Survey of employees' safety attitude in a teaching hospital Tehran 2010

J, Tabibi[1], A. A, Nasiripour[2], M. R, Maleki[3], P, Raessi[4], M, Mahmmoudi[5], L, Azimi[6]

Received: 2010/08/13 Revised: 2010/08/29 Accepted: 2010/10/10

Abstract

Background and aims: The Medical Errors and the potential unsafe actions are always regarded as a serious trouble by the managers and health care providers. Using the employees' attitude data as a measurement criterion in the evaluation of the hospitals performance in the field of the "Safety" can improve the safety level among the personnel and patients. Survey of employees' attitude about safety and its comparison with different groups of offering health services in a teaching Hospital was the main objective of present study.

Methods: In order to specify patient safety culture in Moddares hospital, all employees including physicians, nurses, managers and employees of Para-clinic, a volume sample consisting of 212 persons were selected. Then the questionnaire of safety attitude within 6 dimensions including Teamwork climate, Safety climate, perceptions of Management, Job Satisfaction, Working Conditions and Stress Recognition was used. At first the questionnaire was assessed regarding validity and reliability . The scale of Likert measurement was 5 grades. The ANOVA test was used to specify differences between groups under study.

Results: Positive safety culture within 6 dimensions including Teamwork Climate, Safety climate, Job Satisfaction, Stress Recognition, Perception of Management , Working Conditions for doctors were 3, 4.13, 17.4, 0, 4.3, and 8.7 respectively; the aforesaid Dimensions for nurses were 19, 2.6, 10.3, 7.8, 2.6 and 15.5 respectively, the aforesaid Dimensions for managers were 30.3, 6.1, 33.3, 0, 18.2 and 21.2 respectively and the aforesaid Dimensions for employees of Para-clinic Were 50, 12.5, 25, 12.5, 10 and 37.5 respectively. A statistically Significant difference was obtained ($p<0.5$) from Dimensions of Job satisfaction among managers and nurses, employees of Para-clinic and nurses this difference were zero and 0.001. Regarding Stress recognition among managers and employees of Para-clinic, managers and nurses, employees of Para-clinic and doctors were 0.062, 0.022 and 0.047 and considering Perceptions of management the level of difference among managers and nurses was 0.002. Meanwhile all employees under study had similar Point of view toward teamwork Climate, safety Climate and Working Conditions.

Conclusion: It is recommended that the managers and employees of health services should improve patient safety culture in their organizations using strategies such as showing senior leadership's willingness to safety, developing a system for event reporting and improving teamwork.

Keywords: Safety Culture, Attitude, Patient Safety, Hospital

1. Professor, Health Services Management Department, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. **Corresponding author,** Associate Professor, Health Services Management Department, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, nasiripour@srbiau.ac.ir
3. Associate Professor, Health Services Management Department, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, School of Management and Medical Information Services, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran.
5. Professor, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. Ph.D.Student in Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

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

دکتر جمال الدین طبیبی[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، دردسر 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 گروه های مختلف ارائه دهنده خدمات در یک بیمارستان آموزشی است..

روش بررسی: به منظور بررسی فرهنگ ایمنی کارکنان بیمارستان، ابتدا از کلیه کارکنان که در موقعیت های شغلی پزشک، پرستار، مدیر و کارکنان پاراکلینیک بودند، نمونه ای به حجم ۲۱۲ نفر انتخاب و سپس پرسشنامه ی نگرش ایمنی در شش بعد جو کار تیمی، جو ایمنی، درک مدیریت، رضایت شغلی، وضعیت های 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 گروه های 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 وضعیت های کاری، برای پزشکان به ترتیب برابر با ۴/۱۳،۳ ،۱۷/۴، 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 ($p<.05$) در بعد رضایت شغلی بین مدیران و پرستاران ، کارکنان پاراکلینیک و پرستاران برابر با ۰/۰۰۰۱ و۰/۰۰۱ ، 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 در ک 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 وضعیت های کاری بودند.

نتیجه‌گیری: اهتمام مدیران و کارکنان بیمارستانها در ارتقاء فرهنگ ایمنی ضروری بوده و برای این منظور، می توان 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

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

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:۰۹۱۲۱۹۹۱۳۷۲، فکس: ۳- 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. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

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 می‌باشد. این در حالی است که تعداد حوادث در حال افزایش است و تلاش های سنتی ایمنی روی جنبه‌های 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 منافعی که گسترش و توسعه صنایع مختلف برای نسل بشر بدنبال داشته است، سرمنشا خطرات و نارسایی‌های مختلفی نیز بوده است که آمار نگران کننده و بعضا وحشتناک حوادث در هر گوشه‌ی 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 مطالعه‌ای 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 بوده‌اند 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 مطالعه‌ای که به بررسی عملکرد مدیران 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 خطرزاست. این صنعت باید فلسفه‌ی لزوم انجام اعمال درست و به دور از خطا توسط افراد را کنار بگذارد و در عوض به طراحی یک سامانه‌ی ایمنی متمرکز شود. سیستم های مراقبت بهداشتی باید فرهنگ کنونی شرم و سرزنش را که مانع از قبول و گزارش خطا ها 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،

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

مهارت و مدیریت ایمنی و سلامت یک سازمان را تعیین می کند اطلاق مـی شـود [۱۵]. در حـال حاضـر بیشـتر کشورهای توسعه یافته پی بـرده انـد کـه صـرفا داشـتن سیستم های مدیریتی و فناوری پیشرفته بـرای دسـتیابی به توسعه پایدار کافی نیست بلکه ارتقاء رفتارهـای ایمـن در کارکنان، ارزش ها، باورهـا و نگـرش هـای آنـان بـه ایمنی و نیز نگرش سازمان به ایمنی که در اصل فرهنگ ایمنی آنان را تشکیل می دهد، راه پیشـگیری از حـوادث است [۱۳]. هرچند فرمول منحصری برای رشد و توسـعه فرهنگ ایمنی شناخته نشده اسـت، بـا ایـن وجـود بـاور روشنی در مورد برخی خصوصیات و فعالیـت هـا کـه دارا بودن آن منجر به پیشرفت سازمان می شود، وجود دارد.[۱۶]. مدل های بررسی علت و معلول حـوادث اشـاره بـه این مطلب دارند که حداقل ۹۸ درصد از حوادث به علـت خطای انسـانی و ضـعف مـدیریت رخ مـی دهـد. بـرای رسیدن به یک عملکرد ایمن و با استاندارد، داشـتن یـک آگاهی فطری ضروری است.بـه عبـارت دیگـر بـه یـک فرهنگ ایمنی نیـاز اسـت [۱۷] و اگـر یـک ابـزار انـدازه گیری معتبر و با اعتماد استفاده شـود، داده هـای نگـرش کارکنان نسبت به ایمنی می تواند به عنـوان یـک معیـار سنجش برای ارزیابی عملکرد بیمارسـتان هـا در توسـعه ایمنی بیمار بکار رود [۱۰].

هدف اصلی ایـن پـژوهش بررسـی نگـرش کارکنـان نسبت به ایمنی و مقایسه آن در میان گروه های مختلف ارائه دهنده خدمات در یک بیمارستان آموزشی است.

روش بررسی

این پـژوهش از نـوع توصـیفی و مقطعـی بـود. ابـزار گردآوری دادهها یک پرسشنامه نگرش ایمنی بود. بـرای انتخاب این ابزار، پرسشنامه های مختلف موجود در زمینه ایمنی بیمـار از نظـر عناصـر قابـل انـدازه گیـری، تعـداد سوالات، پایایی، نقاط قوت و ضـعف مـورد بررسـی قـرار 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 بیمـاران سـرپایی تقریبـا بـالای ۲۰۰ مکان در ایالات متحده، انگلستان و نیوزیلند استفاده شده است. در این پرسشنامه ابعاد ایمنی به شش بعد جـو کار تیمی، جو ایمنی، درک مـدیریت، شـناخت اسـترس، وضعیت های کاری و رضایت شـغلی تقسـیم مـی شـود [۱۰و ۱۸].

با توجه به اینکه پرسشنامه اصلی بـه زبـان انگلیسـی بوده و ترجمه فارسی شده است، برای حفظ روایـی آن از روش ترجمه باز ترجمه استفاده شده است. بـدین ترتیـب که، این پرسشنامه برای تعدادی از افراد با تجربه در این مورد فرستاده شد که منجر به تغییر جزیی در چند سـوال گردید اما محتوای سوالات تغییری ننمود، برای سـنجش پایایی بیرونی پرسشنامه، برای ۲۴ نفر از جامعه پـژوهش بصورت تصادفی در دو نوبت با فاصله ۱۰ روز ارسال شـد و پس از دریافت، آنها از نظر همبستگی مقایسه شدند که دارای همبستگی بالای ۹۴ در صد بودند. همچنین بـرای سنجش پایایی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۸۷/. بود.

مطالعات اولیه نشان داد کـه نگـرش مثبـت کارکنـان نسبت به فرهنـگ ایمنـی حـدود ۱۵ درصـد اسـت، لـذا نمونه ای به حجم ۲۰۴ با اطمینان ۹۵ درصد و اشـتباهی کمتر از ۵ درصد جوابگوی بررسی خواهـد بـود همچنـین برای پوشش افـرادی کـه بـه دلایلـی از مطالعـه خـارج می‌شوند و یـا اطلاعـات را نـاقص ارائـه مـی دهنـد، ۱۰ درصد به نمونه اضافه شـد و نهایتـا ۲۱۲ نفـر در نمونـه مورد بررسی قرار گرفت.

برای تعیین نمونه هـا در گـروه هـای مختلـف شـغلی (پزشک، پرستار، مـدیر و کارکنـان پاراکلینیـک) از روش نمونه گیری طبقه ای متناسب با تعـداد کارکنـان در هـر قسمت بصورت تصادفی استفاده شد.

شش حیطه ای که در بررسی سکستون و همکاران او [۱۹] بکار برده شده بود، شامل جوکار تیمی، جـو ایمنـی، رضایت شغلی، شناخت استرس، درک مدیریت و وضعیت های کاری در این پرسشنامه بکار برده شـد. هـر سـوال بر حسب درجه بندی لیکـرت پـنج نمـره ای (۴= کـاملا موافق، ۳=موافق، ۲= بی تفاوت، ۱= مخالف و ۰= کاملا مخالف) نمره گذاری شد و همچنین برای سوالات منفی،

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

جدول۱- فراوانی فراهم 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	درصد
زن	۳	۱۳	۹۵	۸۱/۹	۱۵	۴۵/۵	۳۲	۸۰	۱۴۵	۶۸/۳
مرد	۲۰	۸۷	۲۱	۱۸/۱	۱۸	۵۴/۵	۸	۲۰	۶۷	۳۱/۷
جمع	۲۳	۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۳۳	۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۲۱۲	۱۰۰

جدول۲- میانگین سن و سابقه کار فراهم کنندگان خدمات درمانی و تشخیصی در بیمارستان مورد مطالعه

گروه / مشخصه های فردی	پزشک میانگین(انحراف معیار)	پرستار میانگین(انحراف معیار)	مدیر میانگین(انحراف معیار)	کارکنان پاراکلینیک میانگین(انحراف معیار)
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

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.

یافته‌ها

۱۴۵ نفر از ۲۱۲ نفر فرد مورد مطالعه (۶۸/۳ درصد) را زنان تشکیل می داد (جدول ۱).

بطور متوسط همه گروه‌ها 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٪ مدیران و ۵۰٪ از کارکنان پاراکلینیک دارای نگرش مثبت نسبت به جو کار تیمی بودند و اختلاف معنی‌داری 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 جوایمنی بودند که اختلاف معنی داری نیز از این نظر بین گروه های کاری مختلف وجود نداشت. در بعد رضایت شغلی۱۷/۴٪ 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 دارآماری 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 حیطه وجود داشت که به ترتیب برابر با ۰/۰۲۶، ۰/۲۲ و ۰/۴۷ بود. در بعد درک مدیریت ۴/۳٪ از

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

جدول۳- در صد فراهم کنندگان با نگرش مثبت نسبت به ایمنی بیمار و نمرات میانگین آنان

گروه نگرش مثبت به ابعاد	پزشک n=23	پرستار n=116	مدیر n=33	کارکنان پاراکلینیک n=40	نتیجه آزمون ANOVA
در صد نگرش مثبت نسبت به کارتیمی	۱۳	۱۹	۳۰/۳	۵۰	
میانگین(انحراف معیار)	(۷/۲)۳۰/۶	(۷/۲)۳۳/۷	(۷/۷)۳۳/۵	(۸/۰۶)۳۵/۷	اختلاف بین گروه‌ها وجود ندارد p=۰/۰۷۶
در صد نگرش مثبت نسبت به جو ایمنی	۴/۳	۲/۶	۶/۱	۱۲/۵	
میانگین(انحراف معیار)	(۱۰/۷)۵۴/۸	(۹/۱۷)۶۰/۲	(۱۳/۱۲)۵۶/۰۶	(۱۱/۴)۶۱/۸	اختلاف بین گروه‌ها وجود ندارد p =۰/۰۵
در صد نگرش مثبت نسبت به رضایت شغلی	۱۷/۴	۱۰/۳	۳۳/۳	۲۵	اختلاف بین گروه‌ها وجود دارد p=۰/۰۰۱
میانگین(انحراف معیار)	۸)۲۶/۶	(۶/۰۵)۲۳/۷	(۵/۶)۲۹/۲	(۵/۸)۲۷/۹	اختلاف بین مدیران و پرستاران، بین کارکنان پاراکلینیک و پرستاران
در صد نگرش مثبت نسبت به شناخت استرس	۰	۷/۸	۰	۱۲/۵	اختلاف بین گروه‌ها وجود دارد p=۰/۰۰۲
میانگین(انحراف معیار)	۴)۶/۶	(۴/۵)۹/۲	(۲/۶)۶/۷	(۵/۴)۹/۶	اختلاف بین مدیران و کارکنان پاراکلینیک، مدیران و پرستاران، کارکنان پاراکلینیک و پزشکان
در صد نگرش مثبت نسبت به درک مدیریت	۴/۳	۲/۶	۱۸/۲	۱۰	اختلاف بین گروه ها وجود دارد p=۰/۰۰۳
میانگین(انحراف معیار)	(۷/۴)۲۸/۵	(۷/۵)۲۶/۰۶	(۷/۲)۳۱/۵	(۸/۴)۲۸/۷	اختلاف بین مدیران و پرستاران
در صد نگرش مثبت نسبت به وضعیت های کاری	۸/۷	۱۵/۵	۲۱/۲	۳۷/۵	
میانگین(انحراف معیار)	(۳/۴)۱۴/۹	(۳/۷)۱۶/۴	(۳/۸)۱۵/۰۶	(۴/۵)۱۶/۵	اختلاف بین گروه ها وجود ندارد ۰/۱۱۹

پزشکان، ۲/۶٪ از پرستاران، ۱۸/۲٪ از مدیران و۱۰٪ از کارکنان پاراکلینیک دارای نگرش مثبت بودند و اختلاف معنی داری از نظر آماری بین مدیران و پرستاران، در این مورد وجود داشت که برابر با۲../. بود. و در بعد وضعیت های کاری ۸/۷٪ از پزشکان، ۱۵/۵٪ از پرستاران، ۲۱/۲٪ از مدیران و۳۷/۵٪ از کارکنان پاراکلینیک دارای نگرش مثبت بودند و اختلاف معنی داری بین گروه‌های کاری مختلف وجود نداشت(جدول شماره ۳).

بحث

از آنجا که در بیمارستان‌های آموزشی، پژوهش های زیادی از طریق پرسشنامه انجام می شود، اکثریت کارکنان تمایلی به مشارکت در این نمونه طرح ها ندارند. از این رو برای رفع این محدودیت، پژوهشگران سعی نمودند پس از توضیح کافی به مشارکت کنندگان، مطابق شرایط آنان به جمع آوری داده ها 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

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

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 وضعیت های کاری در مقاله فوق الذکر 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 وضعیت های کاری) در این پژوهش در مقایسه با نتایج پژوهشی که دراین 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 پایین تر 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 قوی ترین و سیستم پاداش را ضعیف ترین 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 قوی ترین و سیستم گزارش‌دهی را به عنوان ضعیف ترین 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 نشان می‌دهد [۲۰]، عواملی که باعث گزارش خطا در میان پرستاران می شود عبارت از جو ایمنی، ارتباطات آزاد، محرک های انگیزشی مثل پاداش و کار تیمی است، همخوانی دارد.

با توجه به نمره کسب شده در تمام گروه ها در ابعاد جو ایمنی، درک مدیریت و جوکار تیمی، نیاز به توجه و ارتقاء در این ابعاد احساس می شود و این مسئله با یافته های مطالعه چین شان کائو و همکاران وی [۱۴] در صنعت پتروشیمی که نشان می داد، 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 می باشد، یافته های این پژوهش نشان دهنده میزان نگرش نسبتا پایین چهار رده شغلی نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار است که می تواند فرصتی کلیدی برای مدیران و فراهم کنندگان 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.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]

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. 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 . 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 . December, 5, 2009.

available at: 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. December, 25,2009.

6. Boland-hemmat, M; Jajvandian, R; Babaei, A Study on the Occupatinal 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. 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 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

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2024-03-28]