Archive of SID

بررسی ارتباط قاطعیت پرستاران و همکاری پرستاران و پزشکان با فرهنگ ایمنی

فاطمه ربانی، * مژگان کاردان، سیدابوالفضل وقارسیدین، مهناز بهرامی

چکیده

مقدمه: ارتقاء ایمنی بیمار یکی از ارکان اصلی خدمات بهداشتی- درمانی است، از طرفی ارتباطات حرفه‌ای بین تیم سلامت و برخی از ویژگی های شخصیتی پرستاران از جمله قاطعیت می تواند بر کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار مؤثر باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط قاطعیت پرستاران و همکاری پرستاران و پزشکان با فرهنگ ایمنی از دیدگاه پرستاران انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۶ انجام شد. در این مطالعه ۳۰۰ پرستار از ۹ بیمارستان آموزشی واقع در استان خراسان جنوبی به مدت ۵ ماه به روش نمونه گیری طبقه ای- تصادفی انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمارستانی HSOPSC، همکاری پرستار- پزشک Ushiro و قاطعیت Ratus جمع آوری و در نهایت با استفاده از نرم افزار SPSS۲۲ و از طریق آزمون های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر Amos تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته ها: نتایج مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره فرهنگ ایمنی برابر با ۱۴/۲۶±۱۲۳/۴۰، قاطعیت برابر با ۱۴/۸۲±۱/۹۹ و همکاری برابر با ۱۷/۹۶±۸۱/۵۰ و در حد متوسط بود. از طرفی نتایج تحلیل مسیر نشان داد که همکاری پرستار و پزشک به صورت مستقیم و قاطعیت به صورت غیر مستقیم برروی فرهنگ ایمنی اثر دارد. به اینصورت که قاطعیت از طریق همکاری پرستار و پزشک بر روی فرهنگ ایمنی اثر می گذارد.

نتیجه گیری: یافته ها پیشنهاد کننده طراحی برنامه هایی با هدف بهبود روابط بین پرستار و پزشک و افزایش مهارت قاطعیت در پرستاران و در نتیجه ارتقاء ایمنی بیماران می باشد.

کلمات کلیدی: فرهنگ ایمنی، ایمنی بیمار، همکاری پرستار-پزشک، قاطعیت.

فاطمه ربانی
کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه نوزادان، عضو هیئت علمی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

*** مؤلف مسئول: مژگان کاردان**
دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
آدرس: mo.kardan54@gmail.com

سیدابوالفضل وقارسیدین
استادیار،دانشکده پرستاری و مامایی بیرجند، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

مهناز بهرامی
کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال هشتم، دوره هشتم، شماره دوم
تابستان ۱۳۹۸

Downloaded from ijnv.ir at 9:05 +0430 on Sunday May 3rd 2020

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

ایمنی بیمار جزء بسیار مهم و حیاتی کیفیت مراقبت های سلامت است (۱). امروزه ایمنی بیمار، برای هر نظام مراقبت سلامتی که در پی تضمین و بهبود کیفیت مراقبت است در الویت قرار دارد (۲). طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت WHOایمنی بیمار یک سطح مراقبتی است که در مراحل ارائه مراقبت بهداشتی در ارتباط با سلامتی بیمار منجر به آسیبی نشود (۳). اتفاقات ناخواسته و خطاهای درمانی از جمله چالش هایی هستند که نظام سلامت تمامی کشورها با آنها دست به گریبان هستند و در جهت به حداقل رساندن آنها و کاهش آسیب های ناشی از آن تلاش می کنند. اشتباهات پزشکی جزء اجتناب ناپذیری از عملکرد پزشکی است و حدود ۲٪ از همه بیماران بستری را در بر می گیرد (۴). طبق آماری در آمریکا سالانه ۱/۵ میلیون حادثه (۹۸-۴۴ هزار مرگ) در محیط های درمانی رخ می دهد (۵).

خطاهای درمانی یکی از پنج دلیل معمول مرگ در جهان اعلام شده و سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که ده ها میلیون بیمار در کل جهان قربانی صدمات و مرگ ناشی از مراقبت ها و فعالیت های پزشکی غیر ایمن می شوند (۶). طبق تحقیقات انجام شده در ایران در شهرهای سنندج و اراک به ترتیب خطاهای دارویی به میزان ۱۶/۷و ۱۰ درصد و در تهران نیز ۱۹/۵ مورد برای هر پرستار گزارش شده است (۷). وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اعلام کرده است که هر ساله میلیاردها تومان صرف هزینه نگهداری و مراقبت از بیماران در بیمارستان ها به دلیل اشتباهات درمانی می شود و افزایش پرونده های ارجاعی شکایت مردم از پزشکان و پرستاران، نشان دهنده این ادعا است (۸).

پیامدهای شدید خطاهای درمانی انجام مطالعات و بررسی های بیشتر در زمینه ایمنی بیمار را الزامی می سازد. تلاش در جهت شناسایی و حذف مخاطرات پیش از آنکه به وقوع بپیوندند ظرفیت بالایی در جهت بهبود چشمگیر ایمنی دارد (۹). برای رسیدن به موفقیت در این امر باید به ایمنی بیمار به عنوان الویت سازمانی نگاه کرد و تمامی تلاش ها در سازمان حول این محور متمرکز شود (۱۰). زمانی ایمنی در یک سازمان ارزشمند می شود که تمام افراد سازمان به الویت آن پی برده و آن را در خود نهادینه سازند. در این هنگام ایمنی در سازمان تبدیل به یک فرهنگ می گردد. به طور کلی فرهنگ به مجموعه ای از ارزش ها، مفروضات، سنت ها، هنجارها، باورها، نگرش ها و اصول اشاره دارد که مورد احترام یک جامعه قرار می گیرد (۱۱).

اساس توسعه فرهنگ ایمنی به عنوان یک موضوع چالش برانگیز در بهداشت و درمان بر پایه کاهش خطاها و بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است (۱۳،۱۲).

در ایران مطالعات متعددی در زمینه جو ایمنی بیماران و پرستاران و طراحی پرسشنامه صورت گرفته است (۱۴-۱۶). به طور مثال در مطالعه عبدی و همکاران امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در حد پایین تا متوسط بود (۱۵). در مطالعه AymenElsous و همکاران نمره فرهنگ ایمنی بیمار متوسط بود (۱۷).

در مطالعه رضایی وهمکاران در سال۱۳۹۶ نیز نمره فرهنگ ایمنی بیمار متوسط وضعیف گزارش شد (۱۸).

بنابراین یک فرهنگ ایمنی معتبر، باید به عنوان یک عنصر اساسی از هر عامل مؤثری برای ارتقاء کیفیت خدمات درمانی استفاده کند (۱۹).

بر اساس راهبردهای بین المللی ایمنی بیماران، ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار می تواند به عنوان یکی از اولین گام های ارتقا ایمنی شناخته شود، زیرا لازمه ارتقای فرهنگ ایمنی درک وضعیت موجود می باشد (۲۰).

در میان اعضای تیم سلامت ، ارتباط پرستار و پزشک در مراقبت از بیماران نسبت به سایر اعضای تیم از اهمیت بیشتری برخوردار است و تمامی جنبه های فرآیند پرستاری را تحت الشعاع قرار می دهد (۲۱). ارتباط بین پرستار و پزشک شامل تعامل متقابل بین پرستار و پزشک در امر مراقبت از بیمار برای دستیابی به یک هدف مشترک درمانی یعنی ارتقای وضعیت بیمار می باشد (۲۲). لیندک اذعان می کند که ارتباط پرستاران با پزشکان مستقیما با کیفیت مراقبت بیمار مرتبط بوده و برقراری ارتباط مناسب بین پرستاران و پزشکان امری غیر ممکن نیست (۲۳).

پزشک و پرستار هر دو ظرفیت تصمیم گیری، قدرت و مسئولیت به طور مساوی برای مراقبت از بیمار را دارند. با وجود اینکه همکاری پرستارو پزشک می‌تواند در ایمنی بیمار و کاهش میزان عوارض و همچنین افزایش کیفیت مراقبت های پرستاری مؤثر باشد (۲۴). اما تحقیقات نشان داده است که کار گروهی در طول تاریخ با چالش‌های مختلف از جمله ارتباطات ضعیف، تفاوت قدرت، بی احترامی، نبودن وظیفه مشخص مختل شده است (۲۶،۲۵). از طرفی این ارتباطات ضعیف، با کاهش شاخص های ایمنی مانند بروز خطاها و حوادث در بیماران همراه است (۲۷). درمطالعه که توسط زمانی وهمکاران انجام شد نتایج نشان داد که ارتباط بین پرستار و پزشک متوسط بوده و لزوم ارتقای روابط را ضروری دانسته اند (۲۸). اغلب کارکنان تعارضات بین فردی را به عنوان تنش‌زاترین و نگران کننده ترین مشکلات محیط کاری دانسته اند (۲۹) .با توجه به بالا بودن سطح تعارضات در محیط کار پرستاران و پیامدهای آن، اتخاذ تدابیری برای آموزش مواجهه صحیح و کاهش تعارضات بین فردی در محیط کار پرستاران ضروری به نظر می رسد (۳۰).

Vivar معتقد است که جهت موقعیت هایی که پرستاران در آن دچار تعارض می شوند به سبک همکارانه، ارتباطات باز و صادقانه

www.SID.ir

Downloaded from ijnv.ir at 9:05 +0430 on Sunday May 3rd 2020

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

نیاز است. استفاده از سبک همکارانه نیاز به مهارت جرات ورزی یا سطح بالایی از قاطعیت را دارد (۳۱). قاطعیت به پرستاران این توانایی را می دهد که یک ارتباط مؤثر و مثبت با تیم درمان برقرار نمایند (۳۲).

از طرفی مطالعات نشان داده است که همکاری موثر بین پزشک و پرستار در بهبود کیفیت و برایند مراقبت از بیماران نیز به طور چشمگیری مؤثر می باشد (۳۳،۳۴).

با توجه به اهمیت موضوع ایمنی بیمار وعوامل تاثیر گذار برآن از جمله قاطعیت پرستار وهمکاری پرستار- پزشک به عنوان اولین خط مراقبتی از بیماران و از طرفی با توجه به ضعیف گزارش شدن فرهنگ ایمنی بیماران در مطالعات مختلف ایرانی وخارجی پژوهشگر بر آن شد تا پژوهشی با هدف تعیین بررسی ارتباط قاطعیت پرستاران و همکاری پرستار – پزشک با فرهنگ ایمنی از دیدگاه پرستاران را انجام دهد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع همبستگی و مقطعی است که در سال ۱۳۹۶ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد اخلاق IR.BUMS.REC.۱۳۹۶.۲۰۵ تصویب شد. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش های ویژه و عمومی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سطح استان خراسان جنوبی به تعداد ۹ بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی که به صورت هدفمند انتخاب شدند.

معیارهای ورود شامل داشتن حداقل دو سال سابقه کار، داشتن مدرک کارشناسی و بالاتر و تمایل به شرکت در مطالعه بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات توصیفی – تحلیلی (سطح معناداری ۰/۰۵، d=۰/۰۴ و s=۰/۳۰۴) و با توجه به مطالعات قبلی (۳۵) و فرمول حجم نمونه در مطالعات توصیفی و با در نظر گرفتن احتمال ریزش به علت کامل نبودن پرسشنامه ها ۳۰۰ نفر برآورد شد که در نهایت نیز تجزیه و تحلیل داده ها برروی ۳۰۰ پرسشنامه صورت گرفت. جهت انجام نمونه گیری از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، تصادفی استفاده شد. بدین صورت که در بیمارستانهای مختلف استان، متناسب با حجم نمونه کل و تعداد پرستاران واجد شرایط سهم هر بیمارستان مشخص گردید. سپس در درون هر بیمارستان نیز بر اساس لیست پرستاران واجد شرایط در بخشهای مختلف، متناسب با تعداد پرستاران هر بخش، نمونه ها به صورت تصادفی نظام مند انتخاب گردیدند. ۱۶۹نفر (۵۶/۳٪) از پرستاران شهر بیرجند و ۱۳۱ نفر (۴۳/۷٪) از سایر شهرهای استان بودند.

۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی شامل سن، جنس، نوع بخش، سابقه کاری، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات بود.

۲- به منظور سنجش فرهنگ ایمنی از پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمارستانی Hospital Survey On Patient Safety culture استفاده شد که روایی و ثبات درونی آن در مطالعه مقری و همکاران (۳۵) در حد مطلوب (r=۰/۸۲) گزارش گردید. رضاپور (۱۲) آلفای کرونباخ مولفه های پرسشنامه فرهنگ ایمنی را بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ گزارش کرده است. این پرسشنامه شامل۴۲ سوال می باشد که ۱۲ بعد فرهنگ ایمنی شامل: کار تیمی درون واحدها، انتظارات و اقدامات سرپرست واحد در راستای ارتقاء ایمنی بیمار، حمایت مدیریت از ایمنی بیمار، یادگیری سازمانی، بهبود مداوم، درک کلی از ایمنی بیمار، ارایه بازخورد به خطاها، باز بودن مجاری ارتباطی، فراوانی گزارش دهی وقایع، کار تیمی بین واحدها، مسایل کاری مربوط به کارکنان، تحویل و تحول در بیمارستان و پاسخ غیر تنبیهی به خطاها را مورد سنجش قرار می دهد. مقیاس سوالات فرهنگ ایمنی بیماران به صورت لیکرت ۵ گزینه ای در این پرسشنامه پاسخ های کاملا موافقم/ موافقم/نظری ندارم/ اغلب اوقات/ همیشه به عنوان پاسخ مثبت برای سوالات مثبت و پاسخ های کاملا مخالفم/ مخالفم/ نظری ندارم/ هرگز/ بندرت نیز به عنوان پاسخ های منفی برای سوالات منفی تلقی می شود. در نهایت سطح هر بعد یا حیطه با جمع کردن درصد پاسخ های مثبت به هر سؤال و تقسیم آن برتعداد سؤالات هر بعد یا حیطه محاسبه و استخراج می شوند. ابعادی که امتیاز مثبت حداقل ۵۰ درصد داشتند وضعیتی مطلوب و ابعاد دارای امتیاز کم تر از این میزان، وضعیت نامطلوبی داشتند. به منظور ارزیابی میزان همکاری پرستار و پزشک از ابزار همکاری پرستار- پزشک (Nurse–Physician Collaboration Scale) که توسط Rei ushiro (۳۶) طراحی شده، استفاده گردید. در این پرسشنامه ۹ طبقه براساس مصاحبه و مشاهده روابط پرستار و پزشک در بخش ایجاد گردیده است. از این ۹ طبقه در نهایت ۳ زیر مقیاس که شامل: به اشتراک گذاری اطلاعات بیمار، تشریک مساعی درفرایند درمانی / مراقبتی و درجه همکاری پرستار- پزشک بود بدست آمد. مقیاس حاصل شده به صورت لیکرت ۵ گزینه ای از یک به معنی همیشه ، دو به معنی معمولا، سه به معنی گاهی، چهار به معنی بندرت و پنج به معنی هرگز مرتب شده اند. محدوده نمرات کسب شده بین ۲۷ تا ۱۳۵ بوده و کسب نمرات بالاتر نشان دهنده همکاری بیشتر می باشد. این پرسشنامه به روش ترجمه دو طرفه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شده و هر دو نسخه از نظر تطابق مورد بررسی قرار گرفتند.ابتدا پرسش نامه به زبان فارسی برگردانده شد و به منظور تایید روایی ترجمه از مشورت علمی چهار استاد با تخصص پرستاری استفاده شد.پس از اعمال تغییرات لازم و تایید نهایی پرسشنامه مورد نظر به صورت آزمایشی بین ۲۰ نفر که در نمونه پژوهش وارد نشده بودند به صورت تصادفی در دو نوبت به فاصله

www.SID.ir
Downloaded from ijnv.ir at 9:05 +0430 on Sunday May 3rd 2020
[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

Archive of SID

۱۰ روز توزیع و پس از جمع آوری پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفا کرونباخ ۰/۸۶ تعیین شد.

به منظور ارزیابی میزان قاطعیت در پرستاران نیز با استفاده از پرسشنامه قاطعیت راتوس (Rathus) استفاده شد (۳۸). این پرسشنامه از ۳۰ گویه تشکیل شده است که به منظور ارزیابی رفتار قاطعانه و سنجش میزان قاطعیت فرد بکار می رود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۶ گزینه ای که شامل کاملاً این‌طور است (+۳)، نسبتاً این‌طور است (+۲)، خیلی کم این‌طور است (+۱)، خیلی کم با خصوصیات من تفاوت دارد (-۱)، نسبتاً با خصوصیات من تفاوت دارد (-۲)، کاملاً با خصوصیات من تفاوت دارد (-۳) می باشد، هر چه نمره کسب شده به (-۳) یعنی «کاملاً با خصوصیات من تفاوت دارد» نزدیک تر باشد، رفتار فرد از قاطعیت بیشتری برخوردار است . این روند در سایر عبارات معکوس بوده بدین معنی که هرچه میانگین کسب شده به (+۳) یعنی «کاملاً این طور هستم» نزدیک تر باشد، رفتار فرد قاطعانه تر است. امتیاز نهایی پس از تغییر علایم مثبت یا منفی، به دست می آید. دامنه امتیازات از ۹۰- تا ۹۰+ بوده و هر چه امتیازات به ۹۰+ نزدیکتر، نشان دهنده قاطعیت بیشتر و بالعکس امتیازات نزدیکتر به ۹۰- بیانگر قاطعیت کم در رفتار فرد است. به منظور تایید روایی محتوا، پرسشنامه بین ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی توزیع شد. بعد از تایید محتوا به صورت آزمایشی بین ۲۰ نفر از پرستاران که در نمونه های پژوهش وارد نشده بودند به صورت تصادفی در دو نوبت به فاصله ۱۰ روز توزیع و پس از جمع آوری پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفا کرونباخ ۰/۸۳ تعیین شد. سیدفاطمی نیز ضریب پایایی برای آزمون قاطعیت راتوس را برابر ۰/۸۲ گزارش کرده است سیدفاطمی ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای آزمون قاطعیت راتوس را برابر ۰/۸۲ گزارش کرده است (۳۹). پژوهشگران ابتدا با کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و اخذ معرفی نامه کتبی از معاونت پژوهشی دانشگاه و ارائه آن به مسئولین بیمارستان‌های آموزشی بیرجند موافقت آن‌ها را مبنی بر انجام پژوهش کسب نمودند. نمونه هایی که معیار ورود به مطالعه را داشتند انتخاب و بعد از اخذ رضایت نامه از آن‌ها و توضیح روند کار وارد مطالعه شدند. توضیحاتی نیز درباره محرمانه بودن اطلاعات و زمان تحویل پرسشنامه ها به واحدهای پژوهش داده شد. مجری طرح پرسشنامه ها رو به صورت شیفت های در گردش در اختیار پرستاران قرار داده و پس از تکمیل جمع آوری می کرد. درصورت عدم فرصت از آنان خواسته شد که زمان دیگری را برای مراجعه و تکمیل پرسشنامه ها تعیین نمایند. در نهایت پرسشنامه ها جمع آوری و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ و به منظور تحلیل مسیر از نرم افزار Amos استفاده شد. نرمالیتی بر اساس آزمون کولموگروف اسمیرونوف تایید شد. جهت بررسی ارتباط داده های کمی از ضریب همبستگی پیرسون و متناسب با داده های غیرنرمال از آزمون های رگرسیون و تحلیل مسیر استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه دیدگاه ۳۰۰ نفر از پرستاران مورد بررسی قرار گرفت. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان ۷/۲۳ ±۳۲/۴۳ سال و سابقه کاری ۶/۳۲ ± ۸/۰۱ ساعت بود. ۲۴۵ نفر (۸۱/۷ ٪) از شرکت کنندگان زن و بقیه مرد بودند. بیشتر افراد استخدام رسمی (۳۴/۳ ٪) و از شهر بیرجند (۷۷٪) بودند (جدول۱).

جدول۱: توزیع فراوانی نسبی و مطلق مشخصات فردی و شغلی پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی خراسان جنوبی

مشخصات فردی		تعداد	درصد
جنس	زن	۲۴۵	(٪ ۸۱/۷)
	مرد	۵۵	(٪۱۸/۳)
تاهل	متاهل	۲۴۳	(٪ ۸۱)
	مجرد	۵۷	(٪ ۱۹)
نوع شیفت	صبح	۴۱	(٪۱۳/۶۶)
	عصر	۹	(٪ ۳)
	شب	۳	(٪۱)
	در گردش	۲۴۷	(٪۸۲/۳۳)
بخش محل کار	ویژه	۱۰۱	(٪ ۳۳/۶۶)
	عمومی	۱۹۹	(٪ ۶۶/۳۳)
نوع استخدام	رسمی	۱۰۳	(٪۳۴/۳)
	پیمانی	۱۱۳	(٪ ۳۷/۷)
	شرکتی و قراردادی	۸۴	(٪۲۸)
میانگین ± انحراف معیار			
سن		۷/۲۳ ± ۳۲/۴۳	
سابقه کاری		۶/۳۲ ±۸/۰۱	

www.SID.ir

Downloaded from ijnv.ir at 9:05 +0430 on Sunday May 3rd 2020

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

میانگین و انحراف معیار نمره فرهنگ ایمنی برابر با ۱۴/۲۶±۱۲۳/۴۰، قاطعیت برابر با ۱۴/۸۲±۱/۹۹ و همکاری برابر با ۱۷/۹۶±۸۱/۵۰ در حد متوسط بود. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین فرهنگ ایمنی (r =۰/۲۵، p<۰/۰۰۱) و قاطعیت (r= ۰/۱۴، p =۰/۰۱) با همکاری پرستار و پزشک ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت (جدول۲).

جدول۲: ضریب همبستگی بین فرهنگ ایمنی، قاطعیت، همکاری پرستار- پزشک، سن و سابقه کاری در پرستاران بیمارستان های آموزشی خراسان جنوبی

متغیر	سابقه کاری	سن	همکاری پرستار -پزشک	قاطعیت	فرهنگ ایمنی
سابقه کاری	۱				
سن	r=۰/۸۵, p<۰/۰۰۱	۱			
همکاری	r=-۰/۰۱, p=۰/۸۶	r=-۰/۰۱, p =۰/۹۳	۱		
قاطعیت	r=۰/۰۱, p=۰/۸۸	r=-۰/۰۲ , p=۰/۷۶	r=۰/۱۴, p =۰/۰۱	۱	
فرهنگ ایمنی	r=۰/۰۲, p =۰/۷۱	r=۰/۰۸ , p=۰/۱۶	r=۰/۲۵ , p<۰/۰۰۱	r=۰/۰۲, p =۰/۶۶	۱

به منظور بررسی ارتباط بین قاطعیت و همکاری پرستار - پزشک و اندازه گیری اثرات مستقیم و غیر مستقیم این دو متغیر بر فرهنگ ایمنی از تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج نشان داد که همکاری پرستار و پزشک به صورت مستقیم و قاطعیت به صورت غیر مستقیم برروی فرهنگ ایمنی اثر دارد. به اینصورت که قاطعیت از طریق همکاری برروی فرهنگ ایمنی اثر می گذارد (جدول۳).

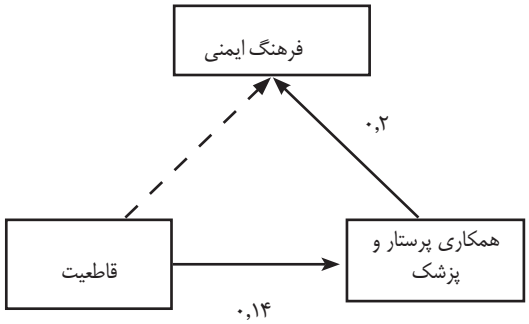
جدول۳: مقادیر اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر فرهنگ ایمنی در پرستاران بیمارستان های آموزشی خراسان جنوبی بر اساس مدل تحلیل مسیر

روابط مستقیم با مدل		مقدار برآورد B	خطای استاندارد SE	ضرایب استاندارد β	سطح معناداری p
همکاری	فرهنگ ایمنی	۰/۲۰	۰/۰۴	۰/۲۵	<۰/۰۰۱
قاطعیت	همکاری	۰/۱۷	۰/۰۶	۰/۱۴	۰/۰۱
قاطعیت	فرهنگ ایمنی	-۰/۰۱	۰/۰۵	-۰/۰۱	۰/۸۴

در بررسی برازش مدل مورد نظر، از چند شاخص استفاده گردید. مقدار آماره کای دو ۸/۷۰ با درجه آزادی ۶ و مقدار احتمال ۰/۲۷ مطلوبیت مدل برازش شده مورد تایید قرار گرفت. شاخص نیکویی برازش GFI مقدار ۰/۹۹ بسیار مطلوب (نزدیک به ۱) و ریشه مقدار میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) نیز ۰/۰۳ در حد کنترل شده (کمتر از ۰/۱) بود. مقدار شاخص TLI برابر با ۰/۹۹ بود که تایید کننده مطلوب بودن مدل برازش شده می باشد.

(نمودار ۱) نمودار تحلیل مسیر را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که به ازای یک واحد افزایش در نمره همکاری پرستار- پزشک نمره فرهنگ ایمنی به میزان ۰/۲۵ افزایش پیدا می کند. متغیرهای قاطعیت به صورت غیرمستقیم بر نمره فرهنگ ایمنی تاثیرگذار بودند. نمره قاطعیت به صورت غیرمستقیم و به واسطه متغیر همکاری پرستار- پزشک به میزان ۰/۰۳ واحد می تواند نمره فرهنگ ایمنی را تغییر می دهد. یعنی افزایش نمره قاطعیت باعث افزایش نمره همکاری پرستار- پزشک و به واسطه افزایش نمره همکاری پرستار - پزشک منجر به افزایش نمره فرهنگ ایمنی نیز می‌شود (نمودار ۱).

نمودار ۱: دیاگرام ارتباط فرهنگ ایمنی، همکاری پرستار - پزشک و قاطعیت در پرستاران بیمارستان های آموزشی خراسان جنوبی براساس مدل تحلیل مسیر



www.SID.ir
Downloaded from ijnv.ir at 9:05 +0430 on Sunday May 3rd 2020
[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

Archive of SID

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمره فرهنگ ایمنی، قاطعیت پرستاران و همکاری پرستار- پزشک در حد متوسط بود. از طرفی نتایج تحلیل مسیر نشان داد که همکاری پرستار و پزشک به صورت مستقیم و قاطعیت پرستاران به صورت غیر مستقیم برروی فرهنگ ایمنی اثر دارد. در جستجوهای گسترده مقاله ای که دقیقا متغیرهای مطالعه حاضر را مورد بررسی قرار دهد یافت نشد بنابراین از مطالعات مشابه استفاده گردید. نتایج مطالعه Yaya Wang نشان داد که پرستاران سطح متوسطی از همکاری پرستار و پزشک را داشتند (۳/۹۳±۰/۶۸)، میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس ها در حیطه های همکاری در درمان (۳/۸۳±۰/۷۷)، فرایند تصمیم گیری (۴/۰۶±۰/۶۸) و به اشتراک گذاری اطلاعات بیمار (۳/۹۴±۰/۷۵) بود که نیاز به بهبودی روابط در زمینه های مراقبت و تصمیم گیری در مورد بیماران را نشان می داد(۴۰).

از طرفی نتایج مطالعه ما نیز نشان داد که بین فرهنگ ایمنی و رابطه پرستار و پزشک ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. بر طبق نظر Tang برایند ارتباطات موثر بین پزشکان و پرستاران مراقبت بهتر و ایمن تر از بیماران می باشد (۴۱). Källberg معتقد است که از فاکتورهایی که می¬تواند ایمنی بیمار را با مشکل مواجه کند ارتباطات ضعیف بین پزشک و پرستار می‌باشد (۴۲). همچنین در این زمینه Hughes و Johnson به اهمیت ارتباطات مؤثر و درک نقش های حرفه‌ای برای دستیابی به یک همکاری موثر در زمینه مراقبت ایمن از بیمار پی بردند(۴۳،۴۴). نتایج مطالعه ضیغمی محمدی نشان داد که ارتباط بین پزشکان و پرستاران در حد خوب بوده است که با نتایج مطالعه ما متفاوت می باشد. در این مطالعه از نظر میزان همکاری بین پزشکان و پرستاران درتصمیم گیری های درمانی برای بیماران ۱۴ درصد همکاری ضعیف، ۵۲ درصد همکاری متوسط و ۳۴ درصد همکاری خوب داشته¬اند. شاید استفاده بیشتر از مهارت های ارتباطی منجر به افزایش ارتباط موجود شده باشد.(۴۵). همچنین مطالعات دیگري نیز بیان می کند که همکاری پرستاران در تصمیم گیری با پزشکان می تواند به بهبود عملکرد و پاسخگویی آنها، نگرش مثبت در جهت سازماندهی، رضایت شغلی و بهبود مراقبت در بیماران و در نهایت ارتقاء سطح ایمنی بیماران شود (۴۶،۴۷). Lyons معتقد است که راندهای مشترک بین پزشکان و پرستاران در بهبود برنامه مراقبتی بیماران موثر خواهد بود و طبق نظر Edwards خطاهای دارویی کاهش خواهد یافت (۴۸، ۴۹). Manojlovich معتقد است که روابط همکاری مؤثر بین پرستاران و پزشکان پایه و اساس فراهم کردن مراقبت ایمن و با کیفیت است، در حالیکه نداشتن همکاری، مسئول شیوع بسیاری از خطاهای دارویی است که هریک از این خطاها ممکن است ایمنی بیمار را به مخاطره بیاندازد (۵۰).

نتایج مطالعه Ghahramanian نیز نشان داد که بین کیفیت خدمات مراقبت های بهداشتی با فرهنگ ایمنی بیمار($p<0/001$) و روابط حرفه ای پزشک و پرستار همبستگی معنی داری وجود دارد ($p<0/001$) (۵۱).

نتایج مطالعه William Martinez درباره صحبت کردن در مورد عوامل غیرحرفه¬ای و حرفه ای تهدیدکننده ایمنی بیماران نشان داد که مشارکت کنندگان (اینترن ها و رزیدنت ها) در طول مدت زمان بستری بیماران، رفتارهای غیرحرفه ای (۷۵٪) را نسبت به عوامل تهدیدکننده ایمنی بیماران (۴۹٪) بیشتر مشاهده می کردند($p<0/001$)، اما این رفتارها که باعث به خطر افتادن ایمنی بیماران می شد به علت ترس از برخوردهای احتمالی، کمتر گزارش می گردید (۵۲). قاطعیت نیز با تاثیر بر همکاری پرستار- پزشک می تواند در تغییر سطح فرهنگ ایمنی موثر باشد. نتایج مطالعات محدودی به ارتباط مستقیم بین ایمنی بیماران و قاطعیت پرداخته است. نتایج نشان داده که ارتباطات ضعیف ما بین پزشک و پرستار در رابطه با نداشتن قاطعیت در گزارش خطاها به ما فوق منجر به ایجاد خطرات شدید در بیماران شده است (۵۳). نتایج مطالعاتی نیز نشان می دهد که کارکنان بهداشتی حتی زمانیکه از خطرات آسیب به بیماران مطلع هستند، در بیان مشکلات تردید می کنند و این می تواند نشان دهنده ضعف مهارت قاطعیت در اعضای تیم درمان باشد (۵۴، ۵۵).

مهارت قاطعیت به شفاف سازی و رفع ابهام در موقعیت‌های بالینی کمک می‌کند (۵۶) و در این راستا به بهبود ایمنی و کاهش خطاها در بیماران می انجامد (۵۷). مطالعه Okuyama نشان داد که مهارت قاطعیت ممکن است به طور مستقیم نتواند بر ایمنی بیماران موثر باشد اما به طور غیرمستقیم می تواند ایمنی بیمار را تحت تاثیر قرار دهد. افزایش مهارت قاطعیت می تواند منجر به بهبود روابط کاری بین اعضای تیم درمان و در نهایت ارتقاء فرهنگ ایمنی بیماران شود (۵۸).

در میان تاثیر متغیرهای دموگرافیک در مطالعه حاضر، بین فرهنگ ایمنی با سن و سابقه کاری ارتباط معناداری وجود نداشت و این یافته برخلاف نتایج مطالعه سالاروند بود. مطالعه سالاروند نشان داد که بین متغیرهای سن و ساعت کاری با فرهنگ ایمنی ارتباط مثبت و معنی داری وجود دارد، یعنی هرچه سن، مدت سابقه کار در بیمارستان، بخش و حرفه افزایش یابد، نمره فرهنگ ایمنی نیز افزایش می یابد (۵۹). در مطالعه مقری و همکاران یافته‌ها نشان داد که افراد دارای سابقه کار کمتر امتیاز بیشتری از نمره فرهنگ ایمنی داشتند (۱۴). این تفاوت ها را میتوان به اینکه درک و تبحر کارکنان از فرهنگ ایمنی با افزایش سابقه کار، بیشتر شود یا افراد جوان تر از نظر علمی و دقت عمل پویاتر هستند، نسبت داد. مطالعه شریفی و همکاران نیز نشان داد که بین ابعاد فرهنگ ایمنی و متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان اختلاف معناداری مشاهده نشد (۶۰). به طور کلی مطالعات مختلف یافته های متفاوتی را در این زمینه ارائه کرده اند. یافته های این مطالعه موید این مطلب است که ایجاد جوی حمایتگرانه و به دور از سرزنش، توضیح خطا و تحلیل آن و پی بردن به علل وقوع آن، یادگیري سازمانی از خطاها و شناسایی روش هاي پیشگیري از تکرار اشتباهات در آینده، لزوم یادگیری و بکارگیری مهارتهای ارتباطی در جهت برقراری ارتباط کادر درمانی در مراقبت از بیماران، آموزش ضمن خدمت

www.SID.ir

Downloaded from ijnv.ir at 9:05 +0430 on Sunday May 3rd 2020

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

کارکنـان در ایـن زمینـه ومداخـات مؤثـر دیگـر در افزایـش ایمنـی بیـماران در کارکنـان مراکـز درمانـی اهمیـت دارنـد.

از محدودیتهـای مطالعـه حـاضر تکمیـل پرسشـنامه‌ها بـه صـورت خـود گزارشـی مـی باشـد کـه در ایـن صـورت احتـمال اینکـه در سـطح بالاتـری مهـارت قاطعیـت، فرهنـگ ایمنـی و همـکاری پرسـتار- پزشـک گـزارش شـده باشـد وجود دارد.

نتیجه گیری

فرهنـگ ایمنـی بیـمار یکـی از عوامـل مهـم دخیـل در ایجـاد ایمنـی بیـمار در بیمارسـتانها و مراکـز درمانـی اسـت و عـدم وجـود آن در بیمارسـتان بدیـن معنـی اسـت کـه ایمنـی بیـمار در بیمارسـتان دچـار مشـکل اسـت. در حـال حـاضر نیـز بسـیاری از سـازمان‌های بهداشـتی و درمانـی جهـان در زمینـه کیفیـت خدمـات درمانـی، ایمنـی بیـمار و اعتبـار بخشـی بـر اهمیـت ایجـاد فرهنـگ ایمنـی در سـازمان‌ها در جهـت ارتقـای ایمنـی بیـماران تاکیـد می‌کننـد.

نتایـج ایـن مطالعـه نشـان داد کـه نیـاز بـه بهبـود سـطح فرهنـگ ایمنـی در میـان کارکنـان تیـم بهداشـتی در مراقبـت از بیـماران وجـود دارد و از طرفـی ایـن مهـم نیـز حاصـل نمی‌گـردد، مگـر در مهارت‌هایـی همچـون همـکاری پرسـتار پزشـک و قاطعیـت کـه جـزء ضروری مهارت‌هـای ارتباطـی و کار تیمـی محسـوب می‌شـود.

تشکر و قدردانی

بدیـن وسـیله از تمامي پرسنل محترم پرستاري شاغل در بیمارسـتان هـای آموزشـی خراسـان جنوبـی کـه در تکمیـل پرسشـنامه هـا همـکاری کردنـد قدردانـی و سپاسـگزاری بـه عمـل مـی آیـد.

Reference

1. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 User Comparative Database Report.Rockville, MD: AHRQ Publication.No.10- 0026; 2010.
2. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Geneva; 2004.
3. Black. c. 10 facts on patient safety: World Health Organization; 2018 [updated Mar/2018. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/.
4. Bonney W. Medical errors: moral and ethical considerations. Journal of Hospital Administration. 2013; 3 (2): 80.
5. Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR (eds).Institute ofMedicine. Preventing medication errors: Quality chasm series. Washing-ton, DC: The National Academies Press; 2007.
6. Bodur S, Filiz. E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. BMC Health Serv Res. 2010; 10 (28): 1 - 9.
7. Hashemi F, Nikbakht Nasrabadi A, Asghari F. The obstacles of reporting nursing errors in Iran: a qualitative study. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011;4 (2): 53 - 64.
8. Health team in Hamshahri magazine. Available from:http://www. hamshahrionline. ir/details/ 89071. Accessed 8 may 2012.
9. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Burlington, VT: Ashgate; 2000.
10. Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP,Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. Qual Saf Health Care, 2003; 12: 405– 410.
11. Christine E. Sammer, Kristine Lykens, Karan P. Singh, et al.What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. Journal of Nursing Scholarship,2010, 00:0, 1–10.
12. Rezapoor A, Tanoomand Khoushehmehr A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. Study of patients› safety culture in Selected Training hospitals affiliated whith Tehran university of medical sciences. Journal of Hospital. 2012; 11(2): 55 - 64. [Persian].
13. Wang X, Liu K, You L-m, Xiang J-g, Hu H-g, Zhang L-f, et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. International journal of nursing studies. 2014; 51(8): 1114-22.
14. Moghri J, Akbari Sari A, RahimiForooshani A, Arab M. Patient Safety Culture Status in General Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Hakim Research Journal. 2013; 16 (3): 243 - 50. [Persian].
15. Abdi Z, Maleki MR, Khosravi A. Perceptionsof patient safety culture among staff of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical. Payesh Journal. 2011; 10 (4): 411 - 419. [Persian].
16. Sarsangi V, Kkhajevandi AA, Motallebi KashaniM, Sabahi Bidgoli M, Zarei E, Salim Abadi M, et al. Development and Psychometrics of «Nurses Safety Climate Assessment Questionnaire».Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2015, 22 (1). 151-159. [Persian].

www.SID.ir
Downloaded from ijnv.ir at 9:05 +0430 on Sunday May 3rd 2020
[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

17. Elsous A, Akbari Sari A, Rashidian A, AljeeshY Radwan M,AbuZaydeh H.A cross-sectional study to assess the patient safety culture in the Palestinian hospitals: a baseline assessment for quality improvement: Journal of the Royal Society of Medicine Open; 7 (12) 1–12
18. Rezaei TA, Abdullahzadeh F, Ghahramanian A, Asghari Jafar Abadi M, Fadaey Z, Sheikhalipour Z. Patient safety culture and the factors influencing from the perspective of nurses of Medical Center of Imam Reza (AS) Tabriz. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2018; 15 (10): 767 - 76. . [Persian].
19. Kaafarani HM, Itani KM, Rosen AK, Zhao S, Hartmann CW, Gaba DM. How does patient safety culture in the operating room and post-anesthesia care unit compare to the rest of the hospital? The American Journal of Surgery. 2009;198(1):70-5. [Persian].
20. Allen S, Chiarella M, Homer CS. Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study. Midwifery. 2010; 26 (5): 497 - 503.
21. Heydari khayat N. Assessing safety events and its correlation with nurse-physician interaction from nurses view. Journal of Nursing Administration. 2009; 1 (2): 37 - 43. [Persian].
22. Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. The view point of nurses about professional relationship between nurses and physicians. Journal of Nursing and Midwifery School, Boyeh Gorgan. 2010; 7 (1): 63 - 72. [Persian]
23. Lindeke LL, Sieckert AM. Nurse-physician workplace collaboration. Online Journal of Issues in Nursing. 2005; 10 (1): 1 - 11.
24. Blake N, Leach LS, Robbins W, Pike N, Needleman J. Healthy work environments and staff nurse retention: the relationship between communication, collaboration, and leadership in the pediatric intensive care unit. Nursing administration quarterly. 2013; 37 (4): 356 - 70.
25. Tang C, Chan S, Zhou W, Liaw SY. Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. International nursing review. 2013; 60 (3): 291 - 302.
26. Robinson FP, Gorman G, Slimmer LW, Yudkowsky R. Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. Nurs Forum. 2010; 45 (3): 206 - 16.
27. Rothschild JM, Churchill W, Erickson A, Munz K, Schuur JD, Salzberg CA, et al. Medication errors recovered by emergency department pharmacists. Annals of emergency medicine. 2010; 55 (6): 513 - 21.
28. Zamani AR, Zamani N, Sherafat Z. Assessment and compare of nurses and physicians views about Dr-nurse relationship cycle in Alzahra hospital. J Isfahan Med Sch 2011; 28 (120): 1529 - 36. [Persian].
29. Wright RR. Coping with interpersonal conflicts at work: An examination of the goodness of fit hypothesis among nurses. PhD Thesis USA: Portland State University; Depart of Psychology: 2012.
30. Almost J. Conflict within nursing work environments: Concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 2006; 53 (4): 444 – 53.
31. Vivar CG. Putting conflict management into practice: a nursing case study. Journal Nurse Management. 2006; 14 (3): 201 - 6.
32. Well E, First F, Dignity P, it Out W, Training CB. How nurse managers let down staff. Nursing Management. 2006; 13 (3).
33. Rose L. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? Nursing in critical care. 2011; 16 (1): 5 -10.
34. Hughes B, Fitzpatrick JJ. Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. Journal of interprofessional care. 2010; 24 (6): 625 - 32.
35. Imanifar N, Seyedin AV, Roshanzadeh M, Afshar L. The relationship between patient advocacy practice of nurses and their assertiveness. Medical Ethics Journal. 2017; 9 (32): 141 - 66. [Persian].
36. Moghri J, Ghanbarnezhad A, Moghri M, Rahimi Forooshani A, Akbari Sari A, Arab M. Validation of Farsi version of hospital survey on patient Safety culture questionnaire, using confirmatory factor analysis method. Journal of Hospital. 2012; 11 (2): 19 - 30.
37. Ushiro R. Nurse–Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing. Journal of advanced nursing. 2009; 65 (7): 1497 - 508.
38. Rathus SA. A 30-item schedule for assessing assertive behavior. Behavior therapy. 1973; 4 (3): 398 - 406.
39. Fatemi N. Assertiveness skill and use of Ecstasy among Iranian adolescents. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2008; 10 (40): 265 - 72.
40. Wang X, Liu K, You L-m, Xiang J-g, Hu H-g, Zhang L-f, et al. The relationship between patient safety culture

www.SID.ir
Downloaded from ijnv.ir at 9:05 +0430 on Sunday May 3rd 2020
[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

and adverse events: A questionnaire survey. International journal of nursing studies. 2014;51(8):1114-22.
41. Tang C, Chan S, Zhou W, Liaw SY. Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. International nursing review. 2013; 60 (3): 291 - 302.
42. Källberg A-S, Ehrenberg A, Florin J, Östergren J, Göransson KE. Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. International emergency nursing. 2017; 33: 14 - 9.
43. Hughes B, Fitzpatrick JJ. Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. Journal of interprofessional care. 2010; 24 (6): 625 - 32.
44. Johnson S, King D. Nurses› perceptions of nurse-physician relationships: medical-surgical vs. intensive care. Medsurg Nursing. 2012 Nov 1; 21(6).
45. Zeighami Mohammadi S, Hagigi S. The association between nurses communication skills and nurse-physician relationship and collaboration. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2009; 6 (4): 188 - 96.
46. professional communication. Health promotion perspectives. 2017; 7 (3):168.
47. Robinson FP, Gorman G, Slimmer LW, Yudkowsky R. Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. Nurs Forum. 2010; 45 (3): 206 - 16.
48. Lyons KJ, Giordano C, Speakman E, Isenberg G, Antony R, Hanson-Zalot M, et al. Jefferson interprofessional clinical rounding project: an innovative approach topatient care. Journal of allied health. 2013;42(4):197-201
49. Edwards C. Using interdisciplinary shared governance and patient rounds to increase patient safety. Medsurg nursing. 2008; 17 (4): 255.
50. Manojlovich M. Annals of HSR: nurse/physician communication through a sensemaking lens: shifting the paradigm to improve patient safety. Medical care. 2010: 941 - 6.
51. Ghahramanian A, Rezaei T, Abdullahzadeh F, Sheikhalipour Z, Dianat I. Quality of healthcare services and its relationship with patient safetyculture and nurse-physicianprofessional communication. Health promotion perspectives. 2017; 7 (3): 168. [Persian].
52. Martinez W, Lehmann LS, Thomas EJ, Etchegaray JM, Shelburne JT, Hickson GB, et al. Speaking up about traditional and professionalism-related patientsafety threats: a national survey of interns and residents. BMJ Qual Saf. 2017: bmjqs- 2016 - 006284.
53. Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. BMC health services research. 2014; 14 (1): 61.
54. Rutherford J, Flin R, Mitchell L. Teamwork, communication, and anaesthetic assistance in Scotland. British journal of anaesthesia. 2012; 109 (1): 21 - 6.
55. Churchman JJ, Doherty C. Nurses› views on challenging doctors› practice in anacute hospital. Nursing Standard (through 2013). 2010; 24 (40): 42.
56. Lyndon A. Social and environmental conditions creating fluctuating agency for safety in two urban academic birth centers. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2008; 37 (1): 13 - 23.
57. Lyndon A, Sexton JB, Simpson KR, Rosenstein A, Lee KA, Wachter RM. Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. BMJ Publishing Group Ltd; 2012.
58. Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. BMC health services research. 2014; 14 (1): 61.
59. Salarvand SH ,Moayyedkazemi A ,Bahri N,Dalvand P, Moghimian M, Mahmoudi GH, Ebrahimzadeh F. Assessing Medical Staff›s View of Patient Safety Culture. Nursing Management.2015; 4 (3).
60. Sharifi S, Izadi-Tame A, Hatamipour K, Sadeghigooghary N, Safabakhsh L. Patient safety culture from Mazandaran clinical nurses' perspective. Iran Journal of Nursing. 2014; 27 (88): 77 - 87.

Downloaded from ijnv.ir at 9:05 +0430 on Sunday May 3rd 2020

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

www.SID.ir

Archive of SID

Relationship between assertiveness and physician-nurse collaboration with safety culture

Fatemeh Rabbani, * Mojgan Kardan, Seyyed Abolfazl Waghar Seyyedin, Mahnaz Bahrami

Introduction: Improving patient safety is one of the main pillars of health services. On the other hand, the professional communication between the health team members and some personality characteristics of nurses, such as Assertiveness, can affect the quality of services provided to the patient. Therefore, this study aimed to determine how safety culture is associated with nurse-physician collaboration and Assertiveness from nurses' perspective.

Material & Methods: A cross-sectional study was done in 2018, in this study300 nurses from 9 teaching hospitals located in South Khorasan province were selected through convenience sampling. Data were collected using the HSOPSC Hospital Safety Culture Questionnaire, Ushiro Nurse's Contribution, and Ratus Determinism. Finally, using SPSS-22 software, Pearson correlation and And analysis of the Amos route.

Results: The results of the study showed that the mean and standard deviation of the safety culture score was 123.40 ± 14.26, the Assertiveness was equal to 1.99 ± 14.82 and the mean value collaboration was 81.5 ± 17.96. On the other hand, the results of Amos analysis showed that the cooperation of the physicians and nurse directly and Assertiveness indirectly affects the culture of safety. This is how Assertiveness influences the culture of safety through the collaboration of physicians and nurses.

Conclusion: The findings suggest designing programs aimed at improving the relationship between physicians and nurses and enhancing the skill of nurses and thus enhancing patient safety.

Keywords: Safety culture, patient safety, physician - nurse collaboration, assertiveness

Rabbani F.
MSc of Neonatai Intensive Care Nursing, Faculty Member of Medical - Surgical Nursing, Department of Nursing & Midwifery, Birjand university of Medical Sciences, Birjand, Iran.

*** Corresponding author**
Kardan M.
MSc Student in Nursing, Department of Nursing & Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
Address:mo.kardan54@gmail.com

Waghar Seyyedin S.A.
Assistant Professor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Bahrami M.
MSc of Nursing, Faculty Member of Medical - Surgical Nursing, Department of Nursing & Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Vol 8, No 2, 2019

Downloaded from ijnv.ir at 9:05 +0430 on Sunday May 3rd 2020

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

www.SID.ir