



بررسی نگرش ایمنی کارکنان یک مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی - تهران ۱۳۸۹

دکتر جمال الدین طیبی^۱، دکتر امیراشکان نصیری پور^۲، دکتر محمدرضا ملکی^۳، دکتر پوران رئیسی^۴، دکتر محمود محمودی^۵، لیلا عظیمی^۶

تاریخ دریافت: ۸۹/۰۵/۲۲

تاریخ ویرایش: ۸۹/۰۶/۰۷

تاریخ پذیرش: ۸۹/۰۸/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: خطاهای درمانی و فعالیت‌های بالقوه غیر ایمن، در دسر روزانه مدیران و فراهم کنندگان خدمات بهداشتی است. اگر بتوان از داده‌های نگرش کارکنان در امر ایمنی، به عنوان یک معیار سنجش در ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها بهره برد، می‌توان باعث توسعه ایمنی در میان کارکنان و بیماران شد. هدف از این مطالعه، بررسی نگرش کارکنان نسبت به ایمنی و مقایسه آن در میان گروه‌های مختلف ارائه دهنده خدمات در یک بیمارستان آموزشی است.

روش بررسی: به منظور بررسی فرهنگ ایمنی کارکنان بیمارستان، ابتدا از کلیه کارکنان که در موقعیت‌های شغلی پزشک، پرستار، مدیر و کارکنان پاراکلینیک بودند، نمونه‌ای به حجم ۲۱۲ نفر انتخاب و سپس پرسشنامه‌ی نگرش ایمنی در شش بعد جو کار تیمی، جو ایمنی، درک مدیریت، رضایت شغلی، وضعیت‌های کاری و شناخت استرس بکار برده شد. این پرسشنامه، ابتدا مورد سنجش روایی و پایایی قرار گرفت. مقیاس اندازه گیری لیکرت پنج نمره‌ای بود. از آزمون ANOVA برای تعیین اختلاف بین گروه‌های مورد بررسی استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات نگرش نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار در شش بعد جو کار تیمی، جو ایمنی، رضایت شغلی، شناخت استرس، درک مدیریت و وضعیت‌های کاری، برای پزشکان به ترتیب برابر با ۴/۱۳، ۴/۱۷، صفر، ۴/۳، ۸/۷، پرستاران به ترتیب ۱۹، ۲/۶، ۱۰/۳، ۷/۸، ۲/۶، ۱۵/۵، مدیران، ۳۰/۳، ۶/۱، ۳۳/۳، صفر، ۱۸/۲، ۲۱/۲ و کارکنان پاراکلینیک به ترتیب برابر با ۵۰، ۱۲/۵، ۲۵، ۱۲/۵، ۱۰، ۳۷/۵ بود. اختلاف معنی داری از نظر آماری ($p < 0.05$) در بعد رضایت شغلی بین مدیران و پرستاران، کارکنان پاراکلینیک و پرستاران برابر با ۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۱، در بعد شناخت استرس، بین مدیران و کارکنان پاراکلینیک، مدیران و پرستاران، کارکنان پاراکلینیک و پزشکان به ترتیب برابر با ۰/۰۲۶، ۰/۰۲۲ و ۰/۰۴۷ و در بعد درک مدیریت، بین مدیران و پرستاران برابر با ۰/۰۰۲ بود. در حالی که همه کارکنان مورد مطالعه، دارای نگرش مشابه نسبت به جو کار تیمی، جو ایمنی و وضعیت‌های کاری بودند.

نتیجه‌گیری: اهتمام مدیران و کارکنان بیمارستانها در ارتقاء فرهنگ ایمنی ضروری بوده و برای این منظور، می‌توان از راهکارهایی نظیر، نشان دادن تمایل مدیریت ارشد سازمان به ایمنی، ایجاد سیستم گزارش حوادث و توسعه کار تیمی نام برد.

کلید واژه: فرهنگ ایمنی، نگرش، ایمنی بیمار، بیمارستان

مقدمه

است اولویت اولیه در بیانیه رسالت باشد اما به دلیل فشارهای مالی زیاد ممکن است همیشه منعکس کننده در فعالیت‌های روزانه نباشد [۱]. در گذشته پس از هر حادثه، قضاوت معمول این بود که خطاهای انسانی علت

خطاهای درمانی و فعالیت‌های بالقوه غیر ایمن، در دسر روزانه مدیران و سرپرستان و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی است. اگرچه ایمنی ممکن

۱. استاد مدیریت آموزش عالی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
۲. نویسنده مسئول) دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، انتهای بزرگراه اشرفی اصفهانی - به سمت حصارک - واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی - دانشکده مدیریت و اقتصاد - گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۱۹۹۱۳۳۲، فکس: ۰۱-۴۴۸۶۹۷۰۱، E-mail: nasiripour@srbiau.ac.ir
۳. دانشیار مدعو مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
۴. دانشیار روانشناسی تربیتی و تحقیق، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
۵. استاد آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۶. دانشجو، دکتری، مدت خدمات بهداشتی، دانشکده آموزش، دانشکده آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

نسبت به عوامل زیان آور در مراکز درمانی پرداخته بود نشان داد که اقدامات مناسب از جمله توجه به آموزش کارکنان جهت تغییر رفتار بهداشتی، تامین تجهیزات و روش های مناسب، تامین دستورالعمل های ایمنی و مقابله با حوادث و تشکیل پرونده پزشکی برای پرسنل توسط مدیریت مرکز انجام نشده است [۸]. سیستم مراقبت بهداشتی باید بپذیرد که صنعتی ذاتا خطرناک است. این صنعت باید فلسفه ای لزوم انجام اعمال درست و به دور از خطا توسط افراد را کنار بگذارد و در عوض به طراحی یک سامانه ای ایمنی متمرکز شود. سیستم های مراقبت بهداشتی باید فرهنگ کنونی شرم و سرزنش را که مانع از قبول و گزارش خطاها و کسب تجربه از آنها می شود را رها کنند [۹]. صنایع پر خطر دیگری مثل هواپیمایی، انرژی هسته ای، کشتیرانی بطور سنتی، اندازه گیری ایمنی خود را بر اساس داده های گذشته نگر از مرگ و میر و صدمات کارکنان خود بنا کرده اند. هر چند اخیرا، تمرکز به سمت اندازه گیری پیش بینی کننده ایمنی بخصوص برای ارزیابی فرهنگ ایمنی گرایش پیدا شده است [۱۰]. علاقه به فرهنگ ایمنی ابتدا از حادثه چرنوبیل در سال ۱۹۸۶ آغاز شد [۱۱] و تاکنون تحقیقات زیادی بر روی آن صورت گرفته است و هر یک از محققان برحسب نوع سازمان مورد مطالعه، ابعاد خاصی را برای آن در نظر گرفته اند از آن جمله توجه به پنج بعد تعهد سازمانی، مداخله مدیریت، توانمند سازی کارکنان، سیستم پاداش، سیستم گزارش دهی [۱۲] یا شش بعد تعهد مدیریت، مشارکت کارکنان، آموزش ایمنی و بهداشت، ارتباطات ایمنی، ارزش ها و هنجارهای سازمانی [۱۳] و یا هشت بعد پشتیبانی و تعهد ایمنی، نگرش و رفتار ایمنی، ارتباط و مداخله ایمنی، آموزش و صلاحیت ایمنی، سرپرستی و ممیزی ایمنی، سیستم و سازمان ایمنی، تحقیق حوادث و برنامه ریزی اورژانسی و فواید و پاداش را نام برد [۱۴]. کمیسیون سلامت و ایمنی انگلستان یکی از شایع ترین تعاریف از فرهنگ ایمنی را رواج داده است که توصیف می کند: فرهنگ ایمنی به تولید ارزش ها، نگرش ها، درک، صلاحیت و الگوهای رفتاری فردی و گروهی که تعهد، سبک،

آن هستند. به عبارت دیگر، خطاهای انسانی هر نقطه شروعی را در تحقیق متوقف می نمود و هر فرایند یادگیری بیشتری را پایان می بخشید. بطور سنتی تحلیل خطا بر روی تعیین علل خطا و سرزنش افراد برای ایجاد خطا متمرکز بود و افراد به عنوان اعضا غیر قابل اعتماد در سیستم در نظر گرفته می شدند [۲]. در حال حاضر بطور متوسط روزانه ۱۷ کارگر آمریکایی کشته می شوند و ۱۶۰۰ نفر در آسیب های مرتبط با کار صدمه می بینند که نتیجه آن یک هزینه بالغ بر ۱۱۰ میلیون دلار در سال می باشد. این در حالی است که تعداد حوادث در حال افزایش است و تلاش های سنتی ایمنی روی جنبه های مهندسی ایمنی متمرکز است. هرچند حوادث کمی پیامد وضعیت های مکانیکی غیر ایمن است و بیشتر حوادث ناشی از اعمال غیر ایمن کارکنان است و حوادث معمولا بوسیله خطاهای یک کاربر تنها ایجاد نمیشود بلکه زنجیره ای از فاکتورهای تعاملی در سطوح مختلف سیستمی باعث آن می شود [۳].

بدیهی است با تمام مزایا و منافی که گسترش و توسعه صنایع مختلف برای نسل بشر بدنبال داشته است، سرمنشا خطرات و نارسایی های مختلفی نیز بوده است که آمار نگران کننده و بعضا وحشتناک حوادث در هر گوشه ای این جهان موید همین امر است [۴]. حوادث ناشی از کار به عنوان سومین عامل مرگ و میر در جهان، دومین عامل مرگ و میر در ایران بعد از تصادفات رانندگی و یکی از مهم ترین ریسک فاکتورهای مهم بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی در جوامع صنعتی و در حال توسعه مطرح است [۵]. در مطالعه ای از مراکز درمانی نشان می دهد که در حدود ۱۰۰٪ از کارکنان مراقبت بهداشتی دارای حداقل یک تجربه تماس با خون و ترشحات در طول خدمت خود بوده اند و بیشترین آسیب این پرسنل در ارتباط با سرسوزن های تزریقی بوده است [۶]. بیمار در بیمارستان به دلیل ضعف قوای جسمی و کاهش مقاومت و گاه به دلیل نداشتن تحرک کافی به حمایت های اضافی و همه جانبه نیازمند است [۷].

همچنین مطالع ای که به بررسی عملکرد مدیران



۲۰۰ مکان در ایالات متحده، انگلستان و نیوزیلند استفاده شده است. در این پرسشنامه ابعاد ایمنی به شش بعد جو کار تیمی، جو ایمنی، درک مدیریت، شناخت استرس، وضعیت های کاری و رضایت شغلی تقسیم می شود [۱۰ و ۱۸].

با توجه به اینکه پرسشنامه اصلی به زبان انگلیسی بوده و ترجمه فارسی شده است، برای حفظ روایی آن از روش ترجمه باز ترجمه استفاده شده است. بدین ترتیب که، این پرسشنامه برای تعدادی از افراد با تجربه در این مورد فرستاده شد که منجر به تغییر جزئی در چند سوال گردید اما محتوای سوالات تغییری نمود، برای سنجش پایایی بیرونی پرسشنامه، برای ۲۴ نفر از جامعه پژوهش بصورت تصادفی در دو نوبت با فاصله ۱۰ روز ارسال شد و پس از دریافت، آنها از نظر همبستگی مقایسه شدند که دارای همبستگی بالای ۹۴ در صد بودند. همچنین برای سنجش پایایی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۸۷ بود.

مطالعات اولیه نشان داد که نگرش مثبت کارکنان نسبت به فرهنگ ایمنی حدود ۱۵ درصد است، لذا نمونه ای به حجم ۲۰۴ با اطمینان ۹۵ درصد و اشتباهی کمتر از ۵ درصد جوابگوی بررسی خواهد بود همچنین برای پوشش افرادی که به دلایلی از مطالعه خارج می شوند و یا اطلاعات را ناقص ارائه می دهند، ۱۰ درصد به نمونه اضافه شد و نهایتاً ۲۱۲ نفر در نمونه مورد بررسی قرار گرفت.

برای تعیین نمونه ها در گروه های مختلف شغلی (پزشک، پرستار، مدیر و کارکنان پاراکلینیک) از روش نمونه گیری طبقه ای متناسب با تعداد کارکنان در هر قسمت بصورت تصادفی استفاده شد.

شش حیطه ای که در بررسی سکستون و همکاران او [۱۹] بکار برده شده بود، شامل جو کار تیمی، جو ایمنی، رضایت شغلی، شناخت استرس، درک مدیریت و وضعیت های کاری در این پرسشنامه بکار برده شد. هر سوال بر حسب درجه بندی لیکرت پنج نمره ای (۴= کاملاً موافق، ۳= موافق، ۲= بی تفاوت، ۱= مخالف و ۰= کاملاً مخالف) نمره گذاری شد و همچنین برای سوالات منفی،

مهارت و مدیریت ایمنی و سلامت یک سازمان را تعیین می کند اطلاق می شود [۱۵]. در حال حاضر بیشتر کشورهای توسعه یافته پی برده اند که صرفاً داشتن سیستم های مدیریتی و فناوری پیشرفته برای دستیابی به توسعه پایدار کافی نیست بلکه ارتقاء رفتارهای ایمن در کارکنان، ارزش ها، باورها و نگرش های آنان به ایمنی و نیز نگرش سازمان به ایمنی که در اصل فرهنگ ایمنی آنان را تشکیل می دهد، راه پیشگیری از حوادث است [۱۳]. هرچند فرمول منحصری برای رشد و توسعه فرهنگ ایمنی شناخته نشده است، با این وجود باور روشنی در مورد برخی خصوصیات و فعالیت ها که دارا بودن آن منجر به پیشرفت سازمان می شود، وجود دارد [۱۶]. مدل های بررسی علت و معلول حوادث اشاره به این مطلب دارند که حداقل ۹۸ درصد از حوادث به علت خطای انسانی و ضعف مدیریت رخ می دهد. برای رسیدن به یک عملکرد ایمن و با استاندارد، داشتن یک آگاهی فطری ضروری است. به عبارت دیگر به یک فرهنگ ایمنی نیاز است [۱۷] و اگر یک ابزار اندازه گیری معتبر و با اعتماد استفاده شود، داده های نگرش کارکنان نسبت به ایمنی می تواند به عنوان یک معیار سنجش برای ارزیابی عملکرد بیمارستان ها در توسعه ایمنی بیمار بکار رود [۱۰].

هدف اصلی این پژوهش بررسی نگرش کارکنان نسبت به ایمنی و مقایسه آن در میان گروه های مختلف ارائه دهنده خدمات در یک بیمارستان آموزشی است.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی و مقطعی بود. ابزار گردآوری داده ها یک پرسشنامه نگرش ایمنی بود. برای انتخاب این ابزار، پرسشنامه های مختلف موجود در زمینه ایمنی بیمار از نظر عناصر قابل اندازه گیری، تعداد سوالات، پایایی، نقاط قوت و ضعف مورد بررسی قرار گرفت. یکی از معتبرترین و شایع ترین ابزار برای ارزیابی ایمنی، پرسشنامه نگرش ایمنی است. این پرسشنامه هم در مورد کارکنان بخش های بیماران بستری و هم در مورد کارکنان واحدهای بیماران سرپایی تقریباً بالای

جدول ۱- فراوانی کنندگان بر حسب جنسیت

گروه جنس	پزشک n=23		پرستار n=116		مدیر n=33		کارکنان پاراکلینیک n=40		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
زن	۳	۱۳	۹۵	۸۱/۹	۱۵	۴۵/۵	۳۲	۸۰	۱۴۵
مرد	۲۰	۸۷	۲۱	۱۸/۱	۱۸	۵۴/۵	۸	۲۰	۶۷
جمع	۲۳	۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۲۱۲

جدول ۲- میانگین سن و سابقه کار فراهم کنندگان خدمات درمانی و تشخیصی در بیمارستان مورد مطالعه

گروه	پزشک میانگین(انحراف معیار)	پرستار میانگین(انحراف معیار)	مدیر میانگین(انحراف معیار)	کارکنان پاراکلینیک میانگین(انحراف معیار)	مشخصه های فردی
سن	(۷/۳)۴۶/۷	(۶/۵)۴۳/۴	(۸/۳)۴۳/۲	(۸/۰۱)۴۰/۰۳	
مدت خدمت در شغل فعلی	(۸/۱)۱۶/۶	(۵/۸)۱۰/۴	(۷/۱)۱۴/۰۹	(۸/۰۵)۱۵/۴	
مدت خدمت در این مرکز	(۷/۲)۸/۷	(۵/۴)۷/۷	(۹/۰۶)۱۱/۳	(۷/۹)۱۳/۶	

مدیران و ۵۰٪ از کارکنان پاراکلینیک دارای نگرش مثبت نسبت به جو کار تیمی بودند و اختلاف معنی داری از نظر آماری بین گروه های مختلف از نظر نگرش آنان نسبت به این بعد وجود نداشت. همچنین ۴/۳٪ از پزشکان، ۲/۶٪ از پرستاران، ۶/۱٪ مدیران و ۱۲/۵٪ از کارکنان پاراکلینیک دارای نگرش مثبت نسبت به جوایمی بودند که اختلاف معنی داری نیز از این نظر بین گروه های کاری مختلف وجود نداشت. در بعد رضایت شغلی ۱۷/۴٪ از پزشکان، ۱۰/۳٪ از پرستاران، ۳۳/۳٪ مدیران و ۲۵٪ از کارکنان پاراکلینیک دارای نگرش مثبت بودند و از این نظر بین مدیران و پرستاران و همچنین بین کارکنان پاراکلینیک و پرستاران اختلاف معنی دار آماری مشاهده گردید ($P < 0.001$). نگرش مثبت نسبت به شناخت استرس، صفر درصد از پزشکان، ۷/۸٪ از پرستاران، صفر درصد مدیران و ۱۲/۵٪ از کارکنان پاراکلینیک را شامل می شد و اختلاف معنی داری از نظر آماری بین مدیران و کارکنان پاراکلینیک، مدیران و پرستاران، کارکنان پاراکلینیک و پزشکان، در این حیطة وجود داشت که به ترتیب برابر با ۰/۰۲۶، ۰/۰۲۲ و ۰/۰۴۷ بود. در بعد درک مدیریت ۴/۳٪ از

نمره گذاری معکوس بکار برده شد. سپس نمرات افراد از صفر تا ۱۰۰ درجه بندی شد. همچنین از آنجا که درصد نگرش افراد در ابعاد مختلف با افزودن یک انحراف معیار به حدود ۷۵٪ می رسید، درصد نگرش بیش از ۷۵٪، به عنوان نگرش مثبت در نظر گرفته شد.

میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش برای هر یک از چهار گروه در ابعاد مختلف محاسبه و برای نشان اختلاف بین میانگین نمرات گروه ها در شش بعد، از روش ANOVA استفاده شد. برای تعیین اختلاف بین گروه ها از آزمون بن فرونی استفاده شد. سطح معنی داری در این بررسی p کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. ابزار تحلیل آماری، SPSS ویرایش ۱۴ بود.

یافته ها

۱۴۵ نفر از ۲۱۲ نفر فرد مورد مطالعه (۶۸/۳ درصد) را زنان تشکیل می داد (جدول ۱). بطور متوسط همه گروه ها دارای میانگین سنی ۳۷ سال، ۱۲ سال سابقه در رشته خود و ۹ سال سابقه در این مرکز را داشتند (جدول شماره ۲). تنها ۱۳٪ از پزشکان، ۱۹٪ از پرستاران، ۳۰/۳٪

جدول ۳- در صد فراهم کنندگان با نگرش مثبت نسبت به ایمنی بیمار و نمرات میانگین آنان

نتیجه آزمون ANOVA	کارکنان پاراکلینیک n=40	مدیر n=33	پرستار n=116	پزشک n=23	گروه نگرش مثبت به ابعاد
اختلاف بین گروه‌ها وجود ندارد p=۰/۰۷۶	۵۰ (۸/۰۶)۳۵/۷	۳۰/۳ (۷/۷)۳۳/۵	۱۹ (۷/۲)۳۳/۷	۱۳ (۷/۲)۳۰/۶	در صد نگرش مثبت نسبت به کار تیمی میانگین(انحراف معیار)
اختلاف بین گروه‌ها وجود ندارد p=۰/۰۰۵	۱۲/۵ (۱۱/۴)۶۱/۸	۶/۱ (۱۳/۱۲)۵۶/۰۶	۲/۶ (۹/۱۷)۶۰/۲	۴/۳ (۱۰/۷)۵۴/۸	در صد نگرش مثبت نسبت به جو ایمنی میانگین(انحراف معیار)
اختلاف بین گروه‌ها وجود دارد p=۰/۰۰۱	۲۵ (۵/۸)۲۷/۹	۳۳/۳ (۵/۶)۳۹/۲	۱۰/۳ (۶/۰۵)۲۳/۷	۱۷/۴ (۸)۲۶/۶	در صد نگرش مثبت نسبت به رضایت شغلی میانگین(انحراف معیار)
اختلاف بین مدیران و پرستاران، بین کارکنان پاراکلینیک و پرستاران اختلاف بین گروه‌ها وجود دارد p=۰/۰۰۲	۱۲/۵ (۵/۴)۹/۶	۰ (۲/۶)۶/۷	۷/۸ (۴/۵)۹/۲	۰ (۴)۶/۶	در صد نگرش مثبت نسبت به شناخت استرس میانگین(انحراف معیار)
اختلاف بین مدیران و کارکنان پاراکلینیک، مدیران و پرستاران، کارکنان پاراکلینیک و پزشکان اختلاف بین گروه‌ها وجود دارد p=۰/۰۰۳	۱۰ (۸/۴)۲۸/۷	۱۸/۲ (۷/۲)۳۱/۵	۲/۶ (۷/۵)۲۶/۰۶	۴/۳ (۷/۴)۲۸/۵	در صد نگرش مثبت نسبت به درک مدیریت میانگین(انحراف معیار)
اختلاف بین گروه‌ها وجود ندارد ۰/۱۱۹	۳۷/۵ (۴/۵)۱۶/۵	۲۱/۲ (۳/۸)۱۵/۰۶	۱۵/۵ (۳/۷)۱۶/۴	۸/۷ (۳/۴)۱۴/۹	در صد نگرش مثبت نسبت به وضعیت های کاری میانگین(انحراف معیار)

بحث

از آنجا که در بیمارستان‌های آموزشی، پژوهش‌های زیادی از طریق پرسشنامه انجام می‌شود، اکثریت کارکنان تمایلی به مشارکت در این نمونه طرح‌ها ندارند. از این رو برای رفع این محدودیت، پژوهشگران سعی نمودند پس از توضیح کافی به مشارکت کنندگان، مطابق شرایط آنان به جمع‌آوری داده‌ها بپردازند. لذا نسخه پرسشنامه نگرش ایمنی با همان شش بعد مورد استفاده توسط سکستون و همکاران او در این پژوهش بکار برده شد. در پژوهش حاضر پرستاران نسبت به گروه‌های

پزشکان، ۲/۶٪ از پرستاران، ۱۸/۲٪ از مدیران و ۱۰٪ از کارکنان پاراکلینیک دارای نگرش مثبت بودند و اختلاف معنی‌داری از نظر آماری بین مدیران و پرستاران، در این مورد وجود داشت که برابر با ۰/۰۲ بود. و در بعد وضعیت‌های کاری ۸/۷٪ از پزشکان، ۱۵/۵٪ از پرستاران، ۲۱/۲٪ از مدیران و ۳۷/۵٪ از کارکنان پاراکلینیک دارای نگرش مثبت بودند و اختلاف معنی‌داری بین گروه‌های کاری مختلف وجود نداشت (جدول شماره ۳).

نشان می‌دهد [۲۰]، عواملی که باعث گزارش خطا در میان پرستاران می‌شود عبارت از جو ایمنی، ارتباطات آزاد، محرک‌های انگیزشی مثل پاداش و کار تیمی است، همخوانی دارد.

با توجه به نمره کسب شده در تمام گروه‌ها در ابعاد جو ایمنی، درک مدیریت و جوکار تیمی، نیاز به توجه و ارتقاء در این ابعاد احساس می‌شود و این مسئله با یافته‌های مطالعه چین شان کائو و همکاران وی [۱۴] در صنعت پتروشیمی که نشان می‌داد، ابعاد پشتیبانی و تعهد ایمنی، مداخله و ارتباط ایمنی، پاداش و فواید نیاز به توجه مدیران ارشد جهت ارتقاء دارند، همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری

این ارزیابی، اولین بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز درمانی دانشگاهی می‌باشد، یافته‌های این پژوهش نشان دهنده میزان نگرش نسبتاً پایین چهار رده شغلی نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار است که می‌تواند فرصتی کلیدی برای مدیران و فراهم‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی در ارائه راهکارهای جدید نظیر نشان دادن تمایل مدیریت ارشد سازمان به ایمنی، ایجاد سیستم گزارش حوادث و توسعه کار تیمی برای ارتقاء فرهنگ ایمنی در مراکز درمانی مشابه باشد.

منابع

1. Lindberg, Laura. Kim Judd. Jennifer Snyder. Developing A Safety Culture with Front- Line Staff. 2008; [1]. Hospitals & Health Networks, available at: <http://www.hhnmag.com>. November, 5, 2009.
2. Hamaideh, Shaher. Safety Culture Instrument: A Psychometric Evaluation. [Dissertation]. University of Cincinnati. Collage of Nursing, 2004; [114]. available at: <http://gradworks.umi.com>. September, 25, 2009.
3. Vredenburgh, Alison G. Safety Management: Which Organizational Factors Predict Hospital Employee Injury Rates?, 1998; [1]. San Diego: California School of Professional Psychology.

کاری دیگر و در هیچ یک از ابعاد نامبرده شده دارای نمره نگرش بالاتر نبودند. در مطالعه ای که نگرش ایمنی کارکنان را با آمارهای موجود در سطح بین الملل مقایسه نموده بود [۱۰]، پرستاران در تمام ابعاد بجز شناخت استرس، دارای بالاترین نمره نگرش مثبت بودند، همچنین نمره نگرش کارکنان پاراکلینیک در ابعاد درک مدیریت و وضعیت‌های کاری در مقاله فوق‌الذکر کمتر از بقیه کارکنان بود که چنین موردی در این پژوهش مشاهده نشد.

درصد نگرش مثبت چهار گروه کاری (پزشک، پرستار، مدیر و کارکنان پاراکلینیک) در تمام ابعاد (بجز نگرش کارکنان پاراکلینیک در بعد وضعیت‌های کاری) در این پژوهش در مقایسه با نتایج پژوهشی که در این همین رابطه انجام شده بود [۱۹] کمتر از در صد نگرش مثبت به ایمنی بیمار در پژوهش نامبرده است. همچنین اختلاف معنی دار در این پژوهش در بعد درک مدیریت بین پزشکان و مدیران و همچنین در بعد شناخت استرس بین پزشکان و کارکنان پاراکلینیک بود در حالی که این اختلاف در پژوهش حاضر در بعد درک مدیریت بین پرستاران و مدیران و در بعد شناخت استرس بین مدیران و کارکنان پاراکلینیک، مدیران و پرستاران و کارکنان پاراکلینیک و پزشکان مشاهده شد.

در پژوهش حاضر، نمره نگرش مثبت نسبت به بعد جو ایمنی در چهار گروه شغلی نسبت به سایر ابعاد پایین‌تر بود. این در حالی است که معادل این بعد در مطالعه‌ای که توسط ویگمن و همکارانش در صنعت هواپیمایی صورت گرفته است پاسخ دهندگان تعهد سازمانی را قوی‌ترین و سیستم پاداش را ضعیف‌ترین بعد در فرهنگ ایمنی سازمان خود دانسته‌اند [۱۱] و همچنین پژوهش اوشک سرایی و همکاران وی در صنعت تولید فلزات، سیستم پاداش را به عنوان قوی‌ترین و سیستم گزارش‌دهی را به عنوان ضعیف‌ترین بعد در نظر گرفته‌اند [۱۱].

یافته‌های پژوهش حاضر، حاکی از نمره پایین نگرش کارکنان در همه مشاغل نسبت به بعد جو ایمنی است و این نتایج با مطالعه انجام شده توسط مودی روزن اف که



BASNEF model and its improvement in the Personnel working in production line of Kimia co. 2005; [1]. [Master Thesis]. Iran Medical University. available at: [http:// www.echemica.com](http://www.echemica.com). December, 3,2009

14. Chen-Shan Kao. Safety Culture Factors, Group Differences, and Risk Perception in Five Petrochemical Plants. 2008; [1]. Wiley Inter Science. available at: onlinelibrary.wiley.com. May, 18, 2010.

15. Safety Culture. 2009; [1]. available at: <http://en.wikipedia.org>. September, 14, 2009.

16. Safe Work, Safe Culture. Translated by The Center of Job Health Services and Medicine of Eastern Tehran. 2008; [1]. Atiyeh weekly, available at: [http:// www.bashgah.net](http://www.bashgah.net) . November, 25, 2009.

17. Walleth, Yan. J. Translated, by: Lahijanian. Safety Systems. H. 1st Edition. Science and industry University. 2000, Page: 1-3.

18. Fleming, Mark. Patient Safety Culture Measurement and Improvement: A "How To Guide". 2005; [16]. Health Care Quarterly. vol.8, Special Issue, www.longwoods.com. December. 28, 2009.

19. Modak.I. Measuring Safety Culture in Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire- Ambulatory Version. 2007; [1]. Journal of General Internal Medicine. 22(1). available at: www.ncbi.nlm.nih.gov. February, 15, 2010.

20. Roseanne. F. Moody, R. Safety Culture on Hospital Nursing Units: Human Performance and Organizational System Factors that Make a Difference. 2006; [1]. Indiana University. available at: [http:// gradworks.umi.com](http://gradworks.umi.com) . December, 5, 2009.

available at: [http:// humanfactorsexperts.com](http://humanfactorsexperts.com). November, 25, 2009.

4. Mohammadfam, I. The Quantitative Assessment of Safety, 1st Edition. Hamedan Medical University; 2001. Page: A, available at: www.savehoh.blogfa.com. October, 25,2009.

5. Mohammadfam, I; et al. Evaluating the relation between Job Stress and unsafe Actions and Job Accidents in an Automative Industry. 2008; [1]. Hamedan Medical University. 15th Course. No 13. SN: 49, available at: [http:// hseworld.wordpress.com](http://hseworld.wordpress.com). December, 25,2009.

6. Boland-hemmat, M; Jajvandian, R; Babaei, A Study on the Occupational Contact of clinical Personnel with Blood in Imam Reza Hospital – Mashhad. 2007; [1]. Dezfool Azad University. The first state conference on the occupational risks of Medicine, Nursing and Obstetrics. available at: www.bojnourdiau.iau.ofis.ir, December, 25,2009.

7. Faghihi,Ali, Mansoori, Saeed. The Need to observe and apply the Laws and Rules of Safety and Health to Emergency Ward. 2008; [2]. available at: www.civilica.com,. December, 28, 2009.

8. Mahmoodi, H. A Study on the Managers' Performance regarding the Occupational Risks and disadvantageous Factors in the Teaching Hospitals of the Iran Medical university. 1995; [1]. [Master Thesis]. available at: <http://www.irandoc.ac.ir/> . February, 25, 2010

9. Nieva, VF. J Sorra. Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Health Care Organizations. 2003; [1]. Quality Safety Health Care. available at: www.safetyleaders.org, February, 27, 2010.

10. Relihan. S. and [etal]. Measuring and Benchmarking Safety Culture: Application of the Safety Attitudes Questionnaire to an Acute Medical Admissions Unit. 2009; [1]. Ireland Journal Medicine Science. available at: [http:// isqua.org](http://isqua.org). March, 10, 2010.

11. Maryam Ooshaksaraie. and [etal]. The Impact of Companies, Age on Safety Culture in the Metal Products Industry. 2009; [1]. American J. of Engineering and Applied Sciences. 2(4). available at: [http:// academic.research.microsoft.com](http://academic.research.microsoft.com) March, 8, 2010.

12. Terry L.Von Thaden. And [etal]. Safety Culture in a Regional Airline: Results from a Commercial Aviation Safety Survey. 2009; [1-2]. Symposium on Aviation Psychology. Dayton, OH,. Available at <http://academic.research.microsoft.com>. April, 3, 2010.

13. Alizadeh, R. A Study on the Safety Culture and the Effect of Intervening Education based on the