی (۶ گویه)، عوامل محیطی (۴ گویه) و عوامل مدیریتی (۴ گویه) استخراج شد. ضریب آلفای کرونباخ عوامل مذکور از ۰/۷۹ تا ۰/۰۹ و امگا مک دونالد از ۰/۷ تا ۰/۷۸ محاسبه شد. ابزار عوامل موثر بر گزارش دهی خطا در اتاق عمل با ۱۹ گویه در سه عامل شامل پیامدهای قانونی (۱۱ گویه)، عوامل مدیریتی (۴ گویه) و فرآیند گزارش دهی (۴ گویه) استخراج شد. ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل از ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ و امگا مک دونالد از ۰/۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، دو ابزار عوامل موثر بر بروز خطا، و موانع گزارش دهی خطا از شاخص‌های روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است و می‌تواند جهت سنجش مفاهیم مذکور در در اتاق عمل از دیدگاه دانشجویان اتاق عمل و هوشبری استفاده گردد. مدیران آموزشی و درمانی می‌توانند با شناسایی عوامل موثر بر بروز خطا و رفع موانع گزارش دهی آن، تصمیمات موثری در جهت کاهش موارد بروز خطا و نیز تسهیل فرآیند گزارش دهی آن در اتاق عمل‌های بیمارستانی اتخاذ و اجرایی نموده و بدین ترتیب موجب ارتقای ایمنی بیمار شوند.

واژگان کلیدی: اتاق‌های عمل، خطاهای پزشکی، ارزیابی آموزشی، روانسنجی

۱. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی اتاق عمل، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. پژوهشگر فوق دکترا، مرکز تحقیقات علوم سلامت: پرستاری، دانشکده پرستاری کویمبراه، کویمبراه، پرتغال

نویسنده مسئول*
پژوهشگر فوق دکترا، مرکز تحقیقات علوم سلامت: پرستاری، دانشکده پرستاری کویمبراه، پرتغال
ایمیل: par.rahmatpour@gmail.com

مقدمه

امروزه مفهوم ایمنی بیمار در حوزه مراقبت سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از همین رو سازمان‌های ذیربط در جهت بهبود و ارتقای کیفیت خدمات خود در راستای احقاق این مفهوم می‌کوشند. یکی از جنبه‌های مهم ایمنی بیمار که به طور گسترده در مراکز مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد توجه قرار گرفته است، فرهنگ ایمنی بیمار است.^{۱-۳} یکی از عوامل تاثیرگذار در بررسی کیفیت فرهنگ ایمنی بیمار، بروز خطاهای پزشکی در روند درمان بیمار است. طبق تعریف کمیسون مشترک سازمان‌های مراقبت سلامت (JCAHO)، خطای پزشکی یک عمل ناخواسته ناشی از غفلت است و یا عملی است که به نتیجه مطلوب در امر طبابت منجر نمی‌شود.^۴ گرچه به نقل از کارول می‌نویسد: "اتاق‌های عمل، یکی از بخش‌های درمانی بیمارستان هستند که بر اساس نیازهای سازمانی، آموزشی، محیطی، و تکنولوژیکی از پر خطرترین محل‌های بیمارستانی شناخته شده‌اند".^۵ از نظر فیزیکی، اتاق عمل بخش کوچکی از کل بیمارستان را تشکیل می‌دهد، اما بر طبق تحقیقات با داشتن کمتر از ۴٪ از کل فضای بیمارستان و کمتر از ۳٪ از کل کارکنان بیمارستان، ۳۵٪ از شکایات را به خود اختصاص می‌دهد. از این رو مدیریت خطاها در اتاق عمل یک جزء مهم مدیریت در بیمارستان است.^۶ همچنین خمرنیا و همکاران (۱۳۹۳)، در پژوهش خود با عنوان بررسی خطاهای پزشکی در بیمارستان‌های دولتی، نشان دادند که ۱۱/۹٪ از خطاهای پزشکی در اتاق عمل رخ می‌دهد.^۶

با وجود پیشرفت‌های روزافزون تکنولوژی، خطای پزشکی یکی از عوامل تهدیدکننده در مراقبت‌های بهداشتی محسوب می‌شود.^۷ در واقع، استفاده فراوان از تکنولوژی در تخصص‌های جراحی موجب افزایش پیچیدگی جراحی و به دنبال آن باعث افزایش احتمال امکان خطا شده است.^۸ به طور کلی خطاهای انسانی به دو دسته اصلی تقسیم‌بندی می‌شوند: اول، خطای فردی که در نتیجه عوامل روانشناختی از قبیل خستگی و فراموشی، بی‌توجهی یا غفلت در افراد رخ می‌دهد؛ و دوم، خطاهای مرتبط با سیستم و مجموعه، که تمرکز بر شرایط پنهانی سازمان دارد که موجب بروز خطا در سیستم می‌شود.^۹

از مهمترین اقدامات کاهش و پیشگیری از بروز خطا، شناسایی علل و ریسک فاکتورهای آن است. شناسایی بموقع و صحیح علل خطا امری ضروری و پیشگیرانه است.^{۱۰،۱۱} در حال حاضر به علت مؤثر نبودن سیستم

گزارش دهی خطا و نقص‌های ساختاری در نظام سلامت، میزان بروز خطا بالاست و افزایش پرونده‌های ارجاعی شکایت مردم از مراکز درمانی تاییدکننده این موضوع است.^{۱۲} با ارسال گزارش بموقع در هنگام بروز خطا و ثبت آن می‌توان اطلاعاتی برای شناسایی حوزه‌های نیازمند بهبود به دست آورد. این امر مهم، نیازمند گزارش دهی رسمی در سازمان است. در غیر این صورت فرصتی جهت بهبود ایمنی بیمار فراهم نخواهد شد.^{۱۳} در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاهی، علاوه بر حضور پزشکان و پرستاران در اتاق عمل، دانشجویان نیز به منظور یادگیری اصول و تکنیک جراحی در اتاق عمل حضور موثری دارند، اما به علت مهارت پایین و تجربه ناکافی، بیشتر از پرستاران و پزشکان احتمال دارد که مرتکب خطا شوند.^{۱۴} در این بین، ترس و نگرانی دانشجویان از تنبیه شدن توسط مربی می‌تواند به عدم گزارش دهی خطا منجر شود.^{۱۵} در مطالعه کوهستانی باغچگی (۲۰۰۹)، عدم بازخورد مثبت به هنگام گزارش خطا و ترس از پیامدهای گزارش دهی از قبیل کم شدن نمره ارزشیابی از دلایل عدم گزارش خطا از سوی دانشجویان بیان شد.^{۱۶} یسعی و همکاران (۲۰۱۵)، در مطالعه خود بر روی دانشجویان پرستاری دریافتند که تنها ۱۶/۷٪ از دانشجویان خطای خود را به مربی اطلاع می‌دهند.^{۱۷} همچنین حیدری و همکاران (۱۳۹۳)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بازبینی و اصلاح روش‌های آموزشی، نظارت مربیان و استفاده از استراتژی‌هایی به غیر از تنبیه می‌تواند در جهت کاهش بروز اشتباهات و همچنین تشویق و ترغیب دانشجو به گزارش دهی بموقع مؤثر واقع شود.^{۱۸}

جهت کاهش خطاهایی که در اتاق عمل رخ می‌دهد، لازم است ابتدا عوامل مؤثر بر آن شناسایی و موانع گزارش دهی خطا با کمک ابزاری دقیق مشخص شود تا مدیران و مسئولان بتوانند تدابیر مناسبی اتخاذ نمایند. یکی از ابزارهای موجود برای شناسایی عوامل مؤثر بر بروز خطا، ابزاری است که چاردر در سال ۲۰۱۰ در مطالعه خود معرفی کرده است. این ابزار ۷۷ گویه دارد که ۲۳ گویه آن مربوط به علل بروز خطا (۱۴ گویه)، و توصیف خطا در اتاق عمل (۹ گویه)، و سایر گویه‌ها، تعریف پرستار از خطا در اتاق عمل (۱۳ گویه)، نحوه واکنش به خطا (۱۰ گویه)، سازگاری با خطا (۱۶ گویه)، و تغییر در عملکرد پرستار بعد از وقوع خطا (۱۵ گویه) را ارزیابی می‌کند. علل وقوع خطا با ۴ حیطه شامل بی‌تجربگی (۳ گویه)، بار کاری زیاد (۳ گویه)، عدم نظارت (۶ گویه)، و قضاوت نادرست (۲ گویه)؛ و توصیف خطا با ۳ حیطه شامل بی‌تجربگی (۳ گویه)، بار کاری زیاد (۱

تلگرامی و واتس آپ)، در اختیار دانشجویان واجد شرایط ورود به مطالعه قرار گرفت. پس از توضیح روش و اهداف مطالعه، مشارکت کنندگان پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. معیار ورود به مطالعه، داشتن تمایل به شرکت در مطالعه و اشتغال به تحصیل در رشته اتاق عمل یا هوشبری دانشگاه علوم پزشکی البرز، ترم تحصیلی دوم به بعد، و معیار خروج شامل انصراف از ادامه شرکت در مطالعه، و یا عدم تکمیل بیش از ۵ درصد پرسشنامه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ای شامل ۳ بخش اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار در اتاق عمل، ترم تحصیلی، رشته و تعداد واحد های کارآموزی گذارنده شده)؛ عوامل مؤثر بر بروز خطا در اتاق عمل؛ و موانع گزارش دهی خطا در اتاق عمل از دیدگاه دانشجویان اتاق عمل و هوشبری بود.

طراحی ابزار براساس مرور متون و تعدیل ابزارهای موجود بود. پس از بررسی ابزارهای موجود و حذف گویه های مشابه، ابزار نهایی جهت ارزیابی گویه ها در پانل خبرگان (۵ نفر از اعضای هیات علمی گروه اتاق عمل، هوشبری و پرستاری) مطرح گردید. گویه های ابزار عوامل مؤثر بر بروز خطا، برگرفته از پرسشنامه طراحی شده توسط چارد (۲۰۱۰)^{۱۸}، که توسط طیفوری و ولی (۲۰۱۵) در ایران مورد استفاده قرار گرفته است^{۱۹}، و دیگر مطالعات بود^{۲۰}،^{۲۱}،^{۲۲}،^{۲۳}،^{۲۴}،^{۲۵}،^{۲۶}،^{۲۷}،^{۲۸}،^{۲۹}،^{۳۰}،^{۳۱}،^{۳۲}،^{۳۳}،^{۳۴}،^{۳۵}،^{۳۶}،^{۳۷}،^{۳۸}،^{۳۹}،^{۴۰}،^{۴۱}،^{۴۲}،^{۴۳}،^{۴۴}،^{۴۵}،^{۴۶}،^{۴۷}،^{۴۸}،^{۴۹}،^{۵۰}،^{۵۱}،^{۵۲}،^{۵۳}،^{۵۴}،^{۵۵}،^{۵۶}،^{۵۷}،^{۵۸}،^{۵۹}،^{۶۰}،^{۶۱}،^{۶۲}،^{۶۳}،^{۶۴}،^{۶۵}،^{۶۶}،^{۶۷}،^{۶۸}،^{۶۹}،^{۷۰}،^{۷۱}،^{۷۲}،^{۷۳}،^{۷۴}،^{۷۵}،^{۷۶}،^{۷۷}،^{۷۸}،^{۷۹}،^{۸۰}،^{۸۱}،^{۸۲}،^{۸۳}،^{۸۴}،^{۸۵}،^{۸۶}،^{۸۷}،^{۸۸}،^{۸۹}،^{۹۰}،^{۹۱}،^{۹۲}،^{۹۳}،^{۹۴}،^{۹۵}،^{۹۶}،^{۹۷}،^{۹۸}،^{۹۹}،^{۱۰۰}،^{۱۰۱}،^{۱۰۲}،^{۱۰۳}،^{۱۰۴}،^{۱۰۵}،^{۱۰۶}،^{۱۰۷}،^{۱۰۸}،^{۱۰۹}،^{۱۱۰}،^{۱۱۱}،^{۱۱۲}،^{۱۱۳}،^{۱۱۴}،^{۱۱۵}،^{۱۱۶}،^{۱۱۷}،^{۱۱۸}،^{۱۱۹}،^{۱۲۰}،^{۱۲۱}،^{۱۲۲}،^{۱۲۳}،^{۱۲۴}،^{۱۲۵}،^{۱۲۶}،^{۱۲۷}،^{۱۲۸}،^{۱۲۹}،^{۱۳۰}،^{۱۳۱}،^{۱۳۲}،^{۱۳۳}،^{۱۳۴}،^{۱۳۵}،^{۱۳۶}،^{۱۳۷}،^{۱۳۸}،^{۱۳۹}،^{۱۴۰}،^{۱۴۱}،^{۱۴۲}،^{۱۴۳}،^{۱۴۴}،^{۱۴۵}،^{۱۴۶}،^{۱۴۷}،^{۱۴۸}،^{۱۴۹}،^{۱۵۰}،^{۱۵۱}،^{۱۵۲}،^{۱۵۳}،^{۱۵۴}،^{۱۵۵}،^{۱۵۶}،^{۱۵۷}،^{۱۵۸}،^{۱۵۹}،^{۱۶۰}،^{۱۶۱}،^{۱۶۲}،^{۱۶۳}،^{۱۶۴}،^{۱۶۵}،^{۱۶۶}،^{۱۶۷}،^{۱۶۸}،^{۱۶۹}،^{۱۷۰}،^{۱۷۱}،^{۱۷۲}،^{۱۷۳}،^{۱۷۴}،^{۱۷۵}،^{۱۷۶}،^{۱۷۷}،^{۱۷۸}،^{۱۷۹}،^{۱۸۰}،^{۱۸۱}،^{۱۸۲}،^{۱۸۳}،^{۱۸۴}،^{۱۸۵}،^{۱۸۶}،^{۱۸۷}،^{۱۸۸}،^{۱۸۹}،^{۱۹۰}،^{۱۹۱}،^{۱۹۲}،^{۱۹۳}،^{۱۹۴}،^{۱۹۵}،^{۱۹۶}،^{۱۹۷}،^{۱۹۸}،^{۱۹۹}،^{۲۰۰}،^{۲۰۱}،^{۲۰۲}،^{۲۰۳}،^{۲۰۴}،^{۲۰۵}،^{۲۰۶}،^{۲۰۷}،^{۲۰۸}،^{۲۰۹}،^{۲۱۰}،^{۲۱۱}،^{۲۱۲}،^{۲۱۳}،^{۲۱۴}،^{۲۱۵}،^{۲۱۶}،^{۲۱۷}،^{۲۱۸}،^{۲۱۹}،^{۲۲۰}،^{۲۲۱}،^{۲۲۲}،^{۲۲۳}،^{۲۲۴}،^{۲۲۵}،^{۲۲۶}،^{۲۲۷}،^{۲۲۸}،^{۲۲۹}،^{۲۳۰}،^{۲۳۱}،^{۲۳۲}،^{۲۳۳}،^{۲۳۴}،^{۲۳۵}،^{۲۳۶}،^{۲۳۷}،^{۲۳۸}،^{۲۳۹}،^{۲۴۰}،^{۲۴۱}،^{۲۴۲}،^{۲۴۳}،^{۲۴۴}،^{۲۴۵}،^{۲۴۶}،^{۲۴۷}،^{۲۴۸}،^{۲۴۹}،^{۲۵۰}،^{۲۵۱}،^{۲۵۲}،^{۲۵۳}،^{۲۵۴}،^{۲۵۵}،^{۲۵۶}،^{۲۵۷}،^{۲۵۸}،^{۲۵۹}،^{۲۶۰}،^{۲۶۱}،^{۲۶۲}،^{۲۶۳}،^{۲۶۴}،^{۲۶۵}،^{۲۶۶}،^{۲۶۷}،^{۲۶۸}،^{۲۶۹}،^{۲۷۰}،^{۲۷۱}،^{۲۷۲}،^{۲۷۳}،^{۲۷۴}،^{۲۷۵}،^{۲۷۶}،^{۲۷۷}،^{۲۷۸}،^{۲۷۹}،^{۲۸۰}،^{۲۸۱}،^{۲۸۲}،^{۲۸۳}،^{۲۸۴}،^{۲۸۵}،^{۲۸۶}،^{۲۸۷}،^{۲۸۸}،^{۲۸۹}،^{۲۹۰}،^{۲۹۱}،^{۲۹۲}،^{۲۹۳}،^{۲۹۴}،^{۲۹۵}،^{۲۹۶}،^{۲۹۷}،^{۲۹۸}،^{۲۹۹}،^{۳۰۰}،^{۳۰۱}،^{۳۰۲}،^{۳۰۳}،^{۳۰۴}،^{۳۰۵}،^{۳۰۶}،^{۳۰۷}،^{۳۰۸}،^{۳۰۹}،^{۳۱۰}،^{۳۱۱}،^{۳۱۲}،^{۳۱۳}،^{۳۱۴}،^{۳۱۵}،^{۳۱۶}،^{۳۱۷}،^{۳۱۸}،^{۳۱۹}،^{۳۲۰}،^{۳۲۱}،^{۳۲۲}،^{۳۲۳}،^{۳۲۴}،^{۳۲۵}،^{۳۲۶}،^{۳۲۷}،^{۳۲۸}،^{۳۲۹}،^{۳۳۰}،^{۳۳۱}،^{۳۳۲}،^{۳۳۳}،^{۳۳۴}،^{۳۳۵}،^{۳۳۶}،^{۳۳۷}،^{۳۳۸}،^{۳۳۹}،^{۳۴۰}،^{۳۴۱}،^{۳۴۲}،^{۳۴۳}،^{۳۴۴}،^{۳۴۵}،^{۳۴۶}،^{۳۴۷}،^{۳۴۸}،^{۳۴۹}،^{۳۵۰}،^{۳۵۱}،^{۳۵۲}،^{۳۵۳}،^{۳۵۴}،^{۳۵۵}،^{۳۵۶}،^{۳۵۷}،^{۳۵۸}،^{۳۵۹}،^{۳۶۰}،^{۳۶۱}،^{۳۶۲}،^{۳۶۳}،^{۳۶۴}،^{۳۶۵}،^{۳۶۶}،^{۳۶۷}،^{۳۶۸}،^{۳۶۹}،^{۳۷۰}،^{۳۷۱}،^{۳۷۲}،^{۳۷۳}،^{۳۷۴}،^{۳۷۵}،^{۳۷۶}،^{۳۷۷}،^{۳۷۸}،^{۳۷۹}،^{۳۸۰}،^{۳۸۱}،^{۳۸۲}،^{۳۸۳}،^{۳۸۴}،^{۳۸۵}،^{۳۸۶}،^{۳۸۷}،^{۳۸۸}،^{۳۸۹}،^{۳۹۰}،^{۳۹۱}،^{۳۹۲}،^{۳۹۳}،^{۳۹۴}،^{۳۹۵}،^{۳۹۶}،^{۳۹۷}،^{۳۹۸}،^{۳۹۹}،^{۴۰۰}،^{۴۰۱}،^{۴۰۲}،^{۴۰۳}،^{۴۰۴}،^{۴۰۵}،^{۴۰۶}،^{۴۰۷}،^{۴۰۸}،^{۴۰۹}،^{۴۱۰}،^{۴۱۱}،^{۴۱۲}،^{۴۱۳}،^{۴۱۴}،^{۴۱۵}،^{۴۱۶}،^{۴۱۷}،^{۴۱۸}،^{۴۱۹}،^{۴۲۰}،^{۴۲۱}،^{۴۲۲}،^{۴۲۳}،^{۴۲۴}،^{۴۲۵}،^{۴۲۶}،^{۴۲۷}،^{۴۲۸}،^{۴۲۹}،^{۴۳۰}،^{۴۳۱}،^{۴۳۲}،^{۴۳۳}،^{۴۳۴}،^{۴۳۵}،^{۴۳۶}،^{۴۳۷}،^{۴۳۸}،^{۴۳۹}،^{۴۴۰}،^{۴۴۱}،^{۴۴۲}،^{۴۴۳}،^{۴۴۴}،^{۴۴۵}،^{۴۴۶}،^{۴۴۷}،^{۴۴۸}،^{۴۴۹}،^{۴۵۰}،^{۴۵۱}،^{۴۵۲}،^{۴۵۳}،^{۴۵۴}،^{۴۵۵}،^{۴۵۶}،^{۴۵۷}،^{۴۵۸}،^{۴۵۹}،^{۴۶۰}،^{۴۶۱}،^{۴۶۲}،^{۴۶۳}،^{۴۶۴}،^{۴۶۵}،^{۴۶۶}،^{۴۶۷}،^{۴۶۸}،^{۴۶۹}،^{۴۷۰}،^{۴۷۱}،^{۴۷۲}،^{۴۷۳}،^{۴۷۴}،^{۴۷۵}،^{۴۷۶}،^{۴۷۷}،^{۴۷۸}،^{۴۷۹}،^{۴۸۰}،^{۴۸۱}،^{۴۸۲}،^{۴۸۳}،^{۴۸۴}،^{۴۸۵}،^{۴۸۶}،^{۴۸۷}،^{۴۸۸}،^{۴۸۹}،^{۴۹۰}،^{۴۹۱}،^{۴۹۲}،^{۴۹۳}،^{۴۹۴}،^{۴۹۵}،^{۴۹۶}،^{۴۹۷}،^{۴۹۸}،^{۴۹۹}،^{۵۰۰}،^{۵۰۱}،^{۵۰۲}،^{۵۰۳}،^{۵۰۴}،^{۵۰۵}،^{۵۰۶}،^{۵۰۷}،^{۵۰۸}،^{۵۰۹}،^{۵۱۰}،^{۵۱۱}،^{۵۱۲}،^{۵۱۳}،^{۵۱۴}،^{۵۱۵}،^{۵۱۶}،^{۵۱۷}،^{۵۱۸}،^{۵۱۹}،^{۵۲۰}،^{۵۲۱}،^{۵۲۲}،^{۵۲۳}،^{۵۲۴}،^{۵۲۵}،^{۵۲۶}،^{۵۲۷}،^{۵۲۸}،^{۵۲۹}،^{۵۳۰}،^{۵۳۱}،^{۵۳۲}،^{۵۳۳}،^{۵۳۴}،^{۵۳۵}،^{۵۳۶}،^{۵۳۷}،^{۵۳۸}،^{۵۳۹}،^{۵۴۰}،^{۵۴۱}،^{۵۴۲}،^{۵۴۳}،^{۵۴۴}،^{۵۴۵}،^{۵۴۶}،^{۵۴۷}،^{۵۴۸}،^{۵۴۹}،^{۵۵۰}،^{۵۵۱}،^{۵۵۲}،^{۵۵۳}،^{۵۵۴}،^{۵۵۵}،^{۵۵۶}،^{۵۵۷}،^{۵۵۸}،^{۵۵۹}،^{۵۶۰}،^{۵۶۱}،^{۵۶۲}،^{۵۶۳}،^{۵۶۴}،^{۵۶۵}،^{۵۶۶}،^{۵۶۷}،^{۵۶۸}،^{۵۶۹}،^{۵۷۰}،^{۵۷۱}،^{۵۷۲}،^{۵۷۳}،^{۵۷۴}،^{۵۷۵}،^{۵۷۶}،^{۵۷۷}،^{۵۷۸}،^{۵۷۹}،^{۵۸۰}،^{۵۸۱}،^{۵۸۲}،^{۵۸۳}،^{۵۸۴}،^{۵۸۵}،^{۵۸۶}،^{۵۸۷}،^{۵۸۸}،^{۵۸۹}،^{۵۹۰}،^{۵۹۱}،^{۵۹۲}،^{۵۹۳}،^{۵۹۴}،^{۵۹۵}،^{۵۹۶}،^{۵۹۷}،^{۵۹۸}،^{۵۹۹}،^{۶۰۰}،^{۶۰۱}،^{۶۰۲}،^{۶۰۳}،^{۶۰۴}،^{۶۰۵}،^{۶۰۶}،^{۶۰۷}،^{۶۰۸}،^{۶۰۹}،^{۶۱۰}،^{۶۱۱}،^{۶۱۲}،^{۶۱۳}،^{۶۱۴}،^{۶۱۵}،^{۶۱۶}،^{۶۱۷}،^{۶۱۸}،^{۶۱۹}،^{۶۲۰}،^{۶۲۱}،^{۶۲۲}،^{۶۲۳}،^{۶۲۴}،^{۶۲۵}،^{۶۲۶}،^{۶۲۷}،^{۶۲۸}،^{۶۲۹}،^{۶۳۰}،^{۶۳۱}،^{۶۳۲}،^{۶۳۳}،^{۶۳۴}،^{۶۳۵}،^{۶۳۶}،^{۶۳۷}،^{۶۳۸}،^{۶۳۹}،^{۶۴۰}،^{۶۴۱}،^{۶۴۲}،^{۶۴۳}،^{۶۴۴}،^{۶۴۵}،^{۶۴۶}،^{۶۴۷}،^{۶۴۸}،^{۶۴۹}،^{۶۵۰}،^{۶۵۱}،^{۶۵۲}،^{۶۵۳}،^{۶۵۴}،^{۶۵۵}،^{۶۵۶}،^{۶۵۷}،^{۶۵۸}،^{۶۵۹}،^{۶۶۰}،^{۶۶۱}،^{۶۶۲}،^{۶۶۳}،^{۶۶۴}،^{۶۶۵}،^{۶۶۶}،^{۶۶۷}،^{۶۶۸}،^{۶۶۹}،^{۶۷۰}،^{۶۷۱}،^{۶۷۲}،^{۶۷۳}،^{۶۷۴}،^{۶۷۵}،^{۶۷۶}،^{۶۷۷}،^{۶۷۸}،^{۶۷۹}،^{۶۸۰}،^{۶۸۱}،^{۶۸۲}،^{۶۸۳}،^{۶۸۴}،^{۶۸۵}،^{۶۸۶}،^{۶۸۷}،^{۶۸۸}،^{۶۸۹}،^{۶۹۰}،^{۶۹۱}،^{۶۹۲}،^{۶۹۳}،^{۶۹۴}،^{۶۹۵}،^{۶۹۶}،^{۶۹۷}،^{۶۹۸}،^{۶۹۹}،^{۷۰۰}،^{۷۰۱}،^{۷۰۲}،^{۷۰۳}،^{۷۰۴}،^{۷۰۵}،^{۷۰۶}،^{۷۰۷}،^{۷۰۸}،^{۷۰۹}،^{۷۱۰}،^{۷۱۱}،^{۷۱۲}،^{۷۱۳}،^{۷۱۴}،^{۷۱۵}،^{۷۱۶}،^{۷۱۷}،^{۷۱۸}،^{۷۱۹}،^{۷۲۰}،^{۷۲۱}،^{۷۲۲}،^{۷۲۳}،^{۷۲۴}،^{۷۲۵}،^{۷۲۶}،^{۷۲۷}،^{۷۲۸}،^{۷۲۹}،^{۷۳۰}،^{۷۳۱}،^{۷۳۲}،^{۷۳۳}،^{۷۳۴}،^{۷۳۵}،^{۷۳۶}،^{۷۳۷}،^{۷۳۸}،^{۷۳۹}،^{۷۴۰}،^{۷۴۱}،^{۷۴۲}،^{۷۴۳}،^{۷۴۴}،^{۷۴۵}،^{۷۴۶}،^{۷۴۷}،^{۷۴۸}،^{۷۴۹}،^{۷۵۰}،^{۷۵۱}،^{۷۵۲}،^{۷۵۳}،^{۷۵۴}،^{۷۵۵}،^{۷۵۶}،^{۷۵۷}،^{۷۵۸}،^{۷۵۹}،^{۷۶۰}،^{۷۶۱}،^{۷۶۲}،^{۷۶۳}،^{۷۶۴}،^{۷۶۵}،^{۷۶۶}،^{۷۶۷}،^{۷۶۸}،^{۷۶۹}،^{۷۷۰}،^{۷۷۱}،^{۷۷۲}،^{۷۷۳}،^{۷۷۴}،^{۷۷۵}،^{۷۷۶}،^{۷۷۷}،^{۷۷۸}،^{۷۷۹}،^{۷۸۰}،^{۷۸۱}،^{۷۸۲}،^{۷۸۳}،^{۷۸۴}،^{۷۸۵}،^{۷۸۶}،^{۷۸۷}،^{۷۸۸}،^{۷۸۹}،^{۷۹۰}،^{۷۹۱}،^{۷۹۲}،^{۷۹۳}،^{۷۹۴}،^{۷۹۵}،^{۷۹۶}،^{۷۹۷}،^{۷۹۸}،^{۷۹۹}،^{۸۰۰}،^{۸۰۱}،^{۸۰۲}،^{۸۰۳}،^{۸۰۴}،^{۸۰۵}،^{۸۰۶}،^{۸۰۷}،^{۸۰۸}،^{۸۰۹}،^{۸۱۰}،^{۸۱۱}،^{۸۱۲}،^{۸۱۳}،^{۸۱۴}،^{۸۱۵}،^{۸۱۶}،^{۸۱۷}،^{۸۱۸}،^{۸۱۹}،^{۸۲۰}،^{۸۲۱}،^{۸۲۲}،^{۸۲۳}،^{۸۲۴}،^{۸۲۵}،^{۸۲۶}،^{۸۲۷}،^{۸۲۸}،^{۸۲۹}،^{۸۳۰}،^{۸۳۱}،^{۸۳۲}،^{۸۳۳}،^{۸۳۴}،^{۸۳۵}،^{۸۳۶}،^{۸۳۷}،^{۸۳۸}،^{۸۳۹}،^{۸۴۰}،^{۸۴۱}،^{۸۴۲}،^{۸۴۳}،^{۸۴۴}،^{۸۴۵}،^{۸۴۶}،^{۸۴۷}،^{۸۴۸}،^{۸۴۹}،^{۸۵۰}،^{۸۵۱}،^{۸۵۲}،^{۸۵۳}،^{۸۵۴}،^{۸۵۵}،^{۸۵۶}،^{۸۵۷}،^{۸۵۸}،^{۸۵۹}،^{۸۶۰}،^{۸۶۱}،^{۸۶۲}،^{۸۶۳}،^{۸۶۴}،^{۸۶۵}،^{۸۶۶}،^{۸۶۷}،^{۸۶۸}،^{۸۶۹}،^{۸۷۰}،^{۸۷۱}،^{۸۷۲}،^{۸۷۳}،^{۸۷۴}،^{۸۷۵}،^{۸۷۶}،^{۸۷۷}،^{۸۷۸}،^{۸۷۹}،^{۸۸۰}،^{۸۸۱}،^{۸۸۲}،^{۸۸۳}،^{۸۸۴}،^{۸۸۵}،^{۸۸۶}،^{۸۸۷}،^{۸۸۸}،^{۸۸۹}،^{۸۹۰}،^{۸۹۱}،^{۸۹۲}،^{۸۹۳}،^{۸۹۴}،^{۸۹۵}،^{۸۹۶}،^{۸۹۷}،^{۸۹۸}،^{۸۹۹}،^{۹۰۰}،^{۹۰۱}،^{۹۰۲}،^{۹۰۳}،^{۹۰۴}،^{۹۰۵}،^{۹۰۶}،^{۹۰۷}،^{۹۰۸}،^{۹۰۹}،^{۹۱۰}،^{۹۱۱}،^{۹۱۲}،^{۹۱۳}،^{۹۱۴}،^{۹۱۵}،^{۹۱۶}،^{۹۱۷}،^{۹۱۸}،^{۹۱۹}،^{۹۲۰}،^{۹۲۱}،^{۹۲۲}،^{۹۲۳}،^{۹۲۴}،^{۹۲۵}،^{۹۲۶}،^{۹۲۷}،^{۹۲۸}،^{۹۲۹}،^{۹۳۰}،^{۹۳۱}،^{۹۳۲}،^{۹۳۳}،^{۹۳۴}،^{۹۳۵}،^{۹۳۶}،^{۹۳۷}،^{۹۳۸}،^{۹۳۹}،^{۹۴۰}،^{۹۴۱}،^{۹۴}

۰/۹۱۹ که این مقدار بین صفر تا یک است و مقادیر بالای ۰/۹ قابل قبول است

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک پاسخ دهندگان

متغیر	تعداد	درصد	
رشته تحصیلی	اتاق عمل	۱۴۶	
	هوشبری	۱۲۴	
مقطع تحصیلی	پیوسته	۲۰۰	
	ناپیوسته	۷۰	
ترم تحصیلی	۳	۹۰	
	۴	۵۹	
	۵	۱	
	۶	۷۲	
	۷	۱	
	۸	۳۱	
	سابقه کار در اتاق عمل	بلی	۱۲۰
	خیر	۱۵۰	

بر اساس نتایج حداکثر درست نمایی در تحلیل عامل اکتشافی، پس از اعمال چرخش پرومکس، ابزار عوامل موثر بر بروز خطا در اتاق عمل چهار عامل از ۲۲ گویه استخراج شد که به ترتیب با عناوین عوامل فردی (۸ گویه)، عوامل آموزشی-مهارتی (۶ گویه)، عوامل محیطی (۴ گویه) و عوامل مدیریتی (۴ گویه) نام گذاری شدند. این عوامل ۱/۴۹٪ از واریانس عوامل موثر در بروز خطا را در دانشجویان اتاق عمل و هوشبری تبیین نمودند. همچنین نتایج فوق برای ابزار عوامل موثر بر گزارش دهی خطا در اتاق عمل با ۱۹ گویه در سه عامل پیامدهای گزارش دهی (۱۱ گویه)، عوامل مدیریتی (۴ گویه) و فرآیند گزارش دهی (۴ گویه) بود، که بطور کلی این عوامل ۶۳/۰۲٪ از واریانس کل موانع گزارش دهی را تبیین نمودند. تعداد گویه‌های هر عامل، بار عاملی و میزان واریانس و اشتراک گویه‌های هر عامل در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است.

ادبیات و دستور زبان فارسی، استفاده از کلمات مناسب و قرار گرفتن گویه‌ها در جای مناسب جمع آوری شد. پس از آن روایی محتوای کمی نیز با نظر ده عضو هیات علمی براساس شاخص‌های مرتبط بودن CVI و ضرورت گویه‌ها CVR سنجیده شد. کلیه گویه‌ها از CVI بالای ۰/۷ و CVR بالای ۰/۶۲ (مقدار قابل قبول براساس جدول لاوشه) برخوردار بودند.

جهت بررسی عوامل پنهان در ابزار، از تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد. حجم نمونه با معیار ۵ نمونه به ازای هر گویه محاسبه گردید و برای پرسشنامه با مجموع ۴۷ گویه ۲۳۵ نمونه کافی بود که با احتساب ریزش در این مطالعه تعداد بیشتری اضافه شدند که در نهایت ۲۷۰ دانشجوی پرسشنامه را تکمیل نمودند. کیفیت پاسخگویی و کیفیت نمونه‌ها در تحلیل عامل اکتشافی، باکمک شاخص کایزر-مایر-اولکین (KMO) و آزمون کرویت فرضیه بارتلت محاسبه شد. شاخص KMO بیشتر از ۰/۹، عالی تلقی می‌گردد^{۲۶}. یکی از شرایط مورد نیاز برای انجام تحلیل عامل اکتشافی، توزیع نرمال داده‌ها و بررسی نقاط پرت در داده‌ها می‌باشد. پیش فرض نرمال بودن تک متغیره داده‌ها با استفاده از شاخص چولگی^{۳۱} ± 3 و کشیدگی^{۲۷} ± 7 ارزیابی شد. در این مطالعه بدلیل محرز شدن توزیع نرمال، از تحلیل عامل اکتشافی به روش حداکثر درست نمایی^۲، و به دلیل وابسته بودن عوامل، از چرخش مورب پرومکس استفاده شد. همچنین پایایی پرسشنامه‌ها از نظر همسانی درونی با کمک ضریب آلفای کرونباخ و امگامک دونالد محاسبه شد که مقدار قابل قبول آنها بالای ۰/۷ است.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۲۷۰ دانشجوی اتاق عمل و هوشبری پرسشنامه را تکمیل کردند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در این مطالعه $28/85 \pm 8/21$ سال و در بازه ۱۸-۵۱ سال بود. اکثریت دانشجویان دختر (۷۰٪) و مجرد (۷۱/۹٪) بودند. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ ارائه شده است. در انجام تحلیل عاملی اکتشافی ابتدا از آزمون کرویت بارتلت و آزمون کایزر-مایر-اولکین (KMO) جهت کفایت پاسخدهی نمونه‌ها در انجام تحلیل عاملی استفاده شد. ارزش عددی تست کرویت بارتلت برابر $356/886$ ($P < 0.001$) نشان از این است که ماتریکس موجود قابلیت استخراج عوامل را داشته است. همچنین، میزان KMO برابر مقدار عددی

- 1 Skewness
- 2 Kurtosis
- 3 Maximum likelihood

جدول ۲. عوامل استخراج شده براساس تحلیل عامل اکتشافی از ابزار عوامل موثر بر بروز خطا در اتاق عمل

واریانس	Λ	h^2	بار عاملی	گویه ها	عوامل	
۱۸/۱۰	۳/۹۸	۰/۸۲۴	۰/۹۷۵	تصمیم گیری اشتباه	Q۶	عوامل فردی
		۰/۷۱۶	۰/۸۷۴	عدم توجه به علائم هشدار دهنده	Q۷	
		۰/۵۸۳	۰/۷۱۸	ارزیابی اشتباه موقعیت	Q۵	
		۰/۵۲۲	۰/۷۰۸	از دست دادن تمرکز	Q۲	
		۰/۴۲۸	۰/۶۳۱	یک لحظه فراموشی و به یاد نیاوردن	Q۳	
		۰/۵۳۲	۰/۵۶۰	عدم تعاملات و ارتباطات کافی با سایر اعضای تیم جراحی	Q۹	
		۰/۳۹۵	۰/۵۶۰	اعتماد به قضاوت سایر افراد	Q۸	
		۰/۳۴۲	۰/۴۷۵	خستگی دانشجو	Q۴	
۱۵/۱	۳/۳۱	۰/۸۱۰	۰/۸۴۸	عدم مهارت کافی در اجرای مناسب پروسیجر	Q۲۴	عوامل آموزشی-مهارتی
		۰/۶۷۸	۰/۸۳۴	اطلاعات نادرست یا ناکافی	Q۲۷	
		۰/۷۳۴	۰/۸۲۵	نا آشنایی با پروسیجر	Q۲۳	
		۰/۷۲۴	۰/۷۳۵	اورینت نبودن دانشجو	Q۲۵	
		۰/۴۹۰	۰/۶۴۲	نظارت ناکافی مربی	Q۲۶	
		۰/۴۸۲	۰/۵۲۱	دلسردی و بی علافگی دانشجو نسبت به رشته	Q۱۲	
۰/۸	۱/۷۱	۰/۶۳۱	۰/۸۰۳	دما و رطوبت نامناسب اتاق عمل	Q۲۱	عوامل محیطی
		۰/۶۴۶	۰/۷۴۶	روشنایی کم در محیط اتاق عمل	Q۲۰	
		۰/۴۵۴	۰/۵۲۶	سر و صدای محیط اتاق عمل	Q۱۹	
		۰/۴۲۹	۰/۴۹۱	طولانی بودن فاصله انبار ست ها و وسایل مصرفی از اتاق عمل	Q۲۲	
۹/۷	۱/۷۳	۰/۶۰۲	۰/۷۴۸	اجبار به انجام چندین کار بطور همزمان	Q۱۵	عوامل مدیریتی
		۰/۵۴۸	۰/۷۳۷	شلوغی اتاق عمل و تعداد زیاد موارد جراحی	Q۱۷	
		۰/۵۳۱	۰/۵۷۹	نقص در سیستم ارائه خدمات در اتاق عمل	Q۱۶	
		۰/۳۷۶	۰/۵۴۶	کمبود لوازم و تجهیزات مناسب	Q۱۴	

جدول ۳. عوامل استخراج شده براساس تحلیل عامل اکتشافی از ابزار موانع گزارش دهی خطا در اتاق عمل

عوامل	گویه ها	بار عاملی	h^2	λ	واریانس
پیمادهای گزارش دهی	Q۳۳	ترس از اطلاع یافتن کارکنان اتاق عمل و سرزنش شدن توسط آنان	۰/۹۶۴	۰/۷۹۵	۳۷/۵
	Q۳۲	ترس از اطلاع دادن به کارکنان اتاق عمل و عدم همکاری آنان	۰/۹۳۷	۰/۷۳۰	
	Q۳۴	ترس از مری به دلیل واکنشی نامتناسب با شدت و اهمیت خطا	۰/۸۹۴	۰/۷۶۰	
	Q۲۹	ترس از مطلع شدن پزشک و سرزنش شدن توسط او	۰/۸۵۸	۰/۷۰۶	
	Q۳۸	ترس از تاثیر خطا در نمره ی ارزشیابی و بروز پیامدهای آموزشی به دنبال آن	۰/۷۸۰	۰/۷۰۱	
	Q۲۸	ترس از پخش شدن خبر در دانشکده و بیمارستان و مطلع شدن دیگر دانشجویان	۰/۷۵۸	۰/۵۷۵	
	Q۳۶	ترس از تمرکز مری بر شخصی که مرتکب خطا شده بدون در نظر گرفتن سایر عوامل	۰/۷۵۴	۰/۶۹۵	
	Q۳۱	ترس از عکس العمل خانواده بیمار	۰/۷۴۵	۰/۶۲۹	
	Q۳۷	ترس از نگرش منفی بیمار نسبت به دانشجوی به دنبال آگاه شدن از خطای رخ داده	۰/۷۲۶	۰/۶۱۵	
	Q۳۰	ترس از آشکار شدن خطا و ایجاد مسائل قضایی و قانونی به دنبال آن	۰/۶۹۲	۰/۶۶۳	
مدیریتی	Q۴۶	عدم دریافت آموزش های مرتبط در زمینه اصول اخلاقی ابراز خطا	۰/۹۵۲	۰/۸۰۷	۳۰/۱۴
	Q۴۵	عدم وجود تعریف مشخص برای خطا در اتاق عمل	۰/۸۷۷	۰/۷۶۰	
	Q۴۷	فقدان آموزش در زمینه خطا های شایع هر فرآیند یا پروسیجر در اتاق عمل	۰/۸۱۴	۰/۶۶۵	
	Q۴۴	عدم تاکید مسئولان و مربیان بر اهمیت ثبت و گزارش خطاها	۰/۶۱۰	۰/۶۲۵	
فرایند گزارش دهی	Q۴۱	فراموش کردن گزارش خطا	۰/۸۷۵	۰/۶۹۹	۱۱/۲۲
	Q۴۰	عدم آگاهی از وقوع خطای انجام شده	۰/۸۲۱	۰/۷۷۲	
	Q۴۲	ناآگاهی از مواردی که باید به عنوان خطا در اتاق عمل گزارش شود	۰/۶۹۸	۰/۶۸۰	
	Q۳۹	بی اهمیت و بی فایده دانستن گزارش خطا در اتاق عمل	۰/۴۵۳	۰/۴۸۶	

بر اساس مندرجات جدول ۴ پایایی ابزار با کمک شاخص های آلفا کرونباخ و امگا مک دونالد بررسی شد که این شاخصها برای تمامی عوامل مستخرج شده در دو پرسشنامه قابل قبول بودند که نشان دهنده همسانی درونی عوامل دو پرسشنامه است.

جدول ۴. مقادیر شاخص های پایایی برای دو ابزار

شاخص های پایایی عوامل	آلفاکرونباخ	فاصله اطمینان ۹۵٪ آلفا کرونباخ	امگامک دونالد
ابزار عوامل موثر بر بروز خطا در اتاق عمل	عامل ۱	۰/۹۱-۰/۸۸	۰/۷۰
	عامل ۲	۰/۹۰-۰/۸۶	۰/۷۸
	عامل ۳	۰/۸۳-۰/۷۵	۰/۸۸
	عامل ۴	۰/۸۳-۰/۷۴	۰/۸۷
ابزار موانع گزارش دهی خطا در اتاق عمل	عامل ۱	۰/۹۶-۰/۹۵	۰/۷۰
	عامل ۲	۰/۹۲-۰/۸۸	۰/۸۹
	عامل ۳	۰/۸۹-۰/۸۳	۰/۸۷

بحث

این مطالعه با هدف ارزیابی ویژگی های روانسنجی ابزارهای عوامل موثر بر بروز خطا و موانع گزارش دهی آن در اتاق عمل از دیدگاه دانشجویان اتاق عمل و هوشبری انجام شد. گویه های ابزار با استفاده از ابزارهای موجود و مرور متون طراحی شد. روایی صوری، محتوا، سازه، و پایایی ابزار بررسی شد.

در روایی سازه برای ابزار "عوامل موثر بر بروز خطا در اتاق عمل" چهار عامل با عناوین عوامل فردی (۸ گویه)، عوامل آموزشی-مهارتی (۶ گویه)، عوامل محیطی (۴ گویه)، و عوامل مدیریتی (۴ گویه) پدیدار شد. این ابعاد در مطالعه نعمتی و همکاران (۲۰۱۸) نیز شناسایی شد ۲۱. تفاوت این دو پرسشنامه در تعداد گویه ها، و نیز اضافه شدن موارد آموزشی در پرسشنامه است. در مطالعات چارد (۲۰۱۰) ۱۸، طیفوری و ولی (۲۰۱۵) ۱۹، و آذرآباد و همکاران (۲۰۱۸) ۲۰ که از این پرسشنامه برای گروه دانشجویان اتاق عمل استفاده کرد، پرسشنامه به طور مشخص حیطة بندی نشده است. بعلاوه، فرآیند روانسنجی ابزار در هیچ کدام از مطالعات انجام نشده است. در مطالعه حاضر، گویه های پرسشنامه ها تعدیل شده و به ۲۲ گویه رسید. حیطة عوامل فردی ۱۸/۱۰٪ از واریانس کل را تبیین نمود. بالاترین بار عاملی برای گویه "تصمیم گیری اشتباه" و: "عدم توجه به علائم هشدار دهنده" بود. حیطة آموزشی- مهارتی دومین عامل استخراجی بود که

گویه های آن موارد مرتبط با دانش، مهارت در انجام پروسیجر و نیز نظارت مرئی را در بر می گیرد که ۱۵/۱٪ از واریانس کل را تبیین نمود. بار عاملی بالاتر به ترتیب به گویه های "عدم مهارت کافی در اجرای مناسب پروسیجر" و "طلاعات نادرست یا ناکافی" اختصاص داشت. حیطة عوامل محیطی و عوامل مدیریتی نیز به ترتیب با واریانس های ۸٪ و ۷/۹٪ دیگر عوامل بودند که گویه های این دو عامل در مورد فضای فیزیکی و تجهیزات و امکانات و برنامه ریزی عمل های جراحی بود. این عوامل از دیدگاه دانشجویان جزء عوامل موثر در بروز خطا بودند. در مطالعه نعمتی و همکاران نیز این دو حیطة جزو حیطة های پرسشنامه بود. پایایی همسانی درونی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ عوامل پرسشنامه از ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ و امگا مک دونالد از ۰/۷ تا ۰/۸۷ محاسبه شد که نشان دهنده پایایی قابل قبول پرسشنامه است. نتایج پایایی این ابزار نشان از همسانی درونی بالای این ابزار بود که در مقایسه با ابزارهای مورد استفاده از آلفای کرونباخ بالاتری برخوردار بود. همچنین شاخص امگا مک دونالد نیز در این مطالعه استفاده شد که برتری آن نسبت به شاخص آلفا این است که محدودیت های آلفا نظیر وزن دهی یکسان به گویه ها و تأثیرپذیری از حجم نمونه را ندارد. در مطالعه نعمتی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ و در مطالعه طیفوری و ولی، این مقدار ۰/۸۹ گزارش شده است. با

موثر بر بروز خطا، و موانع گزارش دهی آن در اتاق عمل و از دیدگاه دانشجویان پیرداند. استفاده از نتایج این دسته از مطالعات، می تواند منجر به ارتقای ایمنی بیماران در اتاق های عمل شود.

نتیجه گیری

در این مطالعه دو ابزار عوامل موثر بر بروز خطا (۲۲ گویه)، و موانع گزارش دهی خطا در اتاق عمل (۱۹ گویه) از دیدگاه دانشجویان اتاق عمل و هوشبری طراحی و مورد روایی و پایایی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که این دو ابزار از روایی صوری، محتوا و سازه، و همسانی درونی قابل قبولی برخوردار هستند. مدیران آموزشی و درمانی می توانند بر اساس شناسایی عوامل موثر بروز خطا و موانع گزارش دهی آن، تصمیمات موثری در جهت کاهش موارد خطا، و نیز تسهیل فرآیند گزارش دهی خطا اتخاذ و اجرایی نموده، و بدین ترتیب موجب ارتقای ایمنی بیمار شوند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی دانشجویی مصوب دانشگاه علوم پزشکی البرز است. نویسندگان بدینوسیله مراتب قدردانی خود را از حمایت های مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه اعلام می دارند. همچنین، از تمام دانشجویان شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی اعلام نکرده اند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی البرز با کد اخلاق IR.ABZUMS.REC.1401.047 است.

مشارکت نویسندگان

روح انگیز نوروزی نیا: ارائه طرح، نگارش مقاله
کریم شیباسی: نگارش پروپوزال، جمع آوری داده ها
مهسا خدمتی زارع: ارائه طرح، نگارش پروپوزال
پردیس رحمت پور: تحلیل داده ها، نگارش مقاله
متن نهایی توسط کلیه نویسندگان بررسی و مورد توافق قرار گرفت.

توجه به اینکه فرآیند روانسنجی برای ابزارهای سایر مطالعات انجام نشده بود، امکان مقایسه بیشتر وجود نداشت.

عوامل مستخرج ابزار "عوامل موثر بر گزارش دهی خطا در اتاق عمل" شامل سه عامل پیامدهای قانونی (۱۱ گویه)، عوامل مدیریتی (۴ گویه) و فرآیند گزارش دهی (۴ گویه) بود. حیطه پیامدهای قانونی شامل عباراتی در خصوص ترس و نگرانی از عواقب گزارش خطا بود که در کل بالاترین میزان واریانس کل (۳۷/۵٪) را تبیین نمود. بالاترین بار عاملی برای گویه های "ترس از اطلاع یافتن کارکنان اتاق عمل و سرزنش شدن توسط آنان" و "ترس از اطلاع دادن به کارکنان اتاق عمل و عدم همکاری آنان" بود. بر اساس دیدگاه دانشجویان این مطالعه، این عامل مهمترین عامل موثر بر گزارش خطا است. حیطه مدیریتی با ۴ گویه، دومین عامل استخراجی بود که گویه های آن حول محور آموزش در مورد اصول اخلاقی گزارش خطا، و تبیین اهمیت گزارش خطا بودند که ۱۴/۳۰٪ از واریانس کل را تبیین نمود. بار عاملی بالاتر به ترتیب به گویه های عدم "دریافت آموزش های مرتبط در زمینه اصول اخلاقی ابزار خطا" و "عدم وجود تعریف مشخص برای خطا در اتاق عمل" اختصاص داشت. حیطه آخر فرآیند گزارش دهی بود که ۱۱/۲۲٪ از واریانس کل را دارا بود که گویه های این عامل در مورد آشنایی با موارد خطا در اتاق عمل و نیز فراموش کردن گزارش خطا بود. این ابزار در مطالعه اندرسون و همکاران (۲۰۰۹) شامل ۱۹ گویه در ۴ حیطه پیامدهای قانونی، فرهنگ سازمانی، مقررات نظارتی، مالی است که برای گروه پزشکان طراحی شده است^{۲۲}. در مطالعه حنایی و همکاران (۲۰۲۰) این پرسشنامه با ۲۳ گویه برای گروه دانشجویان اتاق عمل تعدیل شده است^{۲۳}. پرسشنامه محقق ساخته مطالعه کوهستانی و همکاران (۲۰۰۹) نیز با ۱۷ گویه و در ۳ حیطه شامل ترس از پیامدهای گزارش دهی، عوامل مدیریتی، و فرآیند گزارش دهی طراحی شده است^{۱۶}. در مطالعه حاضر، تعداد گویه ها به ۱۹ عدد رسید. ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل از ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ و امگا مک دونالد از ۰/۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد که پایایی قابل قبول پرسشنامه را نشان می دهد. در مطالعه کوهستانی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ابزار برابر ۰/۸۸ و در مطالعه حنایی و همکاران ۲۳ برابر ۰/۸۴ گزارش شده است.

بر اساس دانش نویسندگان مقاله، این ابزارها اولین ابزارهایی هستند که مختص گروه دانشجویی بوده و مورد ارزیابی ویژگی های روانسنجی قرار گرفته است. با استفاده از این ابزار، محققین می توانند به شناسایی عوامل

References

- 1- Chen I-C, Li H-H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*. 2010; 10(1):152.
- 2- Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of Hospital Survey on Patient Safety Culture and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research*. 2010; 10(28):1-9.
- 3- Zwart DL, Langelaan M, van de Vooren RC, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJ, et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Fam Pract*. 2011; 12(117):1-7.
- 4- Elliott RA, Lee CY, Beanland C, Vakil K, Goeman D. Medicines Management, Medication Errors and Adverse Medication Events in Older People Referred to a Community Nursing Service, A Retrospective Observational Study. *Drugs Real World Outcomes* 2016;3:13-24.
- 5- Gorji HA, Ravaghi H, Pirouzi M, Mansourzade A. Utilizing integrated prospective and retrospective risk analysis Method on general processes patient flow in operating room in Seyed Alshohada Hospital in Semirom, Iran. *Health Information Management* 2013; 3:1-10.
- 6- khammarnia m, ravangard r, ghanbari jahromi m, moradi a. Survey of Medical Errors in Shiraz Public Hospitals: 2013. *Hospital*. 2014; 13(3): 17-24. [In Persian].
- 7- Ugur E, Kara S, Yildirim S, Akbal E. Medical errors and patient safety in the operating room. *Age*. 2016; 33(6.53):19-50.
- 8- Weerakkody RA, Cheshire NJ, Riga C, Lear R, Hamady MS, Moorthy K, et al. Surgical technology and operating-room safety failures: A systematic review of quantitative studies. *BMJ Quality and Safety*. 2013; 22(9): 710-8. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001778
- 9- Zagheri Tafreshi M, Rassouli M, Zayeri F, Pazookian M. Development of nurses' medication error model: Mixed method. *Quarterly Journal of Nursing* Management. 2014; 3(3): 50-3. [In Persian].
- 10- Schwappach DL, Frank O, Davis RE. A vignette study to examine health care professionals' attitudes towards patient involvement in error prevention. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2013; 19(5): 840-8. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2012.01861.X
- 11- Ontario HQ. Patient safety learning systems: A systematic review and qualitative synthesis. *Ontario health technology assessment series*. 2017; 17(3): 1.
- 12- farzi s, Abedi HA, Ghodousi A, Yazdannik AR. Medication Errors Experiences of Nurses Who Working in Hospitals of Isfahan at 2014. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*. 2014; 2(4): 310-9. [In Persian]
- 13- Louis MY, Hussain LR, Dhanraj DN, Khan BS, Jung SR, Quiles WR, et al. Improving patient safety event reporting among residents and teaching faculty. *Ochsner J*. 2016; 16(1): 73-80.
- 14- Sarhadi M, Sheikhbardsiri H, Dastras M, Moein H. A Comparative Study of Barriers to Reporting Medication Errors in Nursing Students in Zahedan University of Medical Sciences, Iran, in 2013. *Journal of Management Medical and Information School* 2014; 2 (1): 38-46. [In Persian].
- 15- Heidari S, Shahabinejad M, Soltani A, Abdoli F. Rate and type of medication errors and factors in preventing the report of them in the nursing students. *Community Health journal*. 2013; 2, 3(7): 48-55. [In Persian].
- 16- Kouhestani H, Baghcheghi N. Refusal in Reporting Medication Errors from the Viewpoints of Nursing Students in Arak University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education* 2009; 8(2): 285-91. [In Persian].
- 17- Yaghoobi M, Navidian A, Charkhat-Gorgich EA-H, Chackerzahi F, Salehiniya H. Survey of medication errors in nursing student and reasons for not reporting it from their perspective. *Journal of nurse and physician within war* 2015; 3 (6): 5-11. [In Persian].
- 18- Chard R. How perioperative Define, Attribute Causes of, and React to Intraoperative nursing errors, Duquesne

University. 2006; 1-156.

19- Taifoori L, Valiee S. Understanding or Nurses' Reactions to Errors and Using This Understanding to Improve Patient Safety. *ORNAC Journal* 2015; 33 (3): 13-22.

20- Azarabad Sh, Zaman SS, Nouri B, Vallie S. Frequency, Causes and Reporting Barriers of Nursing Errors in the operating Room, *Journal of Medical Education Research*. 2017; 1-27. [In Persian].

21- Nemati M, Mohammedzade zarandkesh Sh, Ebrahimi Abianeh E. Investigating the Causes and Factors Affecting Errors in the Operating room. Staff perspective. *Journal of Medical Sciences Azad University of Medical Sciences*. 2018; 28; 153-161. [In Persian].

22- Anderson B, Stumpf PG, Schulkin J. Medical error reporting, patient safety, and the physician. *J patient saf*. 2009; 5(3): 176-9. DOI: 10.1097/PTS.0b013e3181b320b0 PMID: 19927051

23- Hannani S, Khachian A, Haghani H, Rahmani V. Identification of Medical Errors Reporting Barriers from

the Viewpoints of Operating Room Technologists in Educational and Therapeutic Centers Affiliated to Iran University of Medical Sciences, *Journal of Military Caring Sciences*. 2020; 7(1): (Serial Number: 23) [In Persian].

24- Vahedi Sh, Rezaei S, Nouri B, Valiee S. A Survey on the Causes of Not Reporting Medication Errors in Nursing Students of Kurdistan University of Medical Sciences, *Zanco Medical Sciences*. 2017; 19-31. [In Persian].

25- Khalili Z, Shamsizadeh M, Fallahian Gh, Tohidi Sh, Ali-Mohammadi N, Tapak L. The Types and Causes of Medication Errors and Barries in Reporting it in Internship Nursing Midwifery Faculty, *Journal of Scientific Researchers*. 2019; 17(3): 16-25 doi:10.29252/psj.17.3.16

26- Rahmatpour P, Peyrovi H, Sharif Nia H. Development and psychometric evaluation of postgraduate nursing student academic satisfaction scale. *Nursing Open*. 2021 May;8(3):1145-56.

Designing and Evaluating Psychometric Properties of two scales of the Factors Contributing to Errors and Reporting Barriers in the Operating Room from the Viewpoints of Student

Received: 22 Jul 2023; Accepted: 06 Dec 2023

Roohangiz Norouzinia¹
Karim Shyasi²
Mahsa Khedmatizare³
Pardis Rahmatpour⁴

Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

BSc Student of Surgical Technology, Student Research Committee, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

MSc student in Medical Surgical Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Post-doctorate Researcher, Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESEnFC), Coimbra, Portugal

Corresponding author: Pardis Rahmatpour
Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESEnFC), Coimbra, Portugal
Email: par.rahmatpour@gmail.com

Abstract

Introduction: Patient safety is crucial for effective healthcare delivery, and operating rooms (ORs) are among the most hazardous environments in hospitals. Identifying factors that contribute to errors and barriers to reporting them is essential. This study aimed to design and evaluate the psychometric properties of scales measuring factors influencing error occurrence and barriers to error reporting in the OR, as perceived by operating room and anesthesia students in 2022.

Methods: This cross-sectional analytical study was conducted in 2022 with 270 operating room and anesthesia students from Alborz University of Medical Sciences. Two scales were developed: one for “factors affecting the occurrence of errors” and another for “barriers to error reporting,” informed by literature review and expert panel insights. The scales underwent evaluation for face, content, and construct validity, as well as reliability assessment.

Results: Following revisions for face validity, the content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI) for all items exceeded 0.62 and 0.7, respectively. Exploratory factor analysis revealed four factors for the error occurrence scale: individual factors (8 items), educational-skill factors (6 items), environmental factors (4 items), and managerial factors (4 items). Cronbach’s alpha values ranged from 0.79 to 0.90, and McDonald’s omega values from 0.7 to 0.87. For the error reporting scale, three factors emerged: legal consequences (11 items), management factors (4 items), and reporting process (4 items). Cronbach’s alpha for these factors ranged from 0.86 to 0.95, and McDonald’s omega from 0.7 to 0.89.

Conclusion: The developed scales demonstrated acceptable validity and reliability, making them suitable for assessing the factors influencing errors and reporting barriers in ORs from the perspective of operating room and anesthesia students. Addressing these factors can enable educational and medical managers to implement effective strategies to enhance patient safety by reducing errors and improving the reporting process in hospital ORs.

Key words: Patient safety, Operating Rooms, Medical Errors, Educational Measurement, Psychometrics