

بررسی جو ایمنی در مانگاه‌های توان‌بخشی شهر اهواز در سال ۱۳۹۲

الهه مغنی باشی منصوریه^۱، فرزاد فرجی خیایوی^{۲*}، مجید روانبخش^۱، محمد حسین حقیقی زاده^۲

۱. مرکز تحقیقات توانبخشی اسکلتی-عضلانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

چکیده:

سابقه و هدف: در صنایع پرخطر توجه زیادی به ایمنی شده است، در این صنایع پیش‌بینی ایمنی بر اساس جو ایمنی صورت می‌گیرد. از آنجا که صنعت خدمات بهداشتی درمانی نیز خطرات زیادی در زمینه مرگ‌ومیر و ابتلا برای کارکنان و بیماران دارد، می‌توان آن را به‌عنوان یک صنعت پرخطر در نظر گرفت. با توجه به اینکه جو ایمنی پیش‌بینی‌کننده و تعیین‌کننده عملکرد ایمنی می‌باشد، هدف از این مطالعه تعیین میزان جو ایمنی و هر یک از ابعاد آن در درمانگاه‌های توان‌بخشی شهر اهواز بود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بود که به‌صورت مقطعی بر روی ۱۱۴ نفر از کارکنان توان‌بخشی شهر اهواز انجام گرفت. گردآوری داده‌ها بر طبق پرسش‌نامه جو ایمنی و اطلاعات دموگرافیک صورت گرفت. مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت برای اندازه‌گیری ابعاد جو ایمنی مورد استفاده قرار گرفت. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به نرم‌افزار SPSS ۱۹ منتقل شد و از آزمون‌های ANOVA و همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین کل جو ایمنی در درمانگاه‌های توان‌بخشی شهر اهواز، ۷۲/۶۶ به دست آمد. میانگین بالاترین و پایین‌ترین ابعاد جو ایمنی به ترتیب مربوط به «تعهد مدیریت نسبت به ایمنی» (۹۹/۱۲) و «آگاهی کارکنان درباره موضوعات ایمنی» (۱۰/۷) بود. ارتباط معنی‌داری بین جو ایمنی با نوع کلینیک توان‌بخشی ($p=0.06/0$) و میزان حادثه شغلی ($p=0.30/0$) وجود داشت اما با دیگر اطلاعات دموگرافیک رابطه معنی‌داری یافت نشد ($p>0.05/0$).

نتیجه‌گیری: نمره میانگین کل، جو ایمنی درمانگاه‌های توان‌بخشی شهر اهواز بالاتر از حد متوسط (بیشتر از ۵۰٪) ارزیابی شد. همچنین با توجه به اینکه «آگاهی کارکنان درباره موضوعات ایمنی» پایین‌ترین میانگین را در میان ابعاد جو ایمنی به خود اختصاص داده بود، باید توجه مدیران بیشتر بر این بعد متمرکز شود.

واژگان کلیدی: ایمنی، جو ایمنی، درمانگاه‌های توان‌بخشی

مقدمه

سازمان محسوب می‌شود (۵). در دو دهه اخیر پژوهش‌های بسیاری درباره جو ایمنی و فرهنگ ایمنی انجام شده است، اما فقط در حد یک تئوری بوده و پیشرفت چندانی نکرده است. ماهیت شناختی و روان‌شناختی جو، چالش‌برانگیز است و با ابعاد قابل‌سنجش و مؤثر نگرش ایمنی در تضاد است (۶، ۷). جو ایمنی می‌تواند در دو سطح سلسله‌مراتبی گروهی و سازمانی مورد بررسی قرار بگیرد. سطح گروهی و سطح سازمانی. در سطح گروهی جو ایمنی معمولاً به نقش ناظر برمی‌گردد و به ارزیابی ادراکات افراد از ایمنی سازمان می‌پردازد (۸، ۹) و در سطح سازمانی ویژگی‌های مرسوم سازمان را بررسی می‌کند (۴).

ابعاد جو ایمنی موضوع چالش‌برانگیزی است که هنوز به‌طور کامل حل نشده است (۱۰، ۱۱). مدل‌های بررسی علت و معلول حوادث نشان می‌دهد که حداقل ۹۸ درصد حوادث به علت خطای انسانی و ضعف مدیریت رخ می‌دهد (۲، ۱۲). ابعاد جو ایمنی از سوی زوهر در

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹ انجام شش اقدام مهم و ضروری را به دولت‌ها و مدیران بیمارستان‌ها توصیه کرده است. این شش اقدام شامل آموزش کارکنان بهداشت، طراحی و ساخت بیمارستان‌های ایمن، مقاوم‌سازی تسهیلات موجود و تأمین ایمنی منابع و کارکنان بود (۱). در حال حاضر ۱۶۰۰ نفر روزانه به‌طور متوسط در آسیب‌های مرتبط با کار صدمه می‌بینند که نتیجه آن هزینه‌ای بالغ بر ۱۱۰ میلیون دلار در سال می‌باشد (۲، ۳). نبود ایمنی هزینه‌زاست و ممکن است منابع مالی فراوانی برای ایجاد ایمنی و سلامت در محل کار هزینه شود، اما اگر افراد داخل سازمان نگرش مثبتی به سوی ایمنی محل کارشان نداشته باشند، بیماری‌ها و آسیب افزایش می‌یابد و سازمان به اهداف موردنظر خود نمی‌رسد (۴). هزینه کردن برای توسعه ایمنی، در واقع سرمایه‌گذاری در

پرسش‌نامه جو ایمنی تحلیل عاملی محمدی زیدی و همکاران استفاده شد. این پرسش‌نامه از پرسش‌نامه جهانی OSQ و SMQ گرفته شده است (۲۰) که شامل ۲۰ سؤال است که بر اساس زمینه فرهنگی ایران ساخته شده است و از تحلیل عاملی اکتشافی و تجانس بین سؤالات برای بررسی روایی و پایایی سازه‌های آن استفاده شده است و ۷ بعد جو ایمنی یعنی تعهد مدیریت برای ایمنی و اولویت مسائل ایمنی، ارتباطات کارکنان درباره مسائل ایمنی، ایمنی محیط کار، مسئولیت‌پذیری مدیران، درک خطر، چشم‌پوشی از خطرات مرتبط به ایمنی و آگاهی و هوشیاری نسبت به موضوعات ایمنی را بررسی می‌کند.

در این پرسش‌نامه برای هر یک از سؤالات طیفی از پاسخ در نظر گرفته شد که شامل کاملاً مخالفم مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم بود (۱۸) که به ترتیب از ۱ تا ۵ توسط معیار لیکرت نمره گذاری شد. میانگین امتیازات هر بعد به صورت خوب (۲۰-۱۶)، نسبتاً خوب (۱۶-۱۲)، ضعیف (۱۲-۸) و خیلی ضعیف (۸-۴) بود. روش محاسبه اندازه نمونه و نحوه نمونه‌گیری به شرح زیر بود:

$$r = 0.4$$

$$N = \frac{(Z1 - \alpha 2 + Z1 - \beta)^2}{\left(\frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r}\right)^2} N = \frac{(1.96 + 1.28)^2}{\left(\frac{1}{2} \ln \frac{1+.4}{1-.4}\right)^2}$$

$$N = 110 + 4 = 114$$

برای اطمینان از پایایی پرسش‌نامه جو ایمنی تعداد ۴۰ عدد پرسش‌نامه به صورت پایلوت در جامعه پژوهش طی دو هفته تکمیل شد و ضریب تجانس درونی به کمک آلفای کرونباخ محاسبه گردید که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۰٪ و ضریب همبستگی آن ۰/۴ محاسبه شد. از آزمون همبستگی پیرسون برای ارتباط میان متغیرهای دموگرافیک با جو ایمنی استفاده شد. از آزمون ANOVA و Post Hoc برای مقایسه انواع کلینیک‌های توانبخشی استفاده شد. همچنین از آمار توصیفی برای اندازه‌گیری میانگین و انحراف معیار اطلاعات متغیرهای پژوهش استفاده شد. در راستای حفظ اصول اخلاقی ابتدا از طریق کسب اجازه از مدیران مراکز توانبخشی و بیمارستان‌ها و رضایت واحدهای مورد پژوهش، در مورد حفظ اطلاعات خصوصی به افراد اطمینان داده و پرسش‌نامه‌ها در ساعات کاری به واحدهای مورد پژوهش داده و همچنین به آن‌ها توضیحاتی درباره چگونگی پاسخگویی به سؤالات و طریقه برگشت پرسش‌نامه‌ها در ساعات کاری داده شد.

یافته‌ها

میزان پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها حدود ۸۱٪ بود. یافته‌ها نشان داد که میانگین سنی افراد پژوهش ۳۱/۱۵ بوده است که بیشترین فراوانی پاسخگویان در بین گروه سنی (۳۲-۲۲) سال مشاهده و

سال ۱۹۸۰ مطرح شد که شامل توجه مدیریت به ایمنی و برنامه‌های مرتبط با آن، مفهوم کار یا جو ایمنی و چگونگی درک کارکنان از جو ایمنی محیط کار، بودند (۱۳). جو ایمنی همانند یک عکس فوری، نمایشی از کل فرهنگ ایمنی درون سازمان است و جزئی از فرهنگ ایمنی است (۱۴). جو در فرهنگ‌های مختلف به صورت‌های متفاوتی معنی شده است و اغلب با فرهنگ ایمنی اشتباه گرفته می‌شود (۱۴). جو دارای ساختار روانی اجتماعی است و به صورت کمی اندازه‌گیری می‌شود، در حالی که فرهنگ دارای ساختار کیفی است که به وسیله ویژگی‌های سطحی‌اش و جو اندازه‌گیری می‌شود (۱۴). در صنایع پرخطر توجه زیادی به ایمنی شده است و اندازه‌گیری ایمنی، بر اساس داده‌های گذشته‌نگر مربوط به مرگ‌ومیر در این سازمان‌ها می‌باشد. در این صنایع برای پیش‌بینی ایمنی، تمرکز اصلی روی جو ایمنی قرار دارد. صنعت خدمات بهداشتی درمانی خطرات زیادی در زمینه مرگ‌ومیر و ابتلا برای کارکنان و بیماران دارد، بنابراین به عنوان یک صنعت پرخطر مورد توجه قرار می‌گیرد (۱۶). جو ایمنی، پیش‌بینی کننده و تعیین کننده عملکرد ایمنی است. جو ایمنی روی دانش افراد، انگیزش‌ها، شکایت‌ها و مشارکت کارکنان تأثیر می‌گذارد (۱۷). مطالعات در زمینه اندازه‌گیری جو ایمنی محدود می‌باشد که در همین راستا می‌توان به مطالعه محمدی زیدی و همکاران که در واحد صنعتی اراک برای اندازه‌گیری جو ایمنی انجام شده بود اشاره کرد (۱۸). از آنجاکه اندازه‌گیری جو ایمنی به ندرت به صورت رسمی ارزیابی شده و بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های توانبخشی نیز از این امر مستثنا نبوده‌اند (۱۹)، برای رسیدن به عملکرد ایمن در توانبخشی به نظر می‌رسد جو ایمنی در بخش سلامت (بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های توانبخشی) باید بررسی شود. از این رو، این مطالعه باهدف تعیین میزان جو ایمنی درمانگاه‌های توانبخشی شهر اهواز در سال ۱۳۹۲ انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع پژوهش‌های توصیفی-تحلیلی است که به صورت مقطعی انجام شد. جامعه این پژوهش کارکنان بخش توانبخشی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های شهر اهواز به تعداد ۳۰۸ نفر بود. حجم نمونه ۱۱۴ نفر محاسبه شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده واحدهای پژوهش مشخص شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تمایل کارکنان به مشارکت در پژوهش، تحصیلات دانشگاهی حداقل لیسانس یکی از رشته‌های توانبخشی، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار در بیمارستان یا کلینیک توانبخشی بود. ابزار گردآوری شامل پرسش‌نامه جو ایمنی و اطلاعات دموگرافیک بود. قسمت دموگرافیک پرسش‌نامه مواردی همچون سن، جنس، سطح تحصیلات، نوع شغل، سابقه کار، میزان تعداد روزهای مرخصی در ماه به علت آسیب ناشی از شغل، میزان حوادث شغلی، نام بیمارستان/کلینیک توانبخشی را شامل می‌شد. برای ارزیابی جو ایمنی از

دارای سابقه کار بین (۵-۱) سال بودند. بالاترین تعداد پاسخگویان را فیزیوتراپیست‌ها و کمترین آن‌ها را مددکاران اجتماعی و ارتوپد فنی تشکیل دادند. اطلاعات دموگرافیک پاسخگویان در قالب متغیرهای کیفی و کمی در جدول ۱ نمایش داده شده است.

کمترین فراوانی در گروه سنی (۵۲-۴۲) سال مشاهده شد. در میان پاسخگویان زنان بیشترین تعداد را نسبت به مردان تشکیل دادند (۶۱ نفر). اکثریت افراد دارای مدرک لیسانس (۶۵/۸٪) و کمترین آن‌ها دارای مدرک دکترا بودند (۱/۸٪). اکثریت افراد پاسخگو در کلینیک‌های خصوصی مشغول به کار بوده‌اند و اکثریت جامعه پژوهش

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک کارکنان توان‌بخشی شهر اهواز

متغیر	گروه‌بندی داده‌ها	فراوانی	درصد	متغیر	گروه‌بندی داده‌ها	فراوانی	درصد	
سن	۲۲-۳۲	۷۸	۶۸/۴	شغل	فیزیوتراپیست	۴۴	۳۸/۶	
	۳۲-۴۲	۲۵	۲۱/۹		کار درمانگر	۲۷	۲۳/۷	
	۴۲-۵۲	۵	۴/۴		شنوایی‌شناس	۲۷	۱۴/۹	
	۵۲-۶۲	۶	۵/۳		بینایی‌سنج	۵	۴/۴	
	جنس	زن	۶۱		۵۳	گفتار درمانگر	۱۳	۱۱/۴
		مرد	۵۳		۴۷	ارتوپدی فنی	۴	۳/۵
	نوع درمانگاه	کلینیک خصوصی	۵۵		۵۵	مددکار اجتماعی	۴	۳/۵
		بیمارستان خصوصی	۱۸		۱۸	۶ ماه	۱۲	۱۰/۵
	تحصیلات	بیمارستان دولتی	۴۱		۴۱	۶ ماه-۱ سال	۱۹	۱۶/۷
		لیسانس	۷۵		۶۵/۸	سابقه کار	۴۰	۳۵/۱
فوق لیسانس		۳۲	۳۲/۵	۱ سال-۵ سال	۱۹	۱۶/۷		
دکترا		۲	۱/۸	بالاتر از ۱۰ سال	۲۴	۲۱/۱		

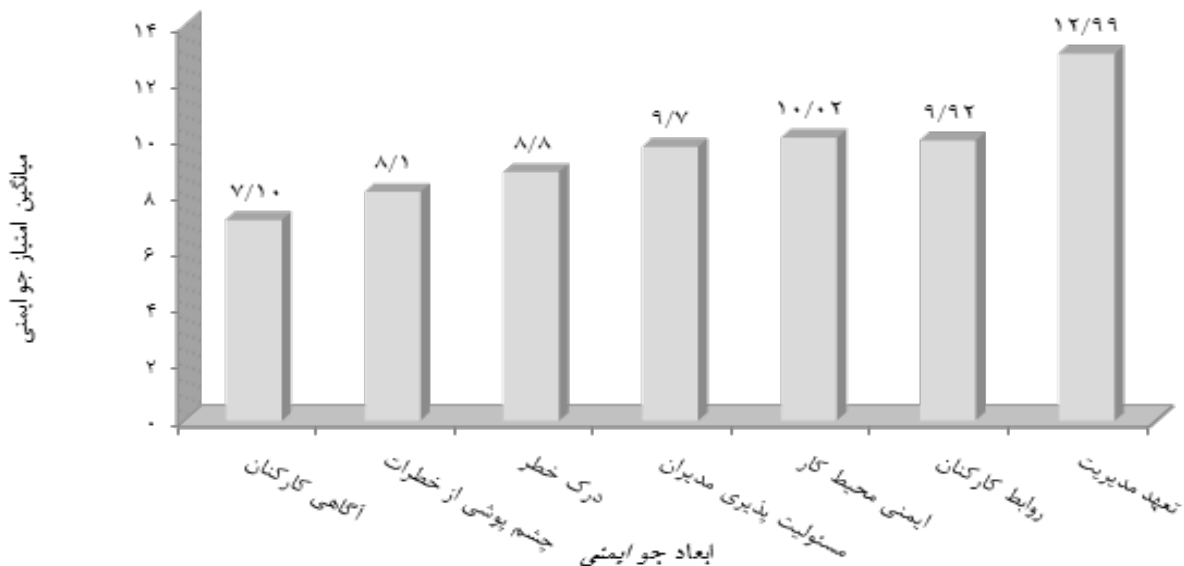
همچنین میانگین و انحراف معیار "تعداد روزهای استعلاجی به علت آسیب شغلی" ($M=1/76$ و $SD=8/56$) و "حادثه شغلی" در طی ۶ ماه گذشته نیز ($M=2/97$ و $SD=4/66$) بود. یافته‌ها نشان داد که رابطه معنی‌داری میان جو ایمنی با سن، میزان تحصیلات، نوع شغل، جنسیت، میزان روزهای استعلاجی به علت آسیب و سابقه کار وجود ندارد اما بین جو ایمنی با نوع درمانگاه توان‌بخشی رابطه معنی‌دار منفی و قوی وجود دارد ($r=-0/292$ و $pvalue=0/006$) (جدول ۲). همچنین بین جو ایمنی و "حادثه شغلی" نیز رابطه معنی‌دار منفی و ضعیفی وجود دارد ($r=0/232$ و $pvalue=0/030$) (جدول ۲). پس از انجام آزمون ANOVA و post hoc برای مقایسه سه گروه درمانگاه‌های توان‌بخشی (کلینیک خصوصی، بیمارستان دولتی،

بیمارستان خصوصی) بیشترین تفاوت میان کلینیک خصوصی و بیمارستان دولتی دیده شد ($pvalue=0/03$) و میان بیمارستان خصوصی و دولتی تفاوتی مشاهده نشد ($pvalue=0/095$). ابعاد جو ایمنی شامل ۷ بعد بود که بالاترین میانگین مربوط به تعهد مدیریت (۱۲/۹۹) و پایین‌ترین میانگین مربوط به آگاهی کارکنان نسبت به موضوعات ایمنی (۷/۱۰) بود. همچنین ایمنی محیط کار (۱۰/۰۲) در رتبه دوم و روابط کارکنان نسبت به موضوعات ایمنی (۹/۹۲) در رتبه سوم قرار داشتند؛ بنابراین تعهد مدیریت در وضعیت نسبتاً خوب و آگاهی کارکنان نسبت به موضوعات ایمنی در وضعیت خیلی بد قرار گرفتند (نمودار ۱). از مجموع نمرات میانگین هریک از ابعاد جو ایمنی، نمره میانگین کلی جو ایمنی ۶۶/۷۲ به دست آمد.

جدول ۲: همبستگی میان جو ایمنی و اطلاعات دموگرافیک

سن	نوع درمانگاه	تحصیلات	شغل	جنس	حادثه شغلی	میزان روزهای استعلاجی	سابقه کار
۰/۱۵۸	-۰/۲۹۲**	-۰/۱۲۹	-۰/۱۰۹	-۰/۰۰۴	۰/۲۳۲*	۰/۱۳۲	۰/۱۴۶
۰/۱۴۵	۰/۰۰۶	۰/۲۳۶	۰/۳۱۶	۰/۹۷۰	۰/۰۳۰	۰/۲۲۴	۰/۱۷۸

**همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. **همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.



نمودار ۱. میانگین ابعاد جو ایمنی درمانگاه های توان بخشی شهر اهواز در سال ۱۳۹۲

بحث

این پژوهش اولین ارزیابی جو ایمنی در درمانگاه های توان بخشی بود که برای تعیین میزان ابعاد جو ایمنی درمانگاه های توان بخشی شهر اهواز انجام گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد، نمره میانگین کلی جو ایمنی ۶۶/۷۲ بود که از حد متوسط کمی بالاتر است.

بر طبق یافته های به دست آمده در این پژوهش، بعد تعهد مدیریت نسبت به ایمنی بالاترین میانگین (نسبتاً خوب) را داشت که با مطالعه نیک کرن و همکارانش مطابقت داشت. این نشان می دهد مدیران، برنامه ریزی مناسبی برای اجرای فعالیت های مرتبط با ایمنی دارند. همچنین نگرش مدیریت نسبت به افزایش ایمنی محیط کار سبب بالا رفتن میانگین این بعد از جو ایمنی شده است (۲۱).

برخلاف مطالعه وئو و همکارانش که بعد آگاهی کارکنان نسبت به موضوعات ایمنی هم رتبه با بعد تعهد مدیریت نسبت به ایمنی بود (۲۲)، در پژوهش ما بعد آگاهی کارکنان نسبت به موضوعات ایمنی، پایین ترین میانگین (خیلی ضعیف) را در میان ابعاد جو ایمنی داشت که نشان دهنده ادراک پایین کارکنان توان بخشی درباره ایمنی محیط کارشان است.

برطرف سازی موانع ارتباطی میان مدیران و کارکنان و همچنین برگزاری نشست هایی درباره موضوعات ایمنی و توانمندسازی محیطی می تواند راهکارهای مناسبی برای بهبود و ارتقا آگاهی کارکنان نسبت به موضوعات ایمنی باشد.

محمدی زیدی و همکارانش در مطالعه خود، نشان دادند که «تعهد مدیریتی» و «ارتباطات درباره مسائل ایمنی» و «محیط ایمنی» عوامل مهمی در اندازه گیری جو ایمنی هستند که با پژوهش حاضر در بین کارکنان توان بخشی نیز این ویژگی ها مشابهت دارند (۱۸). در واقع تعهد مدیریت به ایمنی و نگرش مثبت به آن سبب شکل گیری جو ایمنی مثبت در سازمان می شود که می تواند با بهبود روابط کارکنان

در مورد ایمنی و خطاهای انسانی مرتبط باشد. در این پژوهش مشابه مطالعه کهو و همکارانش میان جنسیت و جو ایمنی اختلاف معنی دار آماری مشاهده نشد در حالی که در مطالعه وئو و همکارانش اختلاف معنی داری میان جنسیت و جو ایمنی نشان داده شد (۸، ۲۲).

در این پژوهش میان سطح تحصیلات و جو ایمنی ارتباط معنی داری مشاهده نشد در حالی که در پژوهش یئونگ و همکارانش افرادی که دارای تحصیلات بالاتری بوده اند جو ایمنی بالاتری احساس کرده اند (۴) که یکی از دلایل این اختلاف تعداد کم افراد دارای مدرک بالاتر از لیسانس در این پژوهش بوده است.

از آنجاکه پژوهش های بسیاری از طریق پرسش نامه در مراکز توان بخشی و بیمارستان ها انجام شده است، اکثریت جامعه پژوهش تمایلی به پر کردن پرسش نامه ها نداشتند. از این رو برای برطرف سازی این محدودیت پژوهشگر سعی نمود تا مطابق با شرایط کارکنان (پر کردن تعدادی از پرسش نامه ها از طریق پست الکترونیکی و توضیح کافی به کارکنان به صورت حضوری در خصوص سؤالات پرسش نامه) داده های این پژوهش را جمع آوری کند.

نتیجه گیری

با در نظر گرفتن نمره میانگین کلی، جو ایمنی درمانگاه های توان بخشی شهر اهواز بالاتر از حد متوسط ارزیابی شد. با توجه به اینکه بعد «تعهد مدیریت به ایمنی» و «آگاهی کارکنان نسبت به موضوعات ایمنی» به ترتیب بالاترین و پایین ترین میانگین را در ابعاد جو ایمنی داشتند، تمرکز اصلی مدیران باید بر روی بهبود و ارتقا آگاهی کارکنان درباره ایمنی باشد. از آنجاکه بین دو متغیر دموگرافیک نوع کلینیک و حادثه شغلی با جو ایمنی ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد، باید به درمانگاه های دولتی توجه بیشتری در

منصوریه دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شماره طرح: ۹۳۰۲ مب باشد. نویسندگان مقاله از معاونت توسعه پژوهش و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به خاطر حمایت مالی تشکر و قدردانی می نمایند.

خصوص ایمنی شود و آگاهی مناسبی به کارکنان درباره ارگونومی صحیح برای کاهش حوادث شغلی در محیط کار داده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم الهه مغنی باشی

References:

1. Garwood PA, Schaefer JO, Chaib FA World Health Day: focus on making hospitals safe in emergencies: WHO; 2009.
2. Tabibi JA, maleki MR, raeesi PO, mahmoodi MA, azimi LE. study of safety attitude in health care and educational center in Tehran city. Iran occupational health. 2010;7(4):25-31.
3. Vrendenburgh AG. Safety Management: Which Organizational Factors Predict Hospital Employee Injury Rates? : California school of Professional Psychology, San Diego; 1997.
4. Yeung K-C, Chan CC. Measuring safety climate in elderly homes. Journal of Safety Research. 2012;43(1):9-20.
5. Willis PG, Brown KA, Prussia GE. Does employee safety influence customer satisfaction? Evidence from the electric utility industry. Journal of Safety Research. 2012;43(5):389-96.
6. DeJoy D, Schaffer B, Wilson M, Vandenberg R, Butts M. Creating safer workplaces: assessing the determinants and role of safety climate. Journal of Safety Research. 2004;35(1):89-90.
7. Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. Safety Science. 2000;34(1):215-57.
8. Kho ME, Perri D, McDonald E, Waugh L, Orlicki C, Monaghan E, et al. The climate of patient safety in a Canadian intensive care unit. Journal of critical care. 2009;24(3):469. e7-. e13.
9. Brondino M, Silva SA, Pasini M. Multilevel approach to organizational and group safety climate and safety performance: Co-workers as the missing link. Safety Science. 2012;50(9):1847-56.
10. Kath LM, Marks KM, Ranney J. Safety climate dimensions, leader-member exchange, and organizational support as predictors of upward safety communication in a sample of rail industry workers. Safety Science. 2010;48(5):643-50.
11. Castle NG. An instrument to measure job satisfaction of nursing home administrators. BMC medical research methodology. 2006;6(1):47.
12. Walleth YJ. Safety Systems. 1, editor: Science and industry University; 2000.
13. Zohar D. Thirty years of safety climate research: Reflections and future directions. Accident Analysis & Prevention. 2010;42(5):1517-22.
14. Kelly T, Lercel D, Patankar MM. Influence of Trust and Job Satisfaction on Safety Climate Among Managers at a Large US Air Carrier. 2011.
15. Lin S-H, Tang W-J, Miao J-Y, Wang Z-M, Wang P-X. Safety climate measurement at workplace in China: A validity and reliability assessment. Safety Science. 2008;46(7):1037-46.
16. Colla J, Bracken A, Kinney L, Weeks W. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Quality and safety in health care. 2005;14(5):364-6.

17. Neal A, Griffin MA, Hart PM. The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*. 2000;34(1):99-109.
18. Mohammadi Zeidi I, Farmanbar R, Hoseyni M. Assessment of Psychometric Properties (validity and reliability) of Safety Climate Questionnaire: Factor Analysis Application. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2011;81:12-21.
19. Gershon RR, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA, et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American journal of infection control*. 2000;28(3):211-21.
20. Mearns K, Whitaker SM, Flin R. Safety climate, safety management practice and safety performance in offshore environments. *Safety Science*. 2003;41(8):641-80.
21. Keren N, Mills TR, Freeman SA, Shelley MC. Can level of safety climate predict level of orientation toward safety in a decision making task? *Safety Science*. 2009;47(10):1312-23.
22. Wu T-C, Liu C-W, Lu M-C. Safety climate in university and college laboratories: Impact of organizational and individual factors. *Journal of Safety Research*. 2007;38(1):91-102.

Archive of SID

Study of safety climate in rehabilitation clinics in Ahwaz city

Moghani Bashi Mansourieh E¹, Faraji Khiavi F^{2*}, Ravanbakhsh M¹, HaghghiZade MH²

Abstract

Background and Objective: Today, in the high-risk industries much attention is given to safety. The main focus is on safety climate of safety in this industry. The health-care industry is considered as a high risk industry because it has mortality and morbidity risks for staff and patient.

Due to safety climate predicts and determines safety performance, furthermore, the aim of this study was to find mean of safety climate and its dimensions in rehabilitation clinics in Ahvaz city.

Materials and Methods: This cross sectional study was a descriptive-analytical research. The sample size was 114 staff in rehabilitation clinics. The safety climate questionnaire and demographic information was used for data collection. In this questionnaire the Likert scale was used to measure safety climate. The gathered data were analyzed via SPSS19 software, using ANOVAs and Pearson correlation tests.

Results: Finally the total mean of safety climate was (66.72) in rehabilitation clinics in Ahwaz City. The highest and lowest means of dimensions of safety climate were “management commitment to safety” (12.99) and “staff awareness about safety” (7.19) respectively. There was significant correlation between safety climate and “type of rehabilitation clinic” and “occupational accident rate” ($P < 0.05$). In addition, there was no significant correlation between safety climate and other demographic information ($P > 0.05$).

Conclusion: Based on the score of total mean, safety climate was higher than 50% in rehabilitation clinics in Ahwaz city. Furthermore, managers must pay much attention to dimension of “staff awareness about safety”, because this dimension had lowest Mean among dimensions of safety climate.

Keywords: *safety, safety climate, rehabilitation clinics*

1. Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Faculty of Rehabilitation, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2. Faculty of Public Health, Ahvaz JundiShapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

*Corresponding Author: Faraji-f@ajums.ac.ir