

تأثیر وضعیت نوآوری تیمی بر درک پرستاران از ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی

علی کرلو

کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. (نویسنده مسئول).

alikorlou@gmail.com

دکتر امیر اشکان نصیری پور

دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

drnp20@yahoo.com

چکیده

مسائل امروز سازمان‌ها با راه‌حل‌های دیروزی حل‌شدنی نیست و شرایط محیطی به حدی پیچیده و پویا و نامطمئن شده است که سازمان‌ها دیگر نمی‌توانند بدون نوآوری، حیات بلندمدت خود را تضمین کنند. هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر وضعیت نوآوری تیمی بر درک پرستاران از ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی می‌باشد. این مطالعه از نوع توصیفی است که در آن ۲۳۵ نفر از پرستاران که مسئولیت مراقبت مستقیم از بیماران را بر عهده دارند با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان جامعه پژوهش انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه نوآوری کیویماکی و الووانیو (۱۹۹۹) و پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار آژانس تحقیقات و کیفیت خدمات سلامت (۲۰۰۴) استفاده شده است. همچنین، تحلیل‌های مربوطه بر اساس رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری صورت گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که وضعیت نوآوری تیمی به بر باز بودن مجاری ارتباطی، بازخورد و اطلاع‌رسانی به دیگران در مورد خطاها، تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته، مسائل مربوط به کارکنان و انتظارات و اقدامات مدیر در جهت ارتقا ایمنی تأثیر معناداری دارد. تعدد نقش‌ها و مسئولیت‌ها در پرستاران، همچنین اضافه‌کاری و شب‌کاری‌های اجباری به علت کمبود نیرو باعث درگیر شدن پرستاران در چند زمینه کاری شده و چنین شرایطی باعث سطحی‌نگری، روزمرگی و عدم تمایل برای اجرای نوآوری می‌شود. از این‌رو، برای موفقیت جهت نوآوری در محیط کار، پرستاران باید بر روی یک موضوع و یک کار متمرکز باشند.

واژگان کلیدی: وضعیت نوآوری تیمی، ایمنی بیمار، پرستاران.

مقدمه

یکی از بارزترین حقوق انسان‌ها، حق ایمن بودن از خطرات و آسیب‌ها هنگام دریافت خدمات سلامت است. حفظ ایمنی بیمار از لحظه ابتلا به یک بیماری تا تکمیل فرایند درمان و پس از اتمام آن، صرف‌نظر از اینکه، درمان بیمار همراه با نتیجه‌ای مطلوب یا نامطلوب باشد، از بنیادی‌ترین حقوق او است.

بنابراین، ایمنی در تشخیص و درمان بیماران از اولویت‌های نظام مراقبت سلامت است و به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت خدمات سلامت، به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های سلامت است. علیرغم پیشرفت‌های صورت گرفته در حوزه مراقبت و درمان، همچنان ایمنی بیمار و بیمار محوری در

سیستم مراقبت سلامتی در سراسر دنیا موضوع نگران‌کننده‌ای است. به عبارتی، ایمنی بیمار در تمام دنیا یکی از چالش‌های بزرگ و مهم نظام سلامت است که تمامی کشورها را تهدید می‌نماید.

از این‌رو، پیشگیری از آسیب رساندن به بیماران از نظر تجربی با فرهنگ ایمنی قوی بیمار ارتباط دارد. مطالعات اخیر نشان داده است ۳ الی ۱۷ درصد بیماران بستری شده در بیمارستان‌ها دچار آسیب می‌شوند که حدود ۳۹ تا ۷۰ درصد این اتفاقات با روش‌های معمول قابل‌پیشگیری هستند.

فرهنگ ایمنی بیمار یک عامل زمینه‌ای است که رفتار، نگرش و ادراک کارکنان را شکل می‌دهد و ممکن است روند مراقبت و مداخلات ایمنی را تحت تأثیر قرار دهد.

امروزه بزرگ‌ترین چالش برای حرکت به سمت نظام سلامت امن‌تر، تغییر دادن فرهنگ در این راستا است. در این راستا مقوله ایمنی و فرهنگ ایمنی بیمار یکی از مباحث مهم سازمان بهداشت جهانی و یکی از دغدغه‌های مهم مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت در جهت به وجود آوردن بیمارستان‌های دوستدار ایمنی است.

از این‌رو، در کشورهای مختلف مطالعاتی پیرامون این موضوع انجام شده است و تلاش‌هایی نیز در زمینه مدیریت خطر و خطاهای پزشکی شده است، اما در هیچ یک از این مطالعات به‌طور مشخص به بررسی تأثیر وضعیت نوآوری تیمی بر درک پرستاران از ایمنی بیمار در نظام سلامت پرداخته نشده است. بنابراین، می‌توان استدلال کرد که مسائل امروز سازمان‌ها با راه‌حل‌های دیروزی حل‌شدنی نیست و شرایط محیطی به حدی پیچیده و پویا و نامطمئن شده است که سازمان‌ها دیگر نمی‌توانند بدون نوآوری، حیات بلندمدت خود را تضمین کنند.

سازمان‌ها باید شرایطی را فراهم کنند تا بتوانند به‌طور فردی یا گروهی فعالیت‌های نوآورانه خود را به اجرا درآورند. جوسازمانی مناسب، می‌تواند در ایجاد انگیزش برای کارکنان، بهبود روحیه کارکنان، مشارکت افراد در تصمیم‌گیری‌ها و در نوآوری و ازدیاد آن مؤثر باشد و به‌عنوان یک منبع مهم در تأمین سلامت روانی کارکنان، به حساب آید و بالعکس. نتیجتاً تغییر در هر بخش از جوسازمانی، منجر به تغییر فوری و عمیق در نحوه انجام کار و عملکرد کارکنان می‌گردد.

از سوی دیگر، نوآوری و خلاقیت در محیط‌های رقابتی کنونی، مهم‌ترین عامل رشد و پیشرفت بشر در بقای سازمان‌ها و به طور کلی در تمامی زمینه‌ها است.

نوآوری به طور کلی شکل‌گیری ایده، پذیرش و پیاده‌سازی ایده‌های جدید در فرایندها، محصولات و خدمات و میل به تغییرات از طریق اتخاذ، تکنولوژی‌ها، منابع، مهارت‌ها و سیستم‌های مدیریتی جدید است.

نوآوری به تلاش‌های یک شرکت برای یافتن فرصت‌های جدید و راه‌حل‌های نو گفته می‌شود. قابلیت نوآوری ویژگی است که به کسب‌وکار توانایی سریع خلق ایده، شیوه‌های جدید، گسترش و معرفی محصولات و خدمات جدید یا بهبود محصولات و خدمات موجود را می‌دهد و قابلیت نوآوری منبعی از ابعاد است که کسب‌وکار بایستی به خوبی به آن تجهیز شود تا از نوآوری و اداره موفقیت‌آمیز تغییر، پشتیبانی کند. قابلیت نوآوری، عاملی کلیدی برای استمرار نوآوری در کسب‌وکارهاست و به آن‌ها این توانایی را می‌دهد تا در محیط متغیر کنونی اثربخش‌تر رقابت کنند.

از این‌رو، در جوی که قویاً برای نوآوری مناسب است، کارکنان باور دارند که به نوآوری بها داده شده و در ازای رفتارهای نوآورانه به آن‌ها پاداش داده خواهد شد. در یک جو نوآورانه ضعیف، کارکنان احساس نمی‌کنند به نوآوری ارج نهاده می‌شود و می‌ترسند که با ارائه ایده‌های نو مورد تمسخر سایرین قرار گیرند. بنابراین با توجه به اهمیت داشتن نیروی کار خلاق و نوآور، سازمان‌هایی که جو مناسبی را برای نوآوری فراهم می‌کنند، از مزایای رقابتی به دست آمده بهره خواهند برد.

برای ایجاد نوآوری، لازم است مدیران توجه کارکنان خود را به توسعه و ایجاد راه‌کارها، فرایندها و محصولات جدید جلب کنند. کارکنان تمایل دارند تا با ایجاد و استقرار رویه‌هایی، از آنچه که نیاز به تغییر و تحول دارد، پرهیز کنند. اهمیت

توجه به نوآوری در موفقیت سازمان‌ها تنها منحصر به بخش‌های تولیدی نبوده بلکه در بخش‌های خدماتی و دانشگاهی هم با توجه به نوع مشتری (بیماران) این مفهوم از اهمیت زیادی برخوردار است. سیستم‌های بهداشتی درمانی برای ارائه مراقبت با کیفیت و مؤثر نیاز به توسعه و تقویت نوآوری در بیمارستان‌ها دارند تا بتوانند به صورت مؤثر نیازهای بیماران را شناسایی کرده و بر اساس این نیازها، بهترین روش حل مسئله را انتخاب نموده و به بهترین روش ممکن از منابع انسانی و امکانات سازمان استفاده نمایند. چالش‌ها در فراهم کردن مراقبت با کیفیت با افزایش سن افراد در جامعه بشری، افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، گسترش تکنولوژی اطلاعات، افزایش آگاهی بیماران نسبت به حقوق خود و موارد دیگر نیاز به نوآوری در مراقبت‌ها را بیشتر می‌کند. این موضوع به ویژه از آن جهت حائز اهمیت است که در محیط‌هایی که مراقبت متعدد و طولانی مدت ارائه می‌شود، افزایش نیاز به مراقبت با کیفیت با وجود محدودیت منابع مشکلات خاصی را در رسیدن به یک برآیند دلخواه ایجاد می‌کند.

در این شرایط فقط نوآوری می‌تواند پلی بین مراقبت با کیفیت و کار بالینی اثربخش، کارآمد و با کفایت برقرار نماید. بنابراین باید بر اساس رویکردی خاص و برنامه‌ریزی دقیق و مشخص، در این حوزه حرکت کرد و ارائه مدلی برای بررسی ارتباط بین این متغیرها ضروری به نظر می‌رسد. بر همین اساس، سؤال اصلی پژوهش حاضر را می‌توان به این صورت بیان کرد که وضعیت نوآوری تیمی بر درک پرستاران از ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی چه تأثیری دارد؟

راندال (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان چگونه پرستاران واحد مراقبت‌های ویژه هنگام انجام خودمختاری بالینی، خطر شخصی و شغلی را درک می‌کنند، پرداخت. نتایج نشان داد که پرستاران استقلال بالینی را به عنوان «حضور» در تصمیم‌گیری و احساس قدرت در ادعای اختیار مربوط به بیماران تعریف می‌کنند. بسیاری از پرستاران استقلال بالینی را آزادانه انجام می‌دادند، اما وقتی با چالش پزشکان روبرو می‌شدند، برای دستیابی به اهداف خود به استراتژی‌هایی مانند «کار با سیستم» یا «بازی پزشک و پرستار» متوسل می‌شدند. این ممکن است به عنوان قدرت تصرف ناگهانی سلسله مراتب مستقر برای حفظ احساس کنترل، عزت نفس و حرفه‌ای تلقی شود. شرکت‌کنندگان در این پژوهش به ندرت در مورد خطر بحث می‌کردند، به جز در مورد ترس از کار خارج از محدوده قانونی آن‌ها. تعداد کمی از پرستاران درباره خطر مربوط به پزشکان مانند رفتارهای برهم زننده بحث کردند و تعداد کمی نیز خطر عدم اقدام مستقل را تأیید کردند. اگرچه بسیاری از پرستاران ادعا می‌کردند که به ندرت قوانین رسمی را نقض می‌کنند، اما دیگران «قانون خم شدن» معمول را که به عنوان وسیله‌ای برای تأمین آنچه که آن‌ها مناسب‌ترین مراقبت‌ها را به شیوه‌ای مصلحت‌آمیز نرمال کرده‌اند، تصدیق کردند. پرستاران با احساس راحتی و صلاحیت در عملکرد خود و داشتن انگیزه به عنوان یک مدافع بیمار، ریسک‌پذیری را توجیه می‌کنند. پرستاران با رعایت قوانینی در صورت امکان، اجتناب از درگیری پزشک و اطمینان از حمایت مدیر و پزشک در صورت رعایت قوانین، خطر را مدیریت می‌کنند.

لارا (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی تأثیر درک پرستاران از فرهنگ سازمانی شخصی و نوآوری فردی آن‌ها در زمینه مهندسی کارمندان پرداخت. نتایج نشان داد که دستیابی به تغییر فرهنگ سازمانی، به ویژه در سازمان‌های بزرگ، دشوار، پرهزینه و در برخی موارد غیرممکن است. از این‌رو، سازمان باید به دنبال راه دیگری برای افزایش درگیری کارکنان مانند رضایت از کار باشد. نوآوری منجر به رضایت شغلی می‌شود. بنابراین پیاده‌سازی فرهنگ نوآوری در سازمان نه تنها باعث بهبود تعامل کارکنان می‌شود بلکه می‌تواند با کشف فرایندهای جدید، خدمات جدید یا فرصت منحصر به فرد منجر به برتری سازمانی شود. لذا، استراتژی سازمان برای نوآوری باید توسط کسانی انجام شود که بیشترین تأثیر را دارند، مانند مدیران.

بر این اساس، نتایج نشان داد که وقتی فرآیندی مانند نوآوری عملکرد خوبی داشته باشد، بهترین راه برای حفظ نوآوری افزایش انتشار آن در سازمان است.

کالکان و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی مقایسه نوآوری، ریسک‌پذیری و استفاده از فرصت‌ها در میان مدیران پرستاری و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه آندوکوز ماییز پرداختند. نتایج نشان داد که نوآوری، ریسک‌پذیری و استفاده از فرصت‌ها در مدیران پرستاری به طور معنی‌داری از پرستاران بیشتر بود. نوآوری ($t=2/16$ و $P \leq 0/05$) و ریسک‌پذیری ($t=3/62$ و $P \leq 0/01$) و استفاده از فرصت‌ها ($t=2/16$ و $P \leq 0/05$). تصور بر این است که داشتن قدرت سازمانی و در اختیار داشتن منابع در مدیران پرستاری باعث می‌شود، نوآوری که شامل شکل‌گیری افکار جدید و خلاقیت می‌باشد در آن‌ها افزایش یابد. به نظر می‌رسد پرستارانی که دارای قدرت کمتری می‌باشند، کمتر نوآور هستند. به عبارتی، زمانی که قدرت افزایش می‌یابد، به دنبال آن قدرت شروع به نوآوری و خلاقیت کرده و ایجاد تغییر می‌کند. یک دلیل دیگر بر بالا بودن امتیاز نوآوری در کارکنان بیمارستان‌های آموزشی درمانی این مسئله می‌تواند باشد که در بیمارستان‌های آموزشی درمانی که ضرورتاً اساس آموزش و پژوهش است، نیاز به تفکر انتقادی و تخصصی و خلاقیت بالا است. بالا بودن ریسک‌پذیری در مدیران پرستاری به این دلیل می‌تواند باشد که چون مدیران پرستاری نسبت به سایر کارکنان بیشتر تشویق و حمایت می‌شوند، ریسک‌پذیری در آن‌ها بیشتر است. در نهایت، این مطالعه نشان داد که مدیران پرستاری نسبت به پرستاران تمرکز بیشتری روی فرصت‌ها دارند به دلیل آنکه که شرح وظایف مدیران پرستاری نسبت به کارکنان، تخصصی و تعریف شده نبوده و این مسئله شرایط را برای مدیر پرستاری جهت استفاده از فرصت‌ها فراهم می‌کند.

کنول و وان (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین نوآوری و توانمندسازی ساختاری و روان‌شناختی در پرستاران پرداختند. نتایج نشان داد که بین نوآوری و توانمندسازی ساختاری و روان‌شناختی ارتباط در پرستاران رابطه معناداری آماری وجود دارد. به عبارتی، توانمندسازی ساختاری منجر به رفتار کاری مثبت و نوآوری در پرستاران می‌شود. همچنین، مطالعه نشان داد که توانمندسازی روان‌شناختی بر رفتارهای نوآورانه توسط پرستاران تأثیر دارد.

سلامت و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در بخش مراقبت ویژه: دیدگاه پرستاران شهر تهران پرداختند. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران $10/98 \pm 144/33$ به دست آمد. بیش‌ترین درصد پاسخ‌های مثبت پرستاران درباره فرهنگ ایمنی بیمار، مربوط به بعد پاسخ غیرتنبیهی در قبال رویدادها $67/5$ درصد بود و کم‌ترین درصد فرهنگ ایمنی در بعد عملکرد و انتظارات سوپروایزر/مدیر در رابطه با ارتقای ایمنی 28 درصد بود. 60 درصد از پرستاران نیز اعلام نمودند وقایع اتفاق افتاده در یک سال گذشته را گزارش نکردند. از نظر وضعیت رعایت ایمنی بیمار، بیشتر پرستاران (63 درصد)، بیمارستان محل خدمتشان را از نظر رعایت ایمنی بیمار در وضعیت قابل قبول توصیف نمودند. از میان مشخصات فردی، طبق آزمون تی مستقل، متغیر جنس با فرهنگ ایمنی بیمار ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($P=0/013$).

دهقانی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران پرداختند. نتایج نشان داد که از بین ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار بعد تعداد کارکنان و مسائل مرتبط $40/25\%$ کمترین امتیاز و بعد کارگروهی در داخل بخش بیشترین امتیاز $85/60\%$ را کسب کردند. در طی ۱۲ ماه گذشته 63 نفر $35/7\%$ از پرستاران هیچ گزارش وقوع خطایی ارائه ندادند و 53 نفر $30/1\%$ فقط ۱ یا ۲ گزارش وقوع خطا را ارائه کرده بودند. امتیاز ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بر حسب سابقه کار، نوع استخدام، بیمارستان و میزان ساعات کاری متفاوت بود ($P < 0/05$).

نصیری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی میزان نوآوری و عوامل مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه پرداختند. یافته‌ها نشان داد که میانگین امتیاز نوآوری در پرستاران $15/15 \pm 120/88$ بوده و در مجموع $95/24$

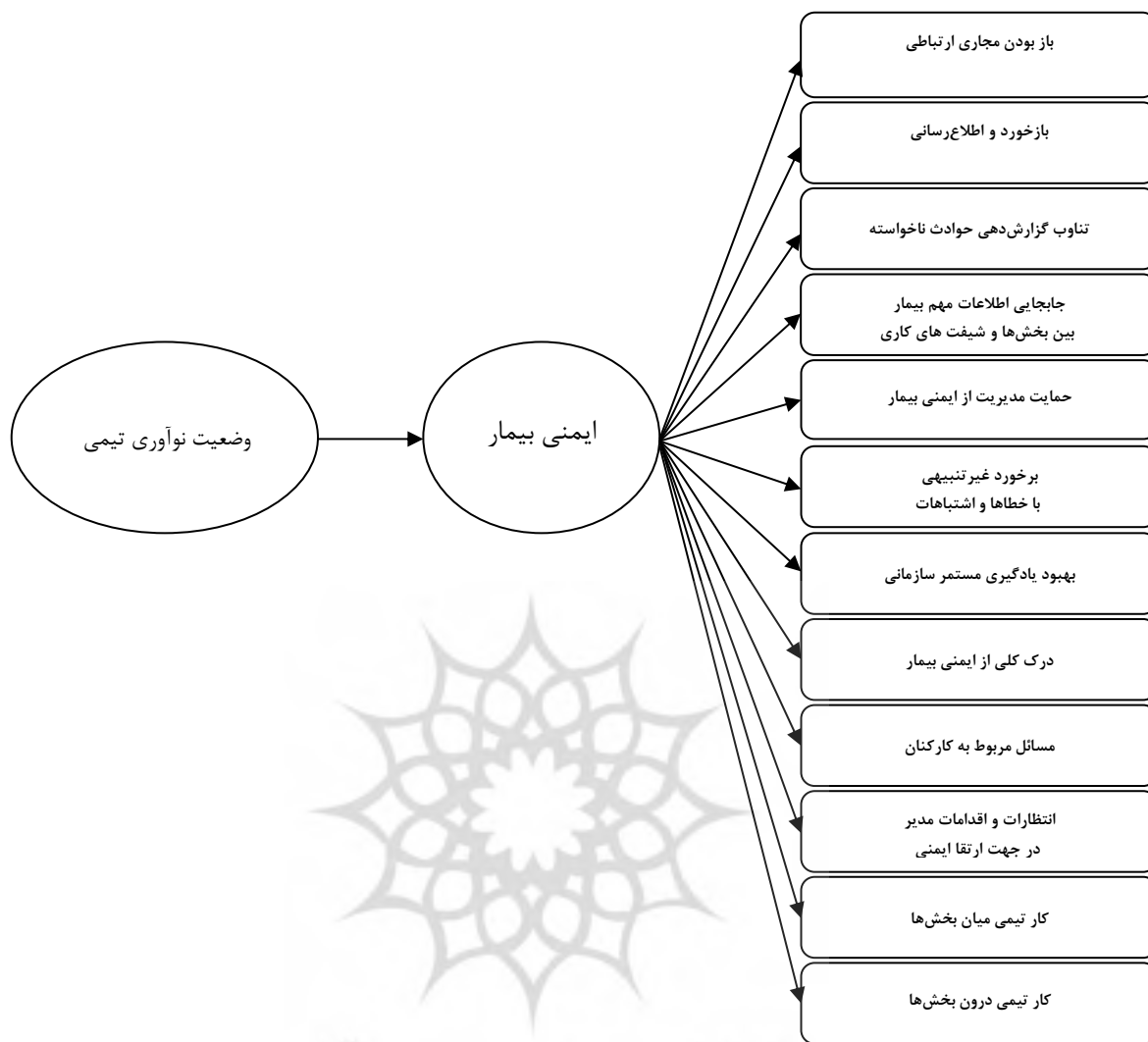
درصد پرستاران از نوآوری برخوردار بودند. از بین عوامل فردی میزان نوآوری با متغیرهایی همچون جنسیت ($P=0/120$)، میزان تحصیلات ($P=0/039$) و سن ($P=0/037$) و از بین عوامل سازمانی با متغیرهایی همچون سابقه مدیریت ($P=0/006$)، داشتن سابقه دوره آموزشی در زمینه خلاقیت و نوآوری ($P=0/014$) و نوع بخش ویژه ($P \leq 0/001$) ارتباط معنی‌دار آماری دارد. با توجه به بالا بودن آمار پرستارانی که از نوآوری برخوردار هستند به نظر می‌رسد مدیران و سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان باید با ایجاد فضای مناسب، پذیرا و اعتمادآمیز برای تسهیل در ارائه و اجرای ایده‌های بدیع و خلاق پرستاران، زمینه حل برخی از مشکلات سیستم‌های بهداشتی درمانی را فراهم نمایند [۲۳]. سجادی (۱۳۸۳) در پژوهشی به بررسی عوامل مؤثر بر خلاقیت و نوآوری مدیران بیمارستان پرداخت. نتایج نشان داد که مهم‌ترین عوامل مؤثر بر خلاقیت مدیران بیمارستان عوامل سازمانی با کسب امتیاز ۱۶/۲۸ بود و در میان زیر مجموعه‌های عوامل سازمانی، عوامل مربوط به سیستم پاداش بیشترین امتیاز را به دست آورده بود. همچنین، مهم‌ترین عوامل مؤثر بر نوآوری مدیران بیمارستان، عوامل فردی با کسب امتیاز ۱۷/۸۷ شناخته شده و در میان زیر مجموعه‌های عوامل فردی، عوامل مربوط به علم، دانش و تخصص مدیر بیشترین امتیاز را به دست آورد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از منظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، توصیفی پیمایشی است. روش‌های مورد استفاده در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات شامل روش‌های کتابخانه‌ای و میدانی است. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه نوآوری کیویماکی و الووانیو (۱۹۹۹) و پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار آژانس تحقیقات و کیفیت خدمات سلامت (۲۰۰۴) استفاده شده است.

پس از انجام آزمون‌های پایایی و روایی داده‌های نمونه، تحلیل‌های مربوط بر اساس رویکرد مدل‌بایی معادلات ساختاری صورت گرفت. همچنین، جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشکده است که مسئولیت مراقبت مستقیم از بیماران را بر عهده دارند. با توجه به اطلاعات گردآوری شده تعداد کل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی ۶۰۸ نفر تعیین شد. برای تعیین حجم نمونه نیز با توجه به معلوم بودن تعداد جامعه آماری از فرمول حجم نمونه کوکران استفاده شده است. با توجه به حجم جامعه در دسترس (۶۰۸ نفر) و فرمول کوکران، حداقل حجم نمونه انتخابی تعداد ۲۳۵ نفر شد. در این پژوهش، برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده گردید. به این صورت که فهرست پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی که در اختیار پژوهشگر قرار گرفته بود، پرستاران مورد نظر به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. جهت افزایش اعتبار پژوهش، تعداد ۲۹۰ پرسشنامه توزیع شد که از این میان، تعداد ۲۰۱ پرسشنامه مبنای تحلیل آماری واقع گردید. از میان پرسشنامه‌های توزیع شده تعداد ۵۳ پرسشنامه بازگردانده نشد و همچنین تعداد ۳۶ پرسشنامه به علت نقص در تکمیل کنار گذاشته شد. نرخ بازگشت پرسشنامه در حدود ۸۱/۷ درصد تعیین شد.

شکل (۱): مدل مفهومی پژوهش



یافته‌ها

ابتدا خصوصیات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش حاضر آورده شده است. نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی بر اساس آمار توصیفی به صورت زیر است. همچنین، در این پژوهش با توجه به اینکه تحلیل‌های مربوط بر اساس نرم‌افزار Smart PLS استفاده شده است، از این‌رو الزامی به بررسی نرمال بودن توزیع متغیر وابسته پژوهش نخواهد بود.

جدول (۱): فراوانی جنسیت، سن و میزان تحصیلات پاسخ‌دهندگان

جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	۳۵	۱۷/۴۱
زن	۱۶۶	۸۲/۵۹
جمع	۲۰۱	۱۰۰
سن	فراوانی	درصد
۲۰-۲۴ سال	۱۵	۷/۴۶
۲۵-۲۹ سال	۵۶	۲۷/۸۶

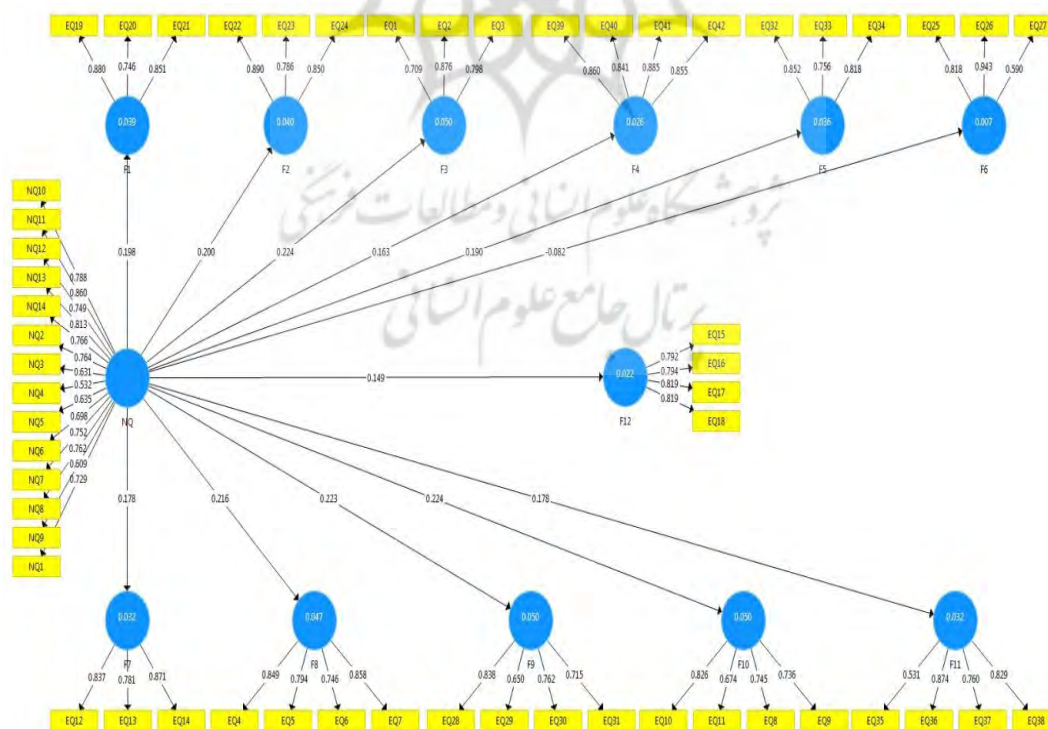
۱۶/۴۲	۳۳	سال ۳۰-۳۴
۲۰/۴۰	۴۱	سال ۳۵-۳۹
۱۵/۴۲	۳۱	سال ۴۰-۴۴
۸/۴۶	۱۷	سال ۴۵-۴۹
۳/۹۸	۸	سال ۵۰-۵۴
۱۰۰	۲۰۱	جمع
درصد	فراوانی	تحصیلات
۹۴/۰۳	۱۸۹	کارشناسی پرستاری
۵/۹۷	۱۲	کارشناسی ارشد پرستاری
۱۰۰	۲۰۱	جمع

با توجه به جدول (۱) ملاحظه می‌شود، گروه زنان با ۱۶۶ فراوانی بیشترین مشارکت را در انجام پژوهش داشتند. همچنین، بیشترین میزان سن پاسخ‌دهندگان متعلق به طبقه دوم یعنی ۲۵ تا ۲۹ سال با میزان فراوانی ۵۶ و کمترین به طبقه هفتم یعنی ۵۰ تا ۵۴ سال با میزان فراوانی ۸ است. یافته‌های به دست آمده از پرسشنامه در جدول (۱) نیز نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی از نظر تحصیلات، مدرک کارشناسی پرستاری با ۱۸۹ فراوانی است و کمترین فراوانی نیز کارشناسی ارشد پرستاری با ۱۲ فراوانی است.

ارزیابی مدل اندازه‌گیری

الگوی پژوهش در دو اجرای مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری در شکل‌های زیر اجرا شد. بعد از این مرحله کلیه آزمون‌ها بر اساس الگوی پژوهش انجام گرفت.

شکل (۲): بارهای عاملی و ضریب مسیر مدل اندازه‌گیری



بارهای عاملی از طریق محاسبه همبستگی پرسش‌های یک متغیر با آن متغیر محاسبه می‌شوند که اگر این مقدار برابر و یا بیشتر از مقدار ۰/۴ شود، مؤید این مطلب است که واریانس بین متغیر و پرسش‌های آن از واریانس خطای اندازه‌گیری آن متغیر بیشتر بوده و پایایی الگوی اندازه‌گیری قابل قبول است. شکل ۱ نشان می‌دهد که تمامی روابط بین متغیرها و پرسش‌های طرح شده مربوط، از ۰/۴ بیشتر است که نشان از مناسب بودن این معیار دارد. این امر بیانگر آن است که پرسش‌های مربوطه به درستی برای اندازه‌گیری این متغیر در نظر گرفته شده‌اند.

مطابق با الگوریتم تحلیل داده‌ها در روش PLS، بعد از سنجش بارهای عاملی سؤالات، نوبت به محاسبه و گزارش ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی سازه‌ها است. مقدار مناسب برای آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی ۰/۷ است. همان طور که مشخص است مطابق با یافته‌های جدول (۲) تمامی این معیارها در مورد متغیرها مقدار مناسبی اتخاذ نموده‌اند، می‌توان مناسب بودن وضعیت پایایی پژوهش حاضر را مورد تایید قرار داد.

جدول (۲): مقدار ضریب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی

سازه	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	متوسط واریانس استخراج شده
وضعیت نوآوری تیمی	۰/۹۳۱	۰/۹۳۹	۰/۵۲۷
باز بودن مجاری ارتباطی	۰/۷۷۵	۰/۸۶۷	۰/۶۸۶
بازخورد و اطلاع‌رسانی به دیگران در مورد خطا	۰/۷۹۹	۰/۸۸۰	۰/۷۱۰
تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته	۰/۷۲۳	۰/۸۳۹	۰/۶۳۶
جابه‌جایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش‌ها و شیفت‌های کاری	۰/۸۸۶	۰/۹۱۹	۰/۷۴۰
حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۰/۷۴۰	۰/۸۵۱	۰/۶۵۶
برخورد غیرتنبیهی با خطاها و اشتباهات	۰/۷۴۴	۰/۸۳۶	۰/۶۳۶
بهبود یادگیری مستمر سازمانی	۰/۷۹۰	۰/۸۶۹	۰/۶۹۰
درک کلی از ایمنی بیمار	۰/۸۳۱	۰/۹۳۳	۰/۶۶۱
مسائل مربوط به کارکنان	۰/۷۴۳	۰/۸۳۲	۰/۵۵۵
انتظارات و اقدامات مدیر در جهت ارتقا ایمنی	۰/۷۳۹	۰/۸۳۴	۰/۵۵۸
کار تیمی میان بخش‌ها	۰/۷۷۵	۰/۸۴۱	۰/۵۷۸
کار تیمی درون بخش‌ها	۰/۸۲۶	۰/۸۸۱	۰/۶۵۰

همچنین معیار دوم از بررسی برازش مدل‌های اندازه‌گیری، روایی همگراست که به بررسی میزان همبستگی هر سازه با سؤالات (شاخص‌ها) خود می‌پردازد. بدین منظور از معیار متوسط واریانس استخراج شده به بررسی روایی همگرا پرداخته می‌شود. حداقل مقدار مناسب برای معیار متوسط واریانس استخراج شده عدد ۰/۵ است. خروجی مربوط به مدل پژوهش در جدول (۲) گزارش شده است. مقدار متوسط واریانس استخراج شده تمامی متغیرهای پژوهش از ۰/۵ بیشتر است که حکایت از روایی همگرایی مناسب مدل دارد.

در این پژوهش روایی واگرا از طریق روش فورنل و لاکر سنجیده شده است. در این روش به بررسی میزان ارتباط یک سازه با شاخص‌هایش در مقایسه رابطه آن سازه با سایر سازه‌ها است. اعتبار واگرا مقداری است که یک متغیر را به لحاظ معیارهای تجربی از دیگر متغیرها متمایز می‌کند. به عبارتی در این نوع اعتبار انتظار می‌رود همبستگی یک متغیر با معرف‌هایش بیش از همبستگی با سایر متغیرها باشد. نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد مقادیری که در قطر اصلی قرار گرفتند از مقادیر پایین قطر اصلی و سمت راست قطر اصلی بیشتر است. از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که مدل از روایی واگرایی خوبی برخوردار است.

جدول (۳): نتایج روایی واگرا به روش فونل و لارکر متغیرهای پژوهش

ماتریس	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
وضعیت نوآوری تیمی	۰/۷۲۵												
باز بودن مجاری ارتباطی	۰/۶۸۶	۰/۸۲۸											
بازخورد و اطلاع‌رسانی به دیگران در مورد خطا	۰/۷۱۰	۰/۷۱۰	۰/۸۴۲										
تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته	۰/۶۳۶	۰/۶۳۶	۰/۶۳۶	۰/۷۹۷									
جابجایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش‌ها و شیفت‌های کاری	۰/۷۴۰	۰/۷۴۰	۰/۷۴۰	۰/۷۴۰	۰/۸۶۰								
حمایت مدیریت از ایمنی بیمار	۰/۶۵۶	۰/۶۵۶	۰/۶۵۶	۰/۶۵۶	۰/۶۵۶	۰/۸۰۹							
برخورد غیرتنبیهی با خطاها و اشتباهات	۰/۶۳۶	۰/۶۳۶	۰/۶۳۶	۰/۶۳۶	۰/۶۳۶	۰/۶۳۶	۰/۷۹۷						
بهبود یادگیری مستمر سازمانی	۰/۶۹۰	۰/۶۹۰	۰/۶۹۰	۰/۶۹۰	۰/۶۹۰	۰/۶۹۰	۰/۶۹۰	۰/۸۳۰					
درک کلی از ایمنی بیمار	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱	۰/۸۱۳				
مسائل مربوط به کارکنان	۰/۵۵۵	۰/۵۵۵	۰/۵۵۵	۰/۵۵۵	۰/۵۵۵	۰/۵۵۵	۰/۵۵۵	۰/۵۵۵	۰/۵۵۵	۰/۷۴۴			
انتظارات و اقدامات مدیر در جهت ارتقا ایمنی	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۷۴۶		
کار تیمی میان بخش‌ها	۰/۵۷۸	۰/۵۷۸	۰/۵۷۸	۰/۵۷۸	۰/۵۷۸	۰/۵۷۸	۰/۵۷۸	۰/۵۷۸	۰/۵۷۸	۰/۵۷۸	۰/۵۷۸	۰/۷۶۰	
کار تیمی درون بخش‌ها	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۶۵۰	۰/۸۰۶

ارزیابی مدل ساختاری

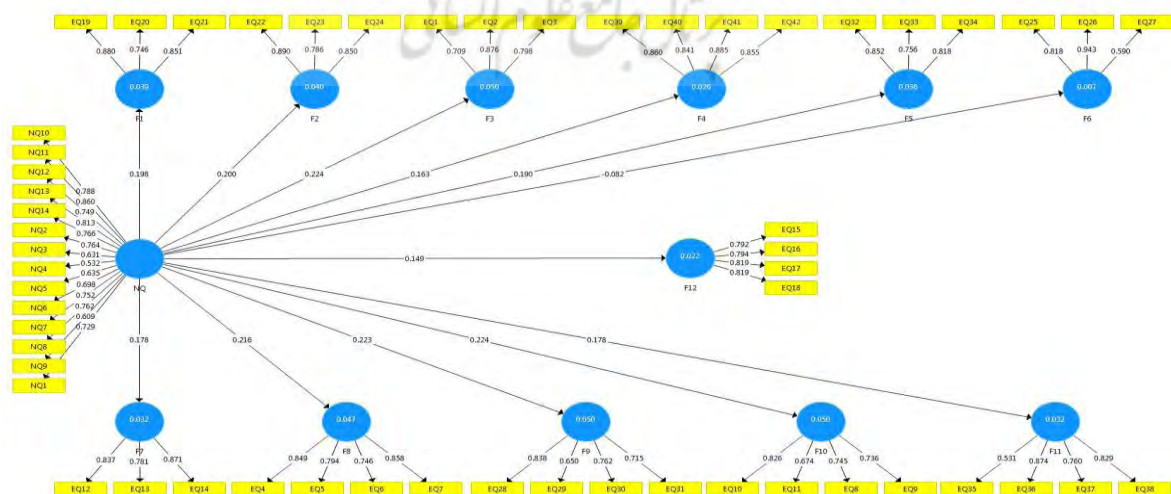
برای بررسی برازش مدل ساختاری پژوهش از چندین معیار استفاده می‌شود که اولین و اساسی‌ترین معیار، ضرایب معناداری z یا همان t-value است. یکی از معیارهای سنجش رابطه بین سازه‌ها در مدل (بخش ساختاری) اعداد معناداری t است. در صورتی که مقدار آن در سطوح اطمینان ۰/۹۵، ۰/۹۹ و ۰/۹۹/۹ به ترتیب بیشتر از ۲/۲۷، ۱/۹۶ و ۲/۵۸ باشد نشان از صحت رابطه میان سازه‌ها و در نتیجه تأیید فرضیه‌های پژوهش در سطوح اطمینان مورد نظر است. همانطور که جدول شماره (۴) و شکل شماره (۳) نشان می‌دهد، در سطح اطمینان ۰/۹۵ چهار مسیر (۱، ۲، ۳، ۹ و ۱۰) تأیید شده است.

جدول (۴): نتایج بررسی تحلیل مسیر

مسیر	عنوان	ضریب استاندارد	مقدار t	مقدار P	نتیجه
۱	وضعیت نوآوری تیمی بر باز بودن مجاری ارتباطی در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر دارد.	۰/۰۹۸	۲/۰۳۴	۰/۰۴۳	تأیید
۲	وضعیت نوآوری تیمی بر بازخورد و اطلاع‌رسانی به دیگران در مورد خطاها در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر دارد.	۰/۰۹۹	۲/۰۳۵	۰/۰۴۳	تأیید
۳	وضعیت نوآوری تیمی بر تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر دارد.	۰/۱۳۰	۲/۱۸۵	۰/۰۳۰	تأیید فرضیه
۴	وضعیت نوآوری تیمی بر جابجایی اطلاعات مهم بیمار بین بخش‌ها و شیفت‌های کاری در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی	۰/۱۲۱	۱/۳۴۸	۰/۱۷۹	عدم تأیید

				تأثیر دارد.	
۵	وضعیت نوآوری تیمی بر حمایت مدیریت از ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر دارد.	۰/۱۱۸	۱/۶۱۲	۰/۱۰۸	عدم تأیید
۶	وضعیت نوآوری تیمی بر برخورد غیرتنبیهی با خطاها و اشتباهات در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر دارد.	۰/۱۶۹	۰/۴۸۵	۰/۶۲۸	عدم تأیید
۷	وضعیت نوآوری تیمی بر بهبود یادگیری مستمر سازمانی در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر دارد.	۰/۱۴۹	۱/۱۹۹	۰/۲۳۲	عدم تأیید
۸	وضعیت نوآوری تیمی بر درک کلی از ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر دارد.	۰/۱۲۲	۱/۷۷۰	۰/۰۷۸	عدم تأیید
۹	وضعیت نوآوری تیمی بر مسائل مربوط به کارکنان در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر دارد.	۰/۰۸۲	۲/۷۱۹	۰/۰۰۷	تأیید
۱۰	وضعیت نوآوری تیمی بر انتظارات و اقدامات مدیر در جهت ارتقا ایمنی در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر دارد.	۰/۰۹۳	۲/۴۱۹	۰/۰۱۶	تأیید
۱۱	وضعیت نوآوری تیمی بر کار تیمی میان بخش‌ها در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر دارد.	۰/۱۳۲	۱/۳۴۵	۰/۱۸۰	عدم تأیید
۱۲	وضعیت نوآوری تیمی بر کار تیمی درون بخش‌ها در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر دارد.	۰/۱۵۶	۰/۹۵۴	۰/۳۴۱	عدم تأیید

شکل (۳): مدل ترسیم شده همراه با ضرایب معناداری z



ضرایب R^2 معیاری است که نشان از تأثیری دارد که یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا می‌گذارد. یکی از مزیت‌های اصلی روش PLS این است که این روش قابلیت کاهش خطاها در مدل‌های اندازه‌گیری و یا افزایش واریانس بین سازه‌ها و شاخص‌ها را دارد. یکی از معیارهای مفید در این مورد مقدار R Squares یا R^2 در مورد متغیرهای درون‌زای مدل است. هر چه مقدار R^2 مربوط به سازه‌های درون‌زای یک مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل دارد. در پژوهش‌ها سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ را به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی R^2 معرفی شده است. بر اساس شکل (۳) برای مسیرهای تأیید شده نتایج به طور کلی نشان می‌دهد که مدل از برازش ضعیف برخوردار است. همچنین به منظور تعیین قدرت پیش‌بینی مدل از مقدار Q^2 استفاده می‌گردد. در پژوهش‌ها قدرت پیش‌بینی مدل در مورد سازه‌های درون‌زا سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را تعیین نموده‌اند. نتایج خروجی در جدول ۵ ارائه شده است. همانطور که نتایج خروجی نشان می‌دهد مقادیر بین ۰/۱۵ و ۰/۳۵ قرار دارد که حاکی از آن است که برای فرضیه‌های تأیید شده مدل از قدرت پیش‌بینی متوسطی برخوردار است.

جدول (۵): مقدار Q^2 مستخرج شده از مدل

Construct Cross	SSE	SSO	متغیر
۰/۰۱۳	۲۴۵/۶۹۲	۲۴۹	باز بودن مجاری ارتباطی
۰/۰۱۵	۲۴۵/۳۷۷	۲۴۹	باز خورد و اطلاع‌رسانی به دیگران در مورد خطاها
۰/۰۱۶	۲۴۵/۱۰۸	۲۴۹	تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته
۰/۰۱۷	۳۲۶/۵۱۷	۳۳۲	مسائل مربوط به کارکنان
۰/۰۲۰	۳۲۵/۴۵۲	۳۳۲	انتظارات و اقدامات مدیر در جهت ارتقا ایمنی

نتیجه‌گیری

این پژوهش به دنبال بررسی تأثیر وضعیت نوآوری تیمی بر درک پرستاران از ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی بود. نتایج نشان داد که وضعیت نوآوری تیمی به ترتیب بر باز بودن مجاری ارتباطی، باز خورد و اطلاع‌رسانی به دیگران در مورد خطاها، تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته، مسائل مربوط به کارکنان و انتظارات و اقدامات مدیر در جهت ارتقا ایمنی در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خوی تأثیر معناداری دارد. لذا، نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های راندال (۲۰۲۰)، لارا (۲۰۱۹)، کالکان و همکاران (۲۰۱۰)، کنول و وان (۲۰۰۹)، سلامت و همکاران (۱۳۹۸)، دهقانی و همکاران (۱۳۹۴)، نصیری و همکاران (۱۳۹۲) و سجادی (۱۳۸۳) همسو است.

با نگاهی گذار به ادبیات و مبانی نظری پژوهش، چنین استنباط می‌شود که تعدد نقش‌ها و مسئولیت‌ها در پرستاران، همچنین اضافه‌کاری و شب‌کاری‌های اجباری به علت کمبود نیرو باعث درگیر شدن پرستاران در چند زمینه کاری شده و چنین شرایطی باعث سطحی‌نگری، روزمرگی و عدم تمایل برای اجرای نوآوری می‌شود. از طرف دیگر تحقیقات نشان می‌دهد علاوه بر عوامل فردی عوامل سازمانی هم در بروز و ظهور خلاقیت و نوآوری در کارکنان یک سازمان مؤثر هستند. پس هر اندازه هم که یک فرد دارای خلاقیت و نوآوری باشد اگر محیط کار مساعد نباشد هرگز نمی‌تواند از این توانایی و مهارت خود استفاده نماید و یا دچار مشکل خواهد شد. از این‌رو، سازمان‌ها باید شرایطی را فراهم کنند تا بتوانند به‌طور فردی یا گروهی فعالیت‌های نوآورانه خود را به اجرا درآورند. جوسازمانی مناسب، می‌تواند در ایجاد انگیزش برای کارکنان، بهبود روحیه کارکنان، مشارکت افراد در تصمیم‌گیری‌ها و در نوآوری و ازدیاد آن مؤثر باشد و به‌عنوان یک منبع

مهم در تأمین سلامت روانی کارکنان، به حساب آید و بالعکس. نتیجتاً تغییر در هر بخش از جوسازمانی، منجر به تغییر فوری و عمیق در نحوه انجام کار و عملکرد کارکنان می‌گردد. در جوی که قویاً برای نوآوری مناسب باشد، کارکنان باور دارند که به نوآوری بها داده شده و در ازای رفتارهای نوآورانه به آن‌ها پاداش داده خواهد شد. بنابراین، با توجه به اهمیت داشتن نیروی کار خلاق و نوآور، سازمان‌هایی که جو مناسبی را برای نوآوری فراهم می‌کنند، از مزایای رقابتی به دست آمده بهره خواهند برد.

پرداختن به نوآوری، چه به صورت مستقیم یعنی پیاده کردن ایده‌های نو در زمینه‌های اداری، فنی و تخصصی و چه به صورت غیرمستقیم یعنی استقبال و حمایت از نوآوری‌ها در سازمان، فضایی به وجود می‌آورد که در آن روحیه انجام کارهای یکنواخت و تکراری رفته رفته به رفتاری نوآورانه در سطح سازمان تبدیل می‌گردد. برای موفقیت جهت نوآوری در محیط کار، پرستاران باید متمرکز بر روی یک موضوع و یک کار باشند، با توجه به اینکه اثربخشی خلاقیت و نوآوری بسته به سادگی و تمرکز دارد، پرستاران خلاق و نوآور عمدتاً بر یک کار متمرکز می‌شوند. آن‌ها از طریق تمرکز به یک موضوع از سطحی‌نگری به ژرف‌نگری رسیده و مسائل و موضوع‌ها را به طور عمیق و همه جانبه مورد بررسی قرار می‌دهند. پرستاران خلاق و نوآور روی موضوع‌های علمی مورد نظر تمرکز پیدا می‌کنند و دارای ژرف‌نگری در مسائل، پدیده‌ها و موضوع‌ها هستند به طوری که رشد حرفه‌ای را به عنوان معیار موفقیت باور می‌کنند و توانایی تمام کردن، کامل کردن و یکی کردن افکار گوناگون در آنان بالاست. پرستاران خلاق و نوآور برخورد اصولی و منطقی با پدیده‌ها و مسائل و افراد دارند و در پی تولید افکار و اندیشه‌های جدید بوده و به دنبال بومی کردن تحقیق و پژوهش در امور عادی کار و زندگی هستند.

همچنین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقا دهنده خلاقیت و نوآوری در گروه پرستاران بررسی گردد.

منابع

- ✓ یآوری، فاطمه، (۱۳۹۰)، ایمنی بیمار و نظام حقوق بشر، حقوق پزشکی، دوره پنجم، شماره ۱۸، صص ۱۱۷-۱۳۱.
- ✓ تقوی لاریجانی، ترانه، قانع، گلناز، (۱۳۹۷)، جایگاه واقعی فرهنگ ایمنی بیمار در نظام سلامت: یک مطالعه مروری، فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی، دوره چهارم، شماره ۲، صص ۱-۱۶.
- ✓ واعظی، مظفرالدین، چوپانی، حیدر، منشالنج، لیلا، (۱۳۸۹)، بررسی عوامل مؤثر بر نوآوری سازمانی، سومین کنفرانس ملی خلاقیت‌شناسی، تهران، خانه معلم.
- ✓ فخریان، سارا، (۱۳۸۱)، بررسی رابطه خلاقیت و نوآوری کارشناسان ستادی با عوامل سازمانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- ✓ سلامت، اکرم، محمدعلیه‌ها، ژاله، مردانی حموله، مرجان، محمدنژاد، اسماعیل، حقانی، شیما، (۱۳۹۸)، فرهنگ ایمنی بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه: دیدگاه پرستاران شهر تهران، پرستاری ایران، دوره ۳۲، شماره ۱۱۹، صص ۴۸-۵۸.
- ✓ دهقانی، محمد، حیوی حقیقی، محمدحسین، سلیمی، جمیله، خرمی، فرید، (۱۳۹۴)، فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران، پرستاری ایران، دوره ۲۱، شماره ۸۸، صص ۷۷-۸۸.
- ✓ نصیری، الهامه، تبری، رسول، سلامی کهن، کبری، کاظم نژاد، احسان، (۱۳۹۲)، بررسی میزان نوآوری و عوامل مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه، بالینی پرستاری و مامایی، دوره ۴، شماره ۳، صص ۸-۱۸.
- ✓ سجادی، حانیه السادات، (۱۳۸۳)، عوامل مؤثر بر خلاقیت و نوآوری مدیران بیمارستان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- ✓ داوری، علی، رضازاده، آرش، (۱۳۹۳)، مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم‌افزار PLS، انتشارات جهاد دانشگاهی، تهران، چاپ دوم.
- ✓ Balan, P., and Lindsay, N., (2010), Innovation capability, entrepreneurial orientation and performance in Australian hotels, an empirical study, CRC for Sustainable Tourism Pty Ltd, Australia.
- ✓ Banaszak-Holl, J., Zinn, J. S., and MOR, V., (1996), the impact of market and organizational characteristics on nursing care facility service innovation: a resource dependency perspective, Health services research, 31(1), 97.
- ✓ Campione, J., & Famolaro, T. (2018), Promising practices for improving hospital patient safety culture. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 44(1), 23-32.
- ✓ Cuperus-Bosma, J. M., Wagner, C., & van der Wal, G., (2005), Patient safety in hospitals, Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 149(39), 2153-2156.
- ✓ Donaldson, L. J., Kelley, E. T., Dhingra-Kumar, N., Kieny, M. P., & Sheikh, A. (2017), Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge, The Lancet, 389(10080), 1680-1681.
- ✓ Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T., (Eds.), (2000), to err are human: building a safer health system (Vol. 6). National Academies Press.
- ✓ Fleuren, M., Wiefferink, K., and Paulussen, T., (2004), Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study, International journal for quality in health care, 16(2), 107-123.
- ✓ Kerr, B., & Gagliardi, C., (2003), Measuring Creativity in Research and Practice, Lopez, SJ-Snyder, CR (Eds): Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures, Washington, DC: American Psychological Association, 155-169.
- ✓ Kalkan, M., Odacı, H., and Koç, H. E., (2010), Innovativeness, risk taking, focusing on opportunity attitudes on nurse managers and nurses, International Journal of Human and Social Sciences, 5(10), 622-5.
- ✓ Knol, J., and Van Linge, R., (2009), Innovative behavior: The effect of structural and psychological empowerment on nurses. Journal of Advanced Nursing, 65(2), 359-370.
- ✓ Kivimäki, M. & Elovainio, M, (1999), a short version of the team climate inventory: Development and psychometric properties. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72(2), 241-246.
- ✓ Lämsäsalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P., and Ruoranen, R. (2006), Innovation in healthcare: a systematic review of recent research, nursing science quarterly, 19(1), 66-72
- ✓ Lara, M. E., (2019), The Effects of Nurses' Perception of Their Personal-Organizational Culture Fit, and Individual Innovation on Employee Engagement (Doctoral dissertation, Alliant International University).
- ✓ Omachonu, V. K., and Einspruch, N. G., (2010), Innovation: implications for goods and services. International Journal of Innovation and Technology Management, 7(02), 109-27.
- ✓ Randall, W. A., (2020), How Intensive Care Unit Nurses Conceive of Personal and Professional Risk when Exercising Clinical Autonomy (Doctoral dissertation, University of California, Davis).
- ✓ Sorra, J., & Nieva, V. F. (2004), Hospital survey on patient safety culture, Agency for Healthcare Research and Quality.
- ✓ Ussahawanitchakit, P. (2008), Organizational Learning Capability, Organizational Commitment, and Organizational Effectiveness: An Empirical Study of Thai Accounting Firms. International Journal of Business Strategy, 8 (3), 1-12.
- ✓ Waterson, P., (2017), Patient Safety Culture and Organizational Behavior, Patient Safety Culture: CRC Press; 70-93.