

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 ویژگی‌های شخصیتی پرستاران از جمله قاطعیت می‌تواند 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 روش‌ها:** 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 نمونه‌گیری طبقه‌ای-تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمارستانی HSOPSC، همکاری پرستار-پزشک Ushiro و قاطعیت Ratus جمع‌آوری و در نهایت با استفاده از نرم افزار SPSS۲۲ و از طریق آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر Amos تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره فرهنگ ایمنی برابر با $123/40 \pm 14/26$ ، قاطعیت برابر با $1/99 \pm 14/82$ و همکاری برابر با $81/50 \pm 17/96$ 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 بر روی فرهنگ ایمنی اثر دارد. به اینصورت که قاطعیت از طریق همکاری پرستار و پزشک بر روی فرهنگ ایمنی اثر می‌گذارد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها پیشنهاد کننده طراحی برنامه‌هایی با هدف بهبود روابط بین پرستار و پزشک و افزایش مهارت قاطعیت در پرستاران و در نتیجه ارتقاء ایمنی بیمار می‌باشد. **کلمات کلیدی:** فرهنگ ایمنی، ایمنی بیمار، همکاری پرستار-پزشک، قاطعیت.

فاطمه ربانی

کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های 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 مامائی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

آدرس: mo.kardan54@gmail.com

سیدابوالفضل وقارسیدین

استادیار، دانشکده پرستاری و مامائی 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

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 و همکاران در سال ۱۳۹۶ 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 مستقیماً 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 پرستار و پزشک می تواند 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 چالش های مختلف از جمله ارتباطات ضعیف، تفاوت قدرت، بی احترامی، نبودن وظیفه مشخص مختل شده است (۲۵، ۲۶). از طرفی این ارتباطات ضعیف، با کاهش شاخص های ایمنی مانند بروز خطاها و حوادث در بیماران همراه است (۲۷). در مطالعه که توسط زمانی و همکاران 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 تنش زاترین 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 همکاری، ارتباطات باز و صادقانه

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 WHO ایمنی 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 سمنان و اراک به ترتیب خطاهای دارویی به میزان ۱۶/۷ و 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 مراقبت های بهداشتی است (۱۲، ۱۳).

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 ($r=0/82$) گزارش گردید. رضایور (۱۲) آلفای کرونباخ مولفه های پرسشنامه فرهنگ ایمنی را بین $0/65$ تا $0/84$ گزارش کرده است. این پرسشنامه شامل ۴۲ 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، ارائه 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 بیمارستان به صورت لیکرت ۵ گزینه ای در این پرسشنامه پاسخ های کاملاً موافقم / موافقم / نظری ندارم / اغلب اوقات / همیشه به عنوان پاسخ مثبت برای سوالات مثبت و پاسخ های کاملاً 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 بر تعداد سوالات هر بعد یا حیطه محاسبه و استخراج می شوند. ابعادی که امتیاز مثبت حداقل ۵۰ درصد داشتند وضعیت 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، تشریح مساعی در فرایند 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 معمولاً، 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

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 مؤثر بین پزشک و پرستار در بهبود کیفیت و برابری مراقبت از بیماران نیز به طور چشمگیری مؤثر می باشد (۳۳، ۳۴).

با توجه به اهمیت موضوع ایمنی بیمار و عوامل تاثیر گذار بر آن از جمله قاطعیت پرستار و همکاری پرستار- پزشک به عنوان اولین خط مراقبتی از بیماران و از طرفی با توجه به ضعف گزارش شدن فرهنگ ایمنی بیماران در مطالعات مختلف ایرانی و خارجی 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 $d=0/05$ ، $d=0/04$ و $S=0/304$) 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 بر روی ۳۰۰ پرسشنامه صورت گرفت. جهت انجام نمونه گیری از روش نمونه گیری طبقه ای، 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. ۱۶۹ نفر (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.

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 این طور است (+۳)، نسبتاً این طور است (+۲)، خیلی کم این طور 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 علائم 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 بیمارستان های آموزشی بیرجند موافقت آن ها را مبنی بر انجام پژوهش کسب نمودند. نمونه هایی که معیار ورود به مطالعه را داشتند انتخاب و بعد از اخذ رضایت نامه از آن ها 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. در صورت 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 داده ها 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.

یافته ها

در این مطالعه دیدگاه ۳۰۰ نفر از پرستاران مورد بررسی قرار گرفت. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان $32/43 \pm 7/23$ سال و سابقه کاری $6/32 \pm 8/01$ 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 (جدول ۱).

جدول ۱: 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)
	صبح	۴۱	(٪ ۱۳/۶۶)
نوع شیفت	عصر	۹	(٪ ۳)
	شب	۳	(٪ ۱)
	در گردش	۲۴۷	(٪ ۸۲/۳۳)
بخش محل کار	ویژه	۱۰۱	(٪ ۳۳/۶۶)
	عمومی	۱۹۹	(٪ ۶۶/۳۳)
	رسمی	۱۰۳	(٪ ۳۴/۳)
نوع استخدام	پیمانی	۱۱۳	(٪ ۳۷/۷)
	شرکتی و قراردادی	۸۴	(٪ ۲۸)
میانگین \pm انحراف معیار			
سن		$32/43 \pm 7/23$	
سابقه کاری		$6/32 \pm 8/01$	

میانگین و انحراف معیار نمره فرهنگ ایمنی برابر با $14/26 \pm 13/40$ ، که بین فرهنگ ایمنی ($r = 0/25, p < 0/001$) و قاطعیت ($r = 0/01$) قاطعیت برابر با $14/82 \pm 1/99$ و همکاری برابر با $17/96 \pm 81/50$ در حد متوسط بود. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد وجود داشت (جدول ۲).

جدول ۲: 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	$r = 0/85, p < 0/001$	۱			
همکاری	$r = -0/01, p = 0/86$	$r = -0/01, p = 0/93$	۱		
قاطعیت	$r = 0/01, p = 0/88$	$r = -0/02, p = 0/76$	$r = 0/14, p = 0/01$	۱	
فرهنگ ایمنی	$r = 0/02, p = 0/71$	$r = 0/08, p = 0/16$	$r = 0/25, p < 0/001$	$r = 0/02, p = 0/66$	۱

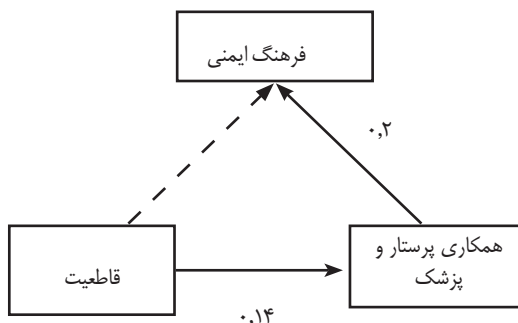
به منظور بررسی ارتباط بین قاطعیت و همکاری پرستار - پزشک و اندازه گیری اثرات مستقیم و غیر مستقیم این دو متغیر بر فرهنگ ایمنی از تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج نشان داد که همکاری پرستار و پزشک به صورت مستقیم و قاطعیت به صورت غیر مستقیم بر روی فرهنگ ایمنی اثر دارد. به اینصورت که قاطعیت از طریق همکاری بر روی فرهنگ ایمنی اثر می گذارد (جدول ۳).

جدول ۳: 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	0/20	0/04	0/25	< 0/001
قاطعیت	همکاری	0/17	0/06	0/14	0/01
قاطعیت	فرهنگ ایمنی	-0/01	0/05	-0/01	0/84

در بررسی برازش مدل مورد نظر، از چند شاخص استفاده گردید. مقدار آماره کای دو 8/70 با درجه آزادی 6 و مقدار احتمال 0/27 مطلوبیت مدل برازش شده مورد تایید قرار گرفت. شاخص نیکویی برازش GFI مقدار 0/99 بسیار مطلوب (نزدیک به 1) و ریشه مقدار میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) نیز 0/03 در حد کنترل شده (کمتر از 0/1) بود. مقدار شاخص TLI برابر با 0/99 بود که تایید کننده مطلوب بودن مدل برازش شده می باشد. نمودار 1) نمودار تحلیل مسیر را نشان می دهد. نتایج نشان داد در بررسی برازش مدل مورد نظر، از چند شاخص استفاده گردید. مقدار آماره کای دو 8/70 با درجه آزادی 6 و مقدار احتمال 0/27 مطلوبیت مدل برازش شده مورد تایید قرار گرفت. شاخص نیکویی برازش GFI مقدار 0/99 بسیار مطلوب (نزدیک به 1) و ریشه مقدار میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) نیز 0/03 در حد کنترل شده (کمتر از 0/1) بود. مقدار شاخص TLI برابر با 0/99 بود که تایید کننده مطلوب بودن مدل برازش شده می باشد. نمودار 1) نمودار تحلیل مسیر را نشان می دهد. نتایج نشان داد

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



پزشک و پرستار همبستگی معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$) (۵۱).

نتایج مطالعه William Martinez درباره صحبت کردن در مورد عوامل غیرحرفه‌ای و حرفه‌ای تهدیدکننده ایمنی بیماران نشان داد که مشارکت کنندگان (اینترن‌ها و رزیدنت‌ها) در طول مدت زمان بستری بیماران، رفتارهای غیرحرفه‌ای (۷۵٪) را نسبت به عوامل تهدیدکننده ایمنی بیماران (۴۹٪) بیشتر مشاهده می‌کردند ($p < 0/001$). اما این رفتارها که باعث به خطر افتادن ایمنی بیماران می‌شد به علت ترس از برخوردهای احتمالی، کمتر گزارش می‌گردید (۵۲). قاطعیت نیز با تاثیر بر همکاری پرستار-پزشک می‌تواند 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 می‌دهد که کارکنان بهداشتی حتی زمانی که از خطرات آسیب به بیماران مطلع هستند، در بیان مشکلات تردید می‌کنند و این می‌تواند 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 می‌انجامد (۵۷). مطالعه Okuyama نشان داد که مهارت قاطعیت ممکن است به طور مستقیم نتواند بر ایمنی بیماران موثر باشد اما به طور غیرمستقیم می‌تواند ایمنی بیمار را تحت تاثیر قرار دهد. افزایش مهارت قاطعیت می‌تواند 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 می‌یابد (۵۹). در مطالعه مقری و همکاران یافته‌ها نشان داد که افراد دارای سابقه کار کمتر امتیاز بیشتری از نمره فرهنگ ایمنی داشتند (۱۴). این تفاوت‌ها 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 یافته‌های متفاوتی را در این زمینه ارائه کرده‌اند. یافته‌های 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، یادگیری سازمانی از خطاها و شناسایی روش‌های پیشگیری از تکرار اشتباهات در آینده، لزوم یادگیری و بکارگیری مهارت‌های ارتباطی در جهت برقراری ارتباط کادر درمانی در مراقبت از بیماران، آموزش ضمن خدمت

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 بر روی فرهنگ ایمنی اثر دارد. در جستجوهای گسترده مقاله‌ای که دقیقاً 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 ($3/93 \pm 0/78$)، میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌ها در حیطه‌های همکاری در درمان ($3/83 \pm 0/77$)، فرایند تصمیم‌گیری ($4/06 \pm 0/78$) و به اشتراک گذاری اطلاعات بیمار ($3/94 \pm 0/75$) بود که نیاز به بهبودی روابط در زمینه‌های مراقبت و تصمیم‌گیری در مورد بیماران را نشان می‌داد (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 براین ارتباطات موثر بین پزشکان و پرستاران مراقبت بهتر و ایمن تر از بیماران می‌باشد (۴۱). Källberg معتقد است که از فاکتورهایی که می‌تواند ایمنی بیمار را با مشکل مواجه کند ارتباطات ضعیف بین پزشک و پرستار می‌باشد (۴۲). همچنین در این زمینه Johnson و Hughes به اهمیت ارتباطات مؤثر و درک نقش‌های حرفه‌ای برای دستیابی به یک همکاری مؤثر 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 می‌باشد. در این مطالعه از نظر میزان همکاری بین پزشکان و پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی برای بیماران ۱۴ درصد همکاری ضعیف، ۵۲ درصد همکاری متوسط و ۳۴ درصد همکاری خوب داشته‌اند. شاید استفاده بیشتر از مهارت‌های ارتباطی منجر به افزایش ارتباط موجود شده باشد (۴۵). همچنین مطالعات دیگری نیز بیان می‌کند که همکاری پرستاران در تصمیم‌گیری با پزشکان می‌تواند 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 مراقبت‌های بهداشتی با فرهنگ ایمنی بیمار ($p < 0/001$) و روابط حرفه‌ای

درمانی، ایمنی بیمار و اعتبار بخشی بر اهمیت ایجاد فرهنگ ایمنی در سازمان‌ها در جهت ارتقای ایمنی بیماران تاکید می‌کنند. نتایج این مطالعه نشان داد که نیاز به بهبود سطح فرهنگ ایمنی در میان کارکنان تیم بهداشتی در مراقبت از بیماران وجود دارد و از طرفی این مهم نیز حاصل نمی‌گردد، مگر در مهارت‌هایی همچون همکاری پرستار پزشک و قاطعیت که جزء ضروری مهارت‌های ارتباطی و کار تیمی محسوب می‌شود.

کارکنان در این زمینه مداخلات مؤثر دیگر در افزایش ایمنی بیماران در کارکنان مراکز درمانی اهمیت دارند. از محدودیتهای مطالعه حاضر تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت خود گزارشی می باشد که در این صورت احتمال اینکه در سطح بالاتری مهارت قاطعیت، فرهنگ ایمنی و همکاری پرستار- پزشک گزارش شده باشد وجود دارد.

نتیجه گیری

فرهنگ ایمنی بیمار یکی از عوامل مهم دخیل در ایجاد ایمنی بیمار در بیمارستانها و مراکز درمانی است و عدم وجود آن در بیمارستان بدین معنی است که ایمنی بیمار در بیمارستان دچار مشکل است. در حال حاضر نیز بسیاری از سازمان‌های بهداشتی و درمانی جهان در زمینه کیفیت خدمات

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی پرسنل محترم پرستاری شاغل در بیمارستان های آموزشی خراسان جنوبی که در تکمیل پرسشنامه ها همکاری کردند قدردانی و سپاسگزاری به عمل می آید.

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 of Medicine. Preventing medication errors: Quality chasm series. Washington, 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 Khoushemehr A, Bayat R, Arabloo J, Rezapoor Z. Study of patients' safety culture in Selected Training hospitals affiliated with 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, Rahimi Forooshani 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. Perception of 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 Kashani M, 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].

17. Elsous A, Akbari Sari A, Rashidian A, Aljeesh Y, 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

- 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 to patient 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 safety culture and nurse-physician professional 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 patient safety 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 an acute 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.

Relationship between assertiveness and physician-nurse collaboration with safety culture

Fatemeh Rabbani, * Mojgan Kardan, Seyyed Abolfazl Waghar Seyyedini, 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 study 300 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 Neonatal 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 Seyyedini 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