

ارزیابی و اولویت‌بندی ریسک‌های ایمنی و بهداشت حرفه‌ای بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۸

محمد زارع‌زاده^۱، حسن جعفری^۲، مهرداد رهائی^۳*

چکیده

مقدمه: امروزه توجه به فرصت‌ها و تهدیدهای موجود در عرصه خدمات بهداشت و درمان به‌خصوص در بیمارستان‌ها شناسایی و ارزیابی ریسک‌های موجود، بسیار حائز اهمیت می‌باشد. مدیریت ریسک در بیمارستان برنامه‌ای برای کاهش وقوع و شیوع حوادث قابل‌پیشگیری است و در محیط بیمارستان به لحاظ اقتصادی، انسانی و اخلاقی از اهمیت زیادی برخوردار است. این پژوهش باهدف ارزیابی و اولویت‌بندی ریسک‌های ایمنی و بهداشت حرفه‌ای پرسنل بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر توصیفی-مقطعی می‌باشد. در این تحقیق در قدم اول ریسک‌های اصلی در بخش‌های بالینی، آزمایشگاه، تأسیسات، رادیولوژی و اداری شناسایی شده و بر اساس منطق FMEA برای هر ریسک سه شاخص شدت، احتمال، آسیب‌پذیری مشخص گردید. سپس معیارهای اولویت‌بندی تعیین گردیده و با استفاده از ANP نسبت به اولویت‌بندی ریسک‌ها اقدام گردید.

یافته‌ها: با توجه به نظر خبرگان بیماری عفونی با ریسک ۰/۸۶ در بخش بالینی، استنشاق بخار مواد شیمیایی با ریسک ۱/۱۷ در آزمایشگاه، اشعه دستگاه با ریسک ۰/۶۴ در تصویربرداری، بیماری عفونی با ریسک ۰/۳۳ و ۱/۳ به ترتیب اولویت اول در بخش اداری و تأسیسات بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که مدیریت بیمارستان باید در خصوص کنترل بیماری‌های عفونی برنامه‌های مدیریتی خاص را با رویکرد سلامت پرسنل پیش بگیرد و اقدامات کنترلی در رابطه با ریسک‌های در اولویت تنظیم شود. تفاوت اعداد ریسک به‌دست‌آمده بیانگر اولویت‌های مختلف اجرای برنامه‌های مدیریت ریسک در هر یک از بخش‌های بیمارستان شهید صدوقی بود.

واژه‌های کلیدی: مدیریت ریسک، بیمارستان، FMEA، FANP، بهداشت حرفه‌ای

^۱ مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

^۲ مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

^۳ دانشجوی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

* (نویسنده مسئول): تلفن تماس: ۰۹۳۸۳۵۱۳۴۰۸ پست الکترونیک: Mehrdadrahaei@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۱۷

مقدمه

بیمارستان‌ها با توجه به ماهیت و شرایط خاصی که دارند از جمله وابستگی بیماران بستری به تجهیزات پزشکی حیاتی، ناتوانی بیماران در هنگام وقوع حادثه جهت پناه و گریز، وجود دستگاه‌های حساس و وجود مواد شیمیایی خطرناک و خطر ساز، در معرض انواع حوادث داخلی از جمله آتش‌سوزی، قطع سیستم برق و سامانه اطلاعات بیمارستان، اپیدمی‌ها و سایر موارد قرار دارند. همچنین در صورت وقوع حوادث خارج از بیمارستان مانند تصادفات، زلزله، سیل و سایر بلایای طبیعی، ازدحام مصدومین و مراجعین بیمارستان‌ها را با چالش مواجه می‌کند. لذا بیمارستان همچون شهری پرخطر، در هر لحظه مستعد حوادث است. این مهم به‌ویژه در بیمارستان‌های با قدمت بیشتر و با ازدحام مراجعین از حساسیت بیشتری برخوردار است. ایجاد محیطی ایمن برای بیماران، همراهان و کارکنان مستلزم برنامه‌ریزی است. برنامه‌ریزی در راستای پیشگیری از بروز حوادث در داخل بیمارستان و کنترل و مدیریت مواجهه با حوادث و بلایای خارجی، از طریق ایجاد آمادگی و افزایش ظرفیت بیمارستان صورت می‌پذیرد. توجه مدیران ارشد به برنامه‌ریزی پیشگیرانه و ایجاد آمادگی در مواجهه پیش از وقوع، سرمایه‌گذاری ارزشمندی است که لازم است در دستور کار مدیریت و رهبری بیمارستان قرار گیرد (۱).

در محیط‌های درمانی کارکنان با طیف وسیعی از خطرات شغلی مواجه‌اند. بر طبق آمارهای سازمان جهانی کار، روزهای کاری ازدست‌رفته و همچنین ضریب تکرار رویدادها (حوادث و شبه حوادث) در کارکنان بیمارستان، بیشتر از کارگران صنعتی است. بیماری‌ها و آسیب‌های شغلی، موجب افزایش هزینه‌های پرداخت غرامت به کارکنان، اختلال در جریان کار، بازنشستگی زودتر از موعد کارکنان و آسیب به سایر کارکنان می‌شود (۲).

ایمنی در بیمارستان از زوایای گوناگون قابل‌بررسی است زیرا وجود مواد قابل اشتعال، گازهای طبی، اشعه یون‌ساز و مواد شیمیایی، مراقبت‌های مداوم و جدی برای حفظ جان بیماران، کارکنان و عامه مردم را می‌طلبد (۳). ؛ همچنین یک سازمان جهت محافظت و جلوگیری از بروز بیماری‌های شغلی برای کارکنان خود باید فعالیت‌هایی با عنوان "مدیریت ایمنی و بهداشت" داشته باشد (۴)؛ با این حال در بسیاری از کشورها برنامه‌ی منسجم ایمنی در بخش‌های بالینی بیمارستان وجود ندارد (۵)

هرساله هزینه‌های زیادی صرف اتفاقات ناشی از حوادث شغلی می‌شود که به‌جرت می‌توان گفت بیشتر آن‌ها به دلیل رعایت نکردن مسائل ایمنی است که علاوه بر زیان‌های مالی، ضایعات معنوی و انسانی غیرقابل جبرانی را در بردارد. تحقیقات انجام‌گرفته نشان می‌دهد که علی‌رغم به‌کارگیری کلیه الزامات ایمنی و حفاظت‌های شدید، ظرفیت بروز حوادث در بیمارستان‌ها همچنان وجود دارد (۶). نتایج مطالعات در مورد ایمنی در بیمارستان‌ها نشان می‌دهد که آگاهی بالای کادر درمانی می‌تواند منجر به بهبود وضعیت ایمنی بیمارستان شود (۷).

سازمان‌های بهداشتی درمانی مسئول ارائه خدمت به گیرندگان خدمت و تأمین محیطی امن برای بیماران و کارکنان هستند از آنجایی که محیط بیمارستان و نوع کار آن با ریسک‌های زیادی مواجه است، برنامه‌های شناسایی ریسک منجر به کارایی و اثربخشی بیشتر خدمات می‌شود. در سیستم‌های بهداشتی درمانی به‌خصوص بیمارستان‌ها، مسائل و مشکلات ناشی از سهل‌انگاری و عملکرد نامناسب کارکنان همواره دامن‌گیر مدیریت بوده است (۸).

عدم اطمینان در مورد رخداد یک حادثه در آینده را ریسک می‌گویند (۹). ویلیس در سال ۲۰۰۷ ریسک را معادل با خسارت یا صدمه وارد شده تعریف می‌کند (۱۰). مدیریت ریسک در بیمارستان برنامه‌ای جهت کاهش وقوع و شیوع حوادث قابل‌پیشگیری است و از لحاظ اقتصادی، انسانی و اخلاقی در محیط بیمارستان دارای اهمیت زیادی است (۱۱). بنابراین به‌کارگیری برنامه‌های مدیریت ریسک یکی از ارکان اساسی در ایمنی است (۱۲).

بنا به تحقیقات به‌عمل‌آمده در آمریکا، حدود ۵٪ بیماران بستری‌شده در بیمارستان‌ها به عفونت بیمارستانی مبتلا می‌شوند که این امر به‌طور متوسط مدت‌زمان بستری آن‌ها را ۷-۵ روز افزایش می‌دهد که در نتیجه حدود ۷۵۰ دلار هزینه درمان افزایش می‌یابد. این در حالی است که جهت کنترل عفونت‌های بیمارستانی فقط به ۵٪ این هزینه نیاز است. از اینجاست که صرفه بودن اقدامات کنترل عفونت بیمارستان مشخص می‌شود (۱۳).

تجزیه و تحلیل حالات خطا و اثرات ناشی از آن است. FMEA به معنی رویکردی گام‌به‌گام برای شناسایی حالات بالقوه خرابی و شکست در فرآیند طرحی و تولید یک کالا یا ارائه یک خدمت (بهدف

آوردن شرایط لازم مدیریتی خود از جمله اصل مهم داشتن برنامه ایمنی، ترتیبی اتخاذ نمایند تا در هنگام بروز حوادث، کمترین خسارت ممکن به وجود آید (۲۱). از این رو این مطالعه باهدف ارزیابی و اولویت بندی ریسک های ایمنی و بهداشت حرفه ای پرسنل در بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش از نظر هدف، توصیفی و از نظر نتایج پژوهش، مقطعی می باشد. جامعه مورد مطالعه این پژوهش، بخش های بالینی، آزمایشگاه، تأسیسات، رادیولوژی و اداری بیمارستان شهید صدوقی می باشد. این پژوهش در بیمارستان شهید صدوقی در سال ۱۳۹۸ انجام گرفته است.

در فاز اول با استفاده از مطالعات کتابخانه ای به صورت بررسی چک لیست های اعتبار بخشی وزارت محترم بهداشت و جستجو در سایت های معتبر علمی (SID، Pubmed، ...) با کلیدواژه FMEA، مدیریت ریسک، ارزیابی ریسک و همچنین بررسی مستندات موجود در واحد بهداشت حرفه ای بیمارستان شهید صدوقی، تعدادی ایستگاه کاری استخراج شده و برای خبرگان از طریق واتساپ و ایمیل ارسال شد. ایستگاه های کاری استخراج شده مورد تأیید خبرگان قرار گرفت. خبرگان از روش نمونه گیری هدفمند با معیار ورود مسئولین ارشد و اعضای کمیته بهداشت حرفه ای یا متولیان ایمنی در بیمارستان انتخاب شدند. تعداد ۵ خبره در این فاز استفاده شد و خبرگان مدیر بیمارستان، مسئول بهداشت حرفه ای، مسئول بهداشت محیط، سوپروایزر بالینی و مسئول امور اداری بودند. در این فاز بیمارستان به ۵ بخش اصلی درمان، آزمایشگاه، اداری، تأسیسات و رادیولوژی تقسیم شد و مورد تأیید خبرگان قرار گرفت.

در فاز دوم با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند با معیار ورود مسئولین ارشد و اعضای کمیته بهداشت حرفه ای تعداد ۵ خبره انتخاب شد و خبرگان انتخاب شده مدیر بیمارستان، مسئول بهداشت حرفه ای، مسئول بهداشت محیط، سوپروایزر بالینی و مسئول امور اداری بودند. سپس اقدام به تشکیل یک جلسه فوکوس گروپ آنلاین با استفاده از واتساپ شد. در این جلسه اقدام به شناسایی خطرات موجود در ایستگاه های کاری با استفاده از نظر خبرگان شد. تعداد ۱۲ عامل در بخش اداری، ۱۱ عامل در بخش تأسیسات، ۶ عامل در بخش آزمایشگاه و ۵ عامل در بخش رادیولوژی توسط خبرگان استخراج شد و مورد تأیید

پیشگیری از وقوع این خرابی ها و حالات شکست) است. روشی ساختار یافته برای کم کردن اثرات بالقوه بروز خطا است که امکان اولویت بندی اقداماتی را برای کاهش یا حذف این حالات شکست به وجود می آورد. روشی سیستماتیک برای رویارویی با مشکلات، چالش ها، خطاها و شکست ها به منظور یافتن راه هایی برای بهبود این موارد می باشد. FMEA فرآیند مداوم بهبود مستمر است؛ چون راه هایی که ممکن است یک فرآیند دچار شکست شود، اثرات یا نتایج احتمالی بروز این شکست ها و علل احتمالی بروز این شکست ها را شناسایی می کند (۱).

با توجه به اینکه در FMEA نیازی به تجارب بد قبلی و رویداد شبه حادثه نیست و قابلیت اعتماد و اطمینان سیستم را بیشتر می کند از FMEA باهدف پیشگیری از خطا و حوادث استفاده می شود (۱).

یکی از روش های مفید در حل این مسائل روش Analytical Network Process می باشد. فرایند تحلیل شبکه یا ANP یکی از تکنیک های تصمیم گیری است. این تکنیک برای وزن دهی به معیارها و زیر معیارها استفاده می شود. در روش ANP روابط پیچیده بین سطوح مختلف به صورت شبکه نشان داده می شود (۱۴).

مدیریت ریسک در بیمارستان ابزار مهمی در کاهش خطاهای پزشکی و افزایش ایمنی بیمارستان است. توجه به مدیریت ریسک در برنامه ها و خط مشی های بیمارستانی ضروری است. همچنین کارکنان بالینی خصوصاً پزشکان و پرستاران نیز باید با روش های مدیریت ریسک در بیمارستان آشنایی داشته باشند (۱۷-۱۵). ریسک در اثر عوامل داخلی یا خارجی در سازمان ایجاد می گردد، اما نکته مهم چگونگی مدیریت ریسک در سازمان است که نقش تعیین کننده در موفقیت یا شکست سازمان دارد (۱۸).

از کارافتادگی یا بروز حادثه در سیستم علاوه بر بروز اختلال می تواند به تهدیدی برای جامعه و محیط منجر شود، بنابراین وجود محیط ایمن برای دارای اهمیت ویژه ای است (۱۹).

تحقیقات پریتاگوستینی و همکارانش نیز نشان می دهد توجه به برنامه های مدیریتی مبتنی بر مدیریت ریسک در افزایش ایمنی در بیمارستان تأثیرگذار می باشد (۲۰).

بنابراین مسئولیت فراهم نمودن ایمنی بیمارستان، وظیفه ای بسیار مهمی است و همگی مدیران رده بالا تا تمامی رده های مختلف مدیریت را در بر می گیرد تا با برنامه ریزی مناسب و فراهم

آن‌ها نیز قرار گرفت.

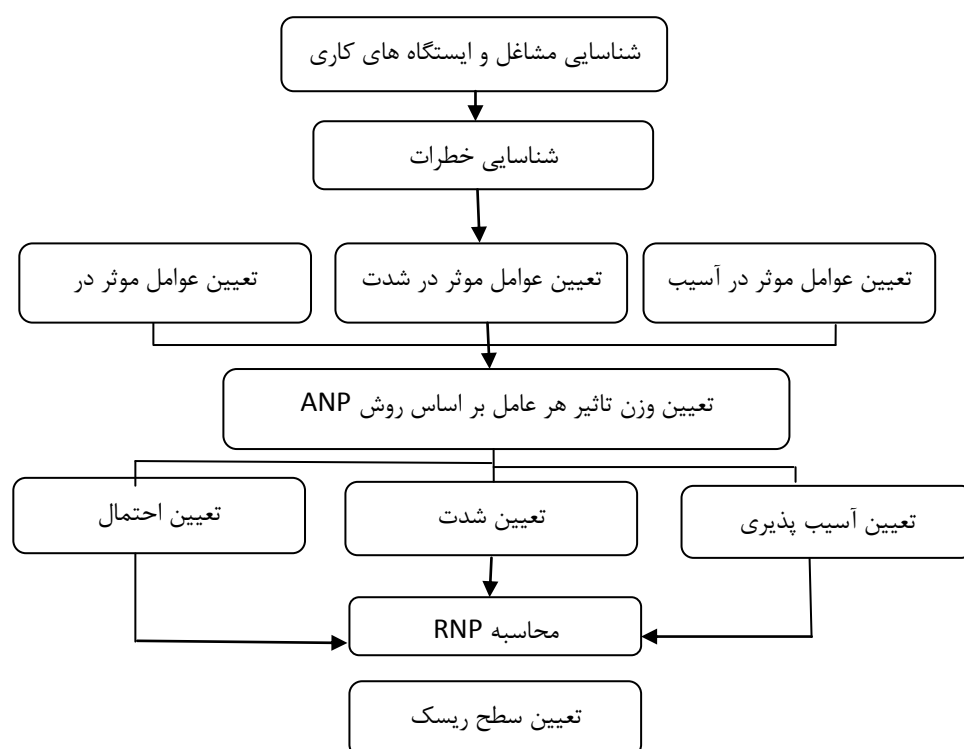
در فاز سوم با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با معیار ورود مسئولین ارشد و اعضای کمیته بهداشت حرفه‌ای یا متولیان ایمنی و تسلط کامل خبرگان بر دسته‌بندی علمی خطرات، با استفاده از روش اکسپرت پنل تعداد ۳ خبره انتخاب شد و خبرگان مورد استفاده در پنل، مدیر بیمارستان، مسئول بهداشت حرفه‌ای و مسئول بهداشت محیط بودند. سپس اقدام به دسته‌بندی خطرات شناسایی‌شده در ایستگاه‌های کاری شد و خطرات شناسایی‌شده در ۷ گروه به شرح عوامل بیولوژیکی، ارگونومیک، شیمیایی، فیزیکی، مکانیکی، روان‌شناختی و الکتریکی با استفاده از نظر خبرگان دسته‌بندی شدند.

در فاز چهارم خطرات شناسایی‌شده و دسته‌بندی‌شده در هر بخش در قالب یک پرسشنامه آنلاین مربوط به همان بخش طراحی و تنظیم شد. در این پرسشنامه برای خطرات شناسایی‌شده بر طبق روش Failure Mode And Effect Analysis (FMEA) روشی سیستماتیک برای شناسایی و پیشگیری از وقوع مشکل در محصول و فرآیند، سه شاخص شدت خطر، احتمال وقوع خطر و قابلیت کشف در نظر گرفته

شد. سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با معیار ورود یک نفر مسئول بخش و دو نفر از پرسنل شاغل در بخش که متولی ایمنی بخش یا مسلط به مسائل ایمنی بخش بودند، تعداد ۳ خبره در هر بخش انتخاب شد و با ارسال لینک پاسخگویی به پرسشنامه از آن‌ها خواسته شد تا به سؤالات پاسخ داده و به شاخص‌های تعیین‌شده برای هر خطر در آن بخش طبق روش FMEA امتیاز دهند. در این فاز با توجه به تأثیر سه شاخص شدت، احتمال و قابلیت کشف در عدد ریسک و همچنین باهدف انجام دقیق‌تر ارزیابی، با استفاده از روش ANP اقدام به تعیین روابط و مقایسه زوجی این سه شاخص با معیار تأثیر مستقیم بر عدد ریسک شد. ماتریس مقایسات زوجی تشکیل شد و با طراحی پرسشنامه ANP از خبرگان خواسته شد تا به سؤالات مربوط به مقایسات زوجی این سه شاخص نیز پاسخ دهند.

در فاز پنجم با استخراج امتیازهایی که توسط خبرگان به شاخص‌ها داده شد، با استفاده از شاخص RPN اقدام به محاسبه عدد ریسک شد و با استفاده از جدول ارزیابی ریسک روش FMEA نوع ریسک تعیین شد.

فرایند این تحقیق در شکل شماره ۱ نشان داده شده است:



شکل ۱. الگوریتم مدیریت ریسک (۲۲).

ماتریس مقایسات زوجی تکمیل شده توسط خبرگان فاز چهارم در نرم افزار سوپردیسیژن وارد شد و تحلیل داده ها و مسائل آماری مربوط به روش ANP به طور کامل و خودکار توسط این نرم افزار انجام شد و وزن سه شاخص شدت، احتمال و قابلیت کشف محاسبه شد و مهم ترین عامل مؤثر بر عدد ریسک، تعیین شد. در نهایت با توجه به اعداد به دست آمده توسط روش FMEA و همچنین مشخص شدن مهم ترین عامل مؤثر بر عدد ریسک توسط روش ANP، اقدام به اولویت بندی ریسک های شناسایی شده در بخش های مختلف شد. از میان خطراتی که عدد ریسک برابری داشتند،

خطری مهم تر انتخاب شد که مهم ترین عامل مؤثر بر عدد ریسک (طبق روش ANP)، امتیاز بالاتری را دریافت کرده بود. بدین ترتیب اولویت ها تعیین شدند. ما در این مطالعه با توجه به اینکه وزن مؤلفه های شدت، وقوع و قابلیت کشف از نظر خبرگان در درمان، آزمایشگاه، اداری، تأسیسات و رادیولوژی متفاوت بود، لذا وزن دهی به مؤلفه های مذکور در هر ایستگاه کاری صورت گرفت. برای تشکیل یک مدل ANP تنها وجود معیار و زیر معیار کفایت می کند یعنی اگر مسئله شما گزینه نداشت با همان معیار یا زیر معیار می توان مدل ANP را انجام داد.

شکل ۲. مقادیر ترجیحات برای مقایسات زوجی

مقدار عددی	ترجیحات
۹	کاملاً مرجح یا کاملاً مهم تر یا کاملاً مطلوب تر
۷	ترجیح یا اهمیت یا مطلوبیت خیلی قوی
۵	ترجیح یا اهمیت یا مطلوبیت قوی
۳	کمی مرجح یا کمی مهم تر یا کمی مطلوب تر
۱	ترجیح یا اهمیت یا مطلوبیت یکسان
۲,۴,۶,۸	ترجیحات بین فواصل فوق

روایی پرسشنامه با نظر ۵ نفر از صاحبان فرایند بیمارستان و دو نفر از خبرگان آگاه خارج از بیمارستان تأیید شد و پایایی پرسشنامه نیز به وسیله ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید ($\alpha = 0.91$).

یافته ها

مشاغل و ایستگاه های کاری با استفاده از مطالعات کتابخانه ای و نظر خبرگان در بخش ایمنی و بهداشت حرفه ای و محیط زیست بیمارستان شهید صدوقی به شرح زیر

دسته بندی شد. بیمارستان نیز به پنج بخش اصلی درمان، آزمایشگاه، اداری، تأسیسات و رادیولوژی تقسیم شد. قابل ذکر است که تقسیم بندی صورت گرفته بر اساس ماهیت کاری در بخش های مختلف بیمارستان بود. سپس خطرات موجود در هر ایستگاه شناسایی و دسته بندی گردید. در مطالعه حاضر به دلیل تفاوت ماهیت کاری در بخش های مختلف اقدام به بررسی خطرات و عوامل مؤثر بر آن ها به طور جداگانه شد.

جدول ۱. مشاغل و ایستگاه کاری مشخص شده

دسته بندی	مشاغل و ایستگاه های کاری بیمارستان شهید صدوقی
اداری	مدیریت، امور اداری، خدمات، امور مالی، مددکاری، کارگزینی، کارپردازی، انبار، کتابخانه، IT و کامپیوتر، معاونت آموزشی، ناظرین بیمه، نگهبانی، حراست، ماشین نویسی، بایگانی، بانک، پذیرش و مدارک پزشکی، حسابداری، تغذیه.
آزمایشگاه	آزمایشگاه، پاتولوژی، آزمایشگاه ژنتیک.
درمان (بالینی)	بخش های بستری، زنان و زایمان، اورژانس، اتاق عمل، اطفال، داروخانه، درمانگاه، فیزیوتراپی.
تأسیسات	تأسیسات، آشپزخانه، حمل و نقل.
تصویربرداری	بخش رادیولوژی، MRI، CT SCAN، سونوگرافی و پزشکی هسته ای.

*بخش های بستری شامل: داخلی ۱، داخلی ۲، ICU جنرال و امام رضا، CCU، ارتوپدی، ارولوژی، اعصاب، قلب، عفونی، ENT، چشم می باشد.

در تصویربرداری اولویت اول با عدد ریسک ۰/۶۴ به عامل (اشعه دستگاه) اختصاص یافت.

در آزمایشگاه اولویت اول با عدد ریسک ۱/۱۷ به عامل (استنشاق بخارات مواد شیمیایی) اختصاص یافت.

در قسمت تأسیسات اولویت اول با عدد ریسک ۱/۳ به عامل (بیماری‌های عفونی و اپیدمی) اختصاص یافت.

در قسمت اداری اولویت اول با عدد ریسک ۰/۳۳ به عامل (بیماری‌های عفونی و اپیدمی) اختصاص یافت.

سپس وزن شاخص‌ها در هر ایستگاه با روش ANP شناسایی و خطرات هر ایستگاه بر اساس نمره RPN اولویت‌بندی گردیدند.

در هر بخش، حاصل ضرب نمره خطرات حاصل از نظر خبرگان و وزن شاخص به دست آمد و سپس از حاصل ضرب شاخص‌ها عدد RPN محاسبه گردیده که به تفکیک به شرح ذیل است.

در بخش‌های درمانی اولویت اول با عدد ریسک ۰/۸۶ به عامل (بیماری‌های عفونی و اپیدمی موجود بر روی سطوح) اختصاص یافت.

جدول ۲. وزن شاخص‌ها در بخش درمانی (بالینی)

Name	Ideals	Normals	Raw
احتمال وقوع	۱	۰/۴۶	۰/۴۶
شدت خطر	۰/۸۸	۰/۳۹	۰/۳۹
قابلیت کشف	۰/۳۴	۰/۱۵	۰/۱۵

جدول ۳. خطرات شناسایی شده در بخش درمانی (بالینی)

ردیف	شرح فعالیت	خطر/ عامل زیان آور	نوع خطر	افراد در معرض خطر	رویداد/ حادثه	آسیب	ارزیابی ریسک			
							شدت	احتمال	قابلیت کشف	ریسک (RPN)
۱	امور روزانه	آلودگی و بیماری های اپیدمی	بیولوژیک	پرسنل	تماس با آلودگی و بیماری های سطوح	بیماری و عفونت	۱.۵۶	۱.۸۴	۰.۳	۰.۸۶۱۱
۲	تزریقات	آلودگی سرسوزن	بیولوژیک	پرسنل	Needle stick	بیماری نظیر HIV، هپاتیت و ...	۱.۱۷	۱.۸۴	۰.۳	۰.۶۴۵۸
۳	پوزیشن دادن به بیماران روی تخت	وزن بیمار	ارگونومیک	پرسنل	اختلال اسکلتی عضلانی	آسیب اسکلتی-عضلانی نظیر کمردرد	۱.۱۷	۱.۸۴	۰.۳	۰.۶۴۵۸
۴	رادیولوژی پرتابل	اشعه X	فیزیکی	پرسنل و بیمار	قرار گرفتن در معرض اشعه		۱.۵۶	۱.۳۸	۰.۳	۰.۶۴۵۸
۵	استفاده از سیلندر اکسیژن	سیلندر اکسیژن	شیمیایی/ مکانیکی	پرسنل، بیمار و افراد	سقوط و انفجار	مرگ	۱.۹۵	۰.۹۲	۰.۳	۰.۵۳۸۲
۶	کار با تجهیزات نظیر مانیتور، دستگاه ساکشن...	سطح کار و پوسچر نامناسب (ارتفاع)	ارگونومیک	پرسنل	اختلال اسکلتی عضلانی	آسیب اسکلتی عضلانی نظیر آرتروز گردن	۱.۱۷	۱.۳۸	۰.۳	۰.۴۸۴۴
۷	رادیولوژی پرتابل	هوای یونیزه شده	شیمیایی	پرسنل و بیمار و افراد	استنشاق	آسیب ریوی شدید در درازمدت	۱.۱۷	۱.۳۸	۰.۳	۰.۴۸۴۴
۸	خدمات کلینیکی (گرفتن نمونه)	خون آلوده و عفونت	بیولوژیک	پرسنل	تماس با خون آلوده	بیماری	۱.۱۷	۱.۳۸	۰.۳	۰.۴۸۴۴
۹	شوک با دستگاه	جریان الکتریکی شوک	الکتریکی	پرسنل	برخورد جریان شوک با فرد	مرگ	۱.۵۶	۰.۹۲	۰.۳	۰.۴۳۰۶
۱۰	انبارش دارو	داروی خطرناک نظیر نیتروگلیسرین	شیمیایی	پرسنل و افراد	سقوط و انفجار	آسیب شدید	۱.۵۶	۰.۹۲	۰.۳	۰.۴۳۰۶
۱۱	تردد از درب CCU/ICU	درب CCU/ICU در حال باز یا بسته	مکانیکی	پرسنل و بیمار و افراد	برخورد با درب	شکستگی استخوان	۱.۱۷	۰.۹۲	۰.۱۵	۰.۱۶۱۵

جدول ۴. وزن شاخص‌ها در بخش تصویربرداری

Name	Ideals	Normals	Raw
احتمال وقوع	۱	۰/۴۶	۰/۴۶
شدت خطر	۰/۸۶	۰/۳۹	۰/۳۹
قابلیت کشف	۰/۳۰	۰/۱۵	۰/۱۵

جدول ۵. خطرات شناسایی شده در بخش تصویربرداری

ردیف	شرح فعالیت	خطر/ عامل زیان آور	نوع خطر	افراد در معرض خطر	رویداد/ حادثه	آسیب	ارزیابی ریسک			
							شدت	احتمال	قابلیت کشف	(RPN)
۱	رادیولوژی پرتابل	اشعه X	فیزیکی	پرستل و بیمار	قرار گرفتن در معرض اشعه	آسیب روی شدید در درازمدت	۱.۵۶	۰.۹۲	۰.۴۵	۰.۶۴۵۸
۲	امور روزانه	آلودگی و بیماری های اپیدمی	بیولوژیک	پرستل	تماس با آلودگی و بیماری های سطوح	بیماری و عفونت	۱.۱۷	۱.۳۸	۰.۳	۰.۴۸۴۴
۳	رادیوگرافی	هوای یونیزه شده	شیمیایی	پرستل و بیمار و افراد	استنشاق	آسیب روی	۱.۱۷	۰.۹۲	۰.۴۵	۰.۴۸۴۴
۴	رادیوگرافی/ سی تی اسکن/ MRI	نوبت کاری	روانی	پرستل	افزایش تنش عصبی	آسیبهای روانی نظیر فرسودگی شغلی	۰.۳۹	۰.۹۲	۰.۳	۰.۱۰۷۶
۵	رادیوگرافی/ سی تی اسکن/ MRI	کارایستاده طولانی مدت در ترافیک	ارگونومیک	اپراتور	اختلال اسکلتی-عضلانی	آسیب اسکلتی-عضلانی نظیر	۰.۳۹	۰.۹۲	۰.۳	۰.۱۰۷۶

جدول ۶. وزن شاخص‌ها در بخش آزمایشگاه

Name	Ideals	Normals	Raw
احتمال وقوع	۱	۰/۴۶	۰/۴۶
شدت خطر	۰/۹	۰/۴۱	۰/۴۱
قابلیت کشف	۰/۲۷	۰/۱۳	۰/۱۳

جدول ۷. خطرات شناسایی شده در بخش آزمایشگاه

ردیف	شرح فعالیت	خطر/ عامل زیان آور	نوع خطر	افراد در معرض خطر	رویداد/ حادثه	آسیب	ارزیابی ریسک			
							شدت	احتمال	قابلیت کشف	(RPN)
۱	نمونه گیری و آزمایش نمونه	مواد شیمیایی	شیمیایی	پرستل	استنشاق بخارات مواد شیمیایی	ابتلا به بیماری های تنفسی	۳.۲۸	۰.۹۲	۰.۳۹	۱.۱۷۶۸۶۴
۲	امور روزانه	آلودگی و بیماری های اپیدمی	بیولوژیک	پرستل	تماس با آلودگی و بیماری های سطوح	بیماری و عفونت	۱.۲۳	۱.۳۸	۰.۳۹	۰.۶۶۱۹۸۶
۳	نمونه گیری و آزمایش نمونه	پاتوژن های خونی (نظیر هیپاتیت-ایدز و ...)	بیولوژیک	پرستل	ابتلا به بیماری	عفونت شدید، مرگ	۱.۲۳	۱.۳۸	۰.۲۶	۰.۴۴۱۳۳۴
۴	نمونه گیری و آزمایش نمونه	دستکش لاتکس	شیمیایی	پرستل	آلرژی به لاتکس	آسیب پوستی و حساسیت	۱.۲۳	۱.۳۸	۰.۲۶	۰.۴۴۱۳۳۴
۵	نمونه گیری و آزمایش نمونه	استفاده از ابزار نمونه گیری	فیزیکی	پرستل	Needle stick	انتقال عفونت و ابتلا به بیماری	۱.۲۳	۰.۹۲	۰.۲۶	۰.۲۹۴۲۱۶
۶	امور روزانه	افتادن- لیز خوردن - سقوط اشیاء	مکانیکی	پرستل	افتادن - لیز خوردن - سقوط اشیاء	درد عضلانی - شکستگی استخوان	۰.۸۲	۰.۹۲	۰.۲۶	۰.۱۹۶۱۴۴

جدول ۸. وزن شاخص‌ها در بخش تأسیسات

Raw	Normals	Ideals	Name
۰/۴۵	۰/۴۶	۱/۰۰	احتمال وقوع
۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۶	شدت خطر
۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۶	قابلیت کشف

جدول ۹. خطرات شناسایی شده در بخش تأسیسات

ردیف	شرح فعالیت	خطر/ عامل زیان آور	نوع خطر	افراد در معرض خطر	رویداد/ حادثه	آسیب	ارزیابی ریسک			
							بازرسی	احتمال	قابلیت کشف	(RPN)
۱	امور روزانه	آلودگی و بیماری‌های اپیدمی	بیولوژیک	پرسنل	تماس با آلودگی و بیماری‌های سطوح	بیماری و عفونت	خیلی مهم	۱.۸	۰.۵۴	۱.۳۱۲۲
۲	بازدید از موتورخانه	سر و صدا	فیزیکی	پرسنل	صدای زیاد دستگاه	آسیب شنوایی در دراز مدت	خیلی مهم	۲.۲۵	۰.۵۴	۱.۳۱۲۲
۳	سرویس و تعمیرات برقی دستگاه‌ها	برق دستگاه	الکتریکی	پرسنل	برق گرفتگی	مرگ	خیلی مهم	۰.۹	۰.۵۴	۰.۶۵۶۱
۴	بازدید از شوفازخانه	مخزن تحت فشار	فیزیکی	پرسنل	ترکیدن مخزن تحت فشار	مرگ	خیلی مهم	۰.۹	۰.۵۴	۰.۶۵۶۱
۵	سرویس و تعمیرات مکانیکی	زمین لغزنده	فیزیکی	پرسنل	زمین خوردن- لغزیدن	شکستگی استخوان- درد عضلانی	خیلی مهم	۱.۳۵	۰.۸۱	۰.۵۹۰۴۹
۶	فعالیت‌های تاسیساتی (تعمیرات)	ارتفاع سالن‌های تولید و ...	مکانیکی	پرسنل	سقوط	شکستگی استخوان- ضربه شدید	مهم	۰.۹	۰.۵۴	۰.۳۹۳۶۶
۷	کنترل اتصالات	هوای تحت فشار	فیزیکی	پرسنل	نشستی از محل اتصالات پرفشار	آسیب به صورت یا نقاط در	مهم	۰.۹	۰.۵۴	۰.۳۹۳۶۶
۸	رنگ کاری	گازها و بخارات مواد شیمیایی	شیمیایی		استنشاق بخارات مواد شیمیایی	اینها به بیماری‌های تنفسی	متوسط	۱.۳۵	۰.۲۷	۰.۱۹۶۸۳
۹	رنگ کاری	حلال‌ها	شیمیایی	پرسنل	تماس رنگ‌ها و حلال‌ها با دست	حساسیت پوستی	پایین	۰.۹	۰.۲۷	۰.۱۳۱۲۲
۱۰	سرویس و تعمیرات مکانیکی	روغن و گریس داغ و حساسیت‌زا	فیزیکی	پرسنل	تماس پوست با حرارت مواد	سوختگی	پایین	۰.۹	۰.۲۷	۰.۱۳۱۲۲
۱۱	تردد در محوطه	برخورد با وسیله نقلیه (موتورسیکلت / کامیون / ماشین)	فیزیکی	پرسنل	تصادف	شکستگی استخوان	پایین	۰.۴۵	۰.۲۷	۰.۰۹۸۴۲

جدول ۱۰. وزن شاخص‌ها در بخش اداری

Raw	Normals	Ideals	Name
۰/۵۸	۰/۵۸	۱/۰۰	احتمال وقوع
۰/۳۶	۰/۳۶	۰/۶۲	شدت خطر
۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۱۱	قابلیت کشف

جدول ۱۱. خطرات شناسایی شده در بخش اداری

ردیف	شرح فعالیت	خطر/ عامل زیان آور	نوع خطر	افراد در معرض خطر	رویداد/ حادثه	آسیب	ارزیابی ریسک			
							نوع ریسک	(RPN)	قابلیت کشف	احتمال
۱	امور روزانه	بیماری های سایر افراد در محل کار	بیولوژیک	پرسنل	مواجهه با بیماری	ابتلا به بیماری	خیلی مهم	۰.۳۲۸۲۵۶	۰.۱۸	۱.۷۴
۲	امور روزانه	نشستن روی صندلی و ایستادن طولانی مدت	ارگونومیک	پرسنل	اختلال اسکلتی-عضلانی	آسیب اسکلتی-عضلانی نظیر کمردرد/ آرتروز	خیلی مهم	۰.۳۰۰۶۷۲	۰.۱۸	۲.۳۲
۳	کار با تجهیزات اداری	امواج ساطع شده از دستگاه ها	فیزیکی	پرسنل	قرار گرفتن در معرض امواج	آسیب های بینایی و ناراحتی های عصبی	مهم	۰.۱۵۰۳۳۶	۰.۱۸	۱.۱۶
۴	امور روزانه	آلودگی روی سطوح	بیولوژیک	پرسنل	تماس با آلودگی	ابتلا به بیماری	متوسط	۰.۱۱۲۷۵۲	۰.۱۸	۱.۷۴
۵	امور روزانه	اقدام در ارتفاع	مکانیکی	پرسنل	سقوط اجسام در ارتفاع	شکستگی	متوسط	۰.۱۰۰۲۲۴	۰.۱۲	۱.۱۶
۶	امور روزانه	برق	الکتریکی	پرسنل	برق گرفتگی	شوک الکتریکی	متوسط	۰.۱۰۰۲۲۴	۰.۰۶	۱.۱۶
۷	امور روزانه	لبه پرنده کاغذ	مکانیکی	پرسنل	بریدگی	جراحت جزئی	متوسط	۰.۰۷۵۱۶۸	۰.۱۲	۱.۷۴
۸	امور روزانه	روشنایی نامناسب	فیزیکی	پرسنل	قرار گرفتن در روشنایی نامناسب	خستگی چشم و آسیب های بینایی	پایین	۰.۰۵۰۱۱۲	۰.۱۲	۱.۱۶
۹	امور روزانه	سر و صدا	فیزیکی	پرسنل	قرار گرفتن در معرض سر و صدا	ناراحتی عصبی	پایین	۰.۰۵۰۱۱۲	۰.۱۲	۱.۱۶
۱۰	امور روزانه	دمای محل کار	فیزیکی	پرسنل	دمای زیاد یا کم	ناراحتی، بیقراری	پایین	۰.۰۵۰۱۱۲	۰.۱۲	۱.۱۶
۱۱	امور روزانه	سیم و کابل روی زمین	مکانیکی	پرسنل	گیر کردن پا پشت سیم های افتاده بر روی زمین	کوفتگی - آسیب اسکلتی	پایین	۰.۰۵۰۱۱۲	۰.۱۲	۱.۱۶
۱۲	امور روزانه	جابجایی اجسام سنگین	ارگونومیک	پرسنل	اختلال اسکلتی-عضلانی	آسیب اسکلتی-عضلانی نظیر کمردرد	پایین	۰.۰۱۲۵۲۸	۰.۰۶	۰.۵۸

بحث

بر طبق مطالعه حاضر ایستگاه‌های شناسایی‌شده شامل اداری، آزمایشگاه، درمان (بالینی)، تأسیسات و تصویربرداری می‌باشد. عامل بیماری‌های عفونی و اپیدمی در بخش‌های درمانی، اداری و تأسیسات به ترتیب با عدد ریسک ۰/۸۶، ۰/۳۳، ۱/۳ و استنشاق بخارات مواد شیمیایی با عدد ریسک ۱/۱۷ در آزمایشگاه و عامل اشعه دستگاه با عدد ریسک ۰/۶۴ در بخش تصویربرداری به‌عنوان ریسک با اولویت شناخته شدند. در مطالعه امیدواری و همکاران (۲۰۲۱) ارزیابی ریسک در ۸ بیمارستان دانشگاه شهید بهشتی انجام گردید. نتایج نشان داد که بیشترین آمار حوادث در بخش‌های درمانی بیمارستان به میزان ۳۷/۶ درصد بوده است. عوامل بیولوژیکی ۳۴٪، شیمیایی ۲۸/۳٪، ارگونومیک ۱۴/۹٪، فیزیکی ۱۲/۰۸٪، الکتریکی ۵/۷۵٪، روان‌شناختی ۳/۶۷٪ و مکانیکی ۱/۳٪ به ترتیب حوادث بیمارستانی را به خود اختصاص داده‌اند (۲۲).

در مطالعه‌ای که در طب ملی انگلستان انجام گردید نیز عوامل بیولوژیکی و شیمیایی بالاترین رتبه را در بین عوامل زیان‌آور در بیمارستان به دست آوردند (۲۳).

در پژوهش حاضر عوامل در بخش‌های منتخب به‌صورت جداگانه ارزیابی گردید و وجه تمایز این مطالعه با مطالعه امیدواری می‌باشد. در این پژوهش بیماری‌های عفونی و اپیدمی (عوامل بیولوژیکی) بالاترین رتبه را در بین عوامل زیان‌آور در بخش‌های درمانی، اداری و تأسیسات، عوامل شیمیایی بالاترین رتبه در بین عوامل زیان‌آور در آزمایشگاه و عوامل فیزیکی بالاترین رتبه را در بین عوامل زیان‌آور در تصویربرداری به دست آوردند. با توجه به ارتباط مستقیم کادر درمانی با بیماران و مبتلایان به ویروس کرونا در اولویت قرار گرفتن این عامل منطقی و قابل توجیه است. در بخش اداری با توجه به اینکه دیگر عوامل زیان‌آور شدت کمتر و قابلیت کشف بالاتری دارند، لذا در اولویت قرار گرفتن این عامل دور از انتظار نیست. با توجه به شیوع ویروس کرونا و وجود ارتباطات درون بخشی بین همکاران این عامل با عدد ریسک پایین ترنسبت به بخش‌های درمانی طبق نظر خبرگان انتخاب شد. عامل بیماری‌های عفونی و اپیدمی در بخش تأسیسات نسب به بخش‌های درمانی و اداری با توجه به شیوع ویروس کرونا و وجود ارتباطات بین همکاران و همچنین ارتباط بخش تأسیسات با بیرون از بیمارستان با عدد ریسک بالاتر قرار گرفت. این نتایج با نتایج

مطالعه‌های مذکور همخوانی دارد.

یکی از مهم‌ترین چالش‌های موجود در برنامه‌های ارزیابی ریسک تأثیر نظرات شخصی ارزیاب‌ها در تعیین درجه ریسک است، نوری و همکارانش در سال ۲۰۱۰ این موضوع را برای اولین بار در مطالعه خود مطرح نمودند. آن‌ها برای رفع این مسئله تلفیق مدل‌های تصمیم‌گیری را با مدل‌های ریسک پیشنهاد نمودند. نوری و همکارانش در مطالعه خود پارامترهای ریسکی که از عدم قطعیت برخوردار بودند را لحاظ ننمودند که وجه تفاوت و قوت این مطالعه نسبت به مطالعه نوری در سال ۲۰۱۰ بود و در این مطالعه مسئله عدم قطعیت با استفاده از توابع فازی مطرح شد (۲۴).

در پژوهشی که صداقت و همکاران (۲۰۰۸) با عنوان ارزیابی و مدیریت ریسک یک اورژانس صحرایی با استفاده از روش FMEA، علل ایجاد خطاها را بررسی نمودند، به این نتیجه دست یافتند که این متد می‌تواند در بررسی و برآورد میزان ریسک‌ها در بیمارستان کاربرد داشته باشد. این نتایج با نتایج به‌دست‌آمده در این تحقیق همخوانی دارد. با توجه به اولویت‌ها و نتایج به‌دست‌آمده، برنامه‌های مدیریت ریسک می‌توانند باهدف کاهش میزان ریسک‌های برآورد شده طراحی و اجرا شوند و نتایج آن افزایش ایمنی و بهداشت حرفه‌ای پرسنل بیمارستان را در پی خواهد داشت. در بررسی و شناسایی میزان ریسک‌ها و کاربرد نتایج به‌دست‌آمده تحقیق حاضر به دلیل استفاده از روش FMEA در برنامه‌های مدیریت ریسک با مطالعه صداقت و همکاران مشابه است (۲۵).

با توجه به عدد ریسک بالای بیماری‌های عفونی و اپیدمی، مدیریت بیمارستان باید در خصوص کنترل بیماری‌های عفونی برنامه‌های مدیریتی خاص را با رویکرد سلامت پرسنل پیش بگیرد و اقدامات کنترلی در رابطه با ریسک‌های در اولویت تنظیم شود. تفاوت اعداد ریسک به‌دست‌آمده بیانگر اولویت‌های مختلف اجرای برنامه‌های مدیریت ریسک در هر یک از بخش‌های بیمارستان شهید صدوقی بود.

پیشنهاد‌های اجرایی

۱. برنامه کنترل عفونت جهت کاهش تماس پرسنل با آلودگی و بیماری‌های سطوح
۲. آموزش در راستای کاهش میزان آلودگی پرسنل با سرسوزن در زمان تزریقات و نحوه کار

۳. استفاده از دوزیمتری و چک نمودن میزان آن و کاهش در معرض قرار گرفتن پرسنل در مقابل اشعه
۴. مدیریت و کاهش میزان مواجهات پرسنل با بخارات مواد شیمیایی و استنشاق مواد مذکور
- ملاحظات اخلاقی پژوهش**
- اخذ کد اخلاق به شناسه IR.SSU.SPH.REC.1399.048 و همکاری و مشارکت نمودند، تقدیر و تشکر می‌نمایند.
- کسب مجوز جهت مراجعه به بیمارستان و هماهنگی‌های لازم
- تقدیر و تشکر**
- پژوهشگران، از مدیر، مسئولان بخش‌های درمانی، پشتیبانی، اداری، پاراکلینیک و... بیمارستان شهید صدوقی استان یزد که با صبر و حوصله‌ی تمام در انجام این پروژه همکاری و مشارکت نمودند، تقدیر و تشکر می‌نمایند.

References

1. Zarezaadeh M, Pakdaman M, Bahariniya S. Occupational health and safety management in the hospital. Yazd Andishmandan Publications; 2019.
2. Jahangiri M, choubineh A, Rajabi F, Salmani H. Safty and occupational health in hospitals and health care facilities. Shiraz: Shiraz University. Of medical siences. 2019.p. 4-34. [Persian]
3. Sornette D. Why stock markets crash: critical events in complex financial systems. USA: Princeton University Press. 2004 Mar;57(3):78-9.
4. Schaechtel D. How to build a safety management system? Professional Safety. 1997; 42(8): 22-4.
5. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. British Medical Journal 2012; 344(1): 1717.
6. Janssen I, Shepard DS, Katzmarzyk PT & Roubenoff R. The healthcare costs of sarcopenia in the United States. Journal of the American Geriatrics Society 2004; 52(1):80-5.
7. Bradley E, Hynam B & Nolan P. Nurse prescribing: reflections on safety in practice. Social Science & Medicine 2007; 65 (3): 599-609.
8. Zaboli R, Delavari A, Toufighi S, Mirhashemi S. Safety management on Baghiyatallah hospital. Mil Med.2006;9(2):103-11. [Persian]
9. Zaboli R. Usage of risk evaluation methods on crisis management plan in our country. Tehran; The 2nd Military Health Seminar.2011;12(4):197-202 [Persian].
10. Willis HH, Guiding resource allocations based on terrorism Risk. Risk Anal.2007;27(3):597-606.
11. Purreza A, Akbari FA, Khodabakhshnejad V. Maintenance and safety management on diagnostic departments on hospitals affiliated in Gilan. Health Info Manage J.2006; 5(8):5-6. [Persian]
12. Runciman WB. Lessons from the Australian patient safety foundation .setting up a national patient safety surveillance system .Is this the right model? Qual Saf Health Care.2002;11(3):246-51.
13. Cooper MD, Phillips RA. Validation of a safety Climate measure. The British Psychological Society, Annual Occupational Psychology Conference. 1994; 3(5):104-116.
14. Omidvari M, Nourmoradi H, Nouri J, AzinShamaili A. Presentation of pattern of occupational and environmental health risk assessment in oil products transportation. J Health Syst Res.2013;9(2):177-187. [Persian]
15. Neale G. Risk management in the care of medical emergencies after referral to hospital. J R Coll Physicians Lond. 1998;32(2):125-7.
16. Neale G, Woloshynowych M, Vincent C. Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. J R Soc Med. 2001;94(7):322-30.
17. Handel DA, McConnell KJ. Emergency department length of stay and predictive demographic characteristics. Ann Emerg Med. 2007;50(3):10-4.
18. John L. The evolution from risk management to patient safety-case studies from the Harvard medical system. Japan World Econ. 2003;15(4):459-68.
19. Tziaferi SG, Sourti P, Kalokairinou A, Sgourou E, Koumoulas E, Velonakis E. Risk assessment of physical hazards in greek hospitals combining staff's perception, experts' evaluation and objective measurements. Safety and health at work. 2011;2(3):260-72.
20. Pretagostini R, Gabbrielli F, Fiaschetti P. Risk management system for health care and safety

- development or transplantation areview and a proposal. *Transplant Proc* 2010;42(4):1014-16
21. Huang YH, Verma SK, Chang WR, Courtney TK, Lombardi DA, Brennan MJ, et al. Management commitment to safety vs. employee perceived safety training and association with future injury. *Accident Analysis & Prevention*. 2012; 47(1): 94-101.
 22. Omidvari M, Shahbazi D. Assessment and prioritization of health and environmental risks (HSE) in hospitals (Case study of shahid beheshti university of medical sciences). *Journal of medical sciences* . 2016;24(1):43-54. [Persian]
 23. Neale G. Risk management in the care of medical emergencies after referral to hospital. *J Coll Phys*.1998;32(2):125-9.
 24. Nouri J, Omidvari M, Tehrani SM. Risk assessment and crisis management in gas stations. *Int J Environ Res*.2010;4:143-52. [Persian]
 25. Sedaghat A, Ghanjal A, Delavari A, Tavakoli R. Risk assessment on a military mobile emergency by using FMEA. *Mil Med*. 2008;10(3):167-74. [Persian]

Evaluation and prioritization of occupational safety and health risks of Shahid Sadoughi Hospital in Yazd in 2019

Zarezadeh M ¹, Jafari H ², Rahaii M ^{3*}

¹ Health Policy and Management Research Center, Department of Health Services Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

² Bachelor of Health Services Management, Shahid Sadoughi Hospital, Yazd, Iran

³ Bachelor student Department of Health Services Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: Today, it is essential to pay attention to the opportunities and threats in health services, especially in hospitals, to identify and evaluate the existing risks and manage them in these centers. Hospital risk management is a program to reduce the occurrence and prevalence of preventable accidents and is of great economic, human and moral importance in the hospital environment. This study aimed to evaluate and prioritize the occupational safety and health risks of the staff of Shahid Sadoughi Hospital in Yazd in 2019

Methods and material: The present study is descriptive-cross-sectional. In the first step, the main risks in clinical, laboratory, facilities, radiology, and administrative departments were identified. Based on FMEA logic, three severity, probability, and vulnerability indicators were identified for each risk. Then, prioritization criteria were determined, and ANP prioritized the risks.

Results: According to infectious disease experts with a risk of 0.86 in the clinical ward, inhalation of Barisek chemical vapor 1.17 in the laboratory, radiation of the device with a risk of 0.64 in imaging, infectious disease with a risk of 0.33 and 1.3 in order of priority The first were in the administrative and facilities department.

Conclusion: The results showed that the hospital management should adopt special management programs to control infectious diseases with a staff health approach. Control measures should be set with priority risks. The difference in the obtained risk numbers indicated the different priorities of implementing risk management programs in each ward of Shahid Sadoughi Hospital.

Keywords: Risk management, Hospital, Health Professional, FMEA, FANP

This paper should be cited as:

Zarezadeh M, Jafari H, Rahaii M. *Evaluation and prioritization of occupational safety and health risks of Shahid Sadoughi Hospital in Yazd in 2019*. Occupational Medicine Quarterly Journal. 2022;14(1):71-83.

* Corresponding Author:

Email: sare.jafakesh@yahoo.com

Tel: +9383513408

Received: 08.09.2021

Accepted: 18.04.2022