

The Correlation of Safe Nursing Care with the Quality of Work Life of Nurses

Masoumeh Fotoohi¹, Ezzat Jafar Jalal², Hamid Haghani³

Abstract

Background & Aims: One of the primary goals of health service provision is to prevent patient harm and maintain patient safety. Patient safety is defined as minimizing the risk of unnecessary injuries compared to other treatments or lack of treatment. Safe nursing care has four dimensions of nursing skills, providing physical safety, providing mental safety, and nurses' cooperation with other members. The provision of safe care depends on the quality and efficiency of nursing services. The efficiency of nurses depends on the measures taken to preserve the body and mind of nurses and the improvement of the quality of their work life. Quality of work life emphasizes personal consequences and professional improvement to meet one's needs in the four dimensions of personal life, work framework, work context, and global dimension of work. Safe care and quality of work life are important issues, and their dimensions have been assessed and identified separately in some studies, while they could be fully recognized and promoted through more approaches. The present study aimed to assess the correlation of safe nursing care and the quality of work life of nurses in the public hospitals of Rasht, Iran in 2020.

Materials & Methods: This cross-sectional, descriptive-correlational study was conducted to assess the correlation between safe nursing care and quality of work life in eight public hospitals in Rasht. The participants included 250 nurses who were selected via stratified sampling based on the ratio of the total number of the nurses in the public hospitals of Rasht and each hospital department accessibly. Data were collected using a demographic questionnaire, Brooks' quality of work life (QWL) for nurses (2005), and Rashvand safe nursing care questionnaire (2017). Brooks' QWL questionnaire has four dimensions regarding the quality of work life of nurses with 42 items, including personal life (seven items), work framework (10 items), work field (20 items), global work dimension (five items). Each items was assigned a score within the range of 1-6 (Strongly Disagree=1, Strongly Agree=6) within the score range of 42-252. The reliability coefficient of this questionnaire has been confirmed at the Cronbach's alpha of 0.91. Rashvand safe nursing care questionnaire had 33 items in the four dimensions of nursing skills (16 items), mental safety (four items), physical safety (seven items), team work (five items), and one general question. The demographic and QWL questionnaires were completed by the nurses, and the safe nursing care questionnaire was completed by the nursing supervisor. Sampling was performed during September 22-October 20, 2020, and each questionnaire was completed within 20-30 minutes. The inclusion criterion was employment in a public hospital in Rasht, and the exclusion criteria were incomplete questionnaires and not returning the questionnaires. After the sampling process, 250 questionnaires were collected. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive statistics (absolute and relative frequency, mean, and standard deviation) and inferential statistics (independent t-test, analysis of variance, and Pearson's correlation-coefficient), and the significance level was considered <0.05.

Results: The quality of work life of the majority of the nurses (78.8%) was moderate. The highest and lowest mean scores were obtained in the work field dimension (58.37 ± 15.74) and the global work dimension (41.92 ± 18), respectively. In the majority of the studied nurses (94.4%), the level of safe nursing care was favorable and

¹. Master of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

². Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: 42401000 Email: Jafarjalal.e@iums.ac.ir

³. Department of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

higher, while their cooperation level with the other healthcare team members was lower comparatively. Safe nursing care had no significant correlation with the quality of work life and none of its dimensions. In addition, none of the demographic variables were significantly correlated with the quality of work life of the studied nurses. However, safe nursing care had significant correlations with gender, marital status, employment status, age, and work experience ($P>0.001$).

Conclusion: Despite the moderate quality of work life, safe nursing care was considered favorable. However, no significant correlations were observed between safe nursing care, the quality of working life, and its dimensions. This finding could be due to the prevailing professional rules and beliefs in the nursing profession, which maintains safe care despite the limitations in the factors associated with the quality of work life. Although safe nursing care was favorable, the constantly increasing need for promoting the quality of care and the competition of care service organizations to attract more clients, safe nursing care must be enhanced continuously. According to the findings, the dimension of clinical skills was rather poor in terms of safe nursing care, which requires skills retraining and further monitoring in this regard. Since the global quality of work life mainly concerns nurses, chief executives must pay special attention to the salaries and wages of these individuals, as well as their job security and presenting a correct image of nursing to the society.

Keywords: Quality of Work Life, Nurse, Safe Nursing Care, Safe Performance of Nurses

Conflict of Interest: No

How to Cite: Fotoohi M, Jafar Jalal E, Haghani H. The Correlation of Safe Nursing Care with the Quality of Work Life of Nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2021; 33(128):1-14.

Received: 2 Nov 2020

Accepted: 1 Feb 2021

ارتباط مراقبت پرستاری ایمن با کیفیت زندگی کاری پرستاران

معصومه فتوحی^۱، عزت جعفر جلال^۲، حمید حقانی^۳

چکیده

زمینه و هدف: پیشگیری از آسیب به بیمار، ابتدایی‌ترین هدف در ارائه خدمات بهداشتی-درمانی است. مراقبت ایمن و کیفیت زندگی کاری، موضوعات مهمی هستند و مورد توجه بسیار قرار دارند و در بعضی از پژوهش‌ها به صورت جداگانه بررسی شده‌اند؛ ولی، راه بسیاری برای شناخت کامل و بهبود آن وجود دارد. این مطالعه، با هدف تعیین ارتباط مراقبت پرستاری ایمن و کیفیت زندگی کاری پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر رشت در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش، به صورت مقطعی، از نوع توصیفی-همبستگی انجام شد و ارتباط بین دو متغیر مراقبت پرستاری ایمن و کیفیت زندگی کاری ۲۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت، سنجیده شد. روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و تخصیص نسبتی و با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، کیفیت زندگی کاری پرستاران (تکمیل توسط پرستاران مورد پژوهش) و مراقبت پرستاری ایمن (تکمیل توسط سرپرستاران)، تکمیل گردید. برای تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (t مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون)، استفاده شد. داده‌ها، توسط نرم‌افزار کامپیوتری SPSS، نسخه ۱۶ تحلیل شد و سطح معنی‌داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: کیفیت زندگی کاری بیشتر (۷۸/۸٪) پرستاران مورد پژوهش، در سطح متوسط بود و در بُعد زمینه‌ی کاری، بالاترین و در بُعد جهانی کار، پایین‌ترین میانگین نمره را داشتند. مراقبت پرستاری ایمن بیشتر پرستاران مورد پژوهش (۹۴/۴۴٪)، در سطح خوب بود و در بُعد مشارکت پرستاران، بیشتر و در بُعد انجام مهارت‌های پرستاری کمتر از سایر ابعاد بود. مراقبت پرستاری ایمن، با کیفیت زندگی کاری و هیچ‌کدام از ابعاد آن‌ها، همبستگی معنی‌دار آماری نداشتند. اما مراقبت پرستاری ایمن با جنسیت، تأهل، وضعیت استخدامی، سن و سابقه کار ارتباط معنی‌دار آماری ($p > 0/01$) داشت.

نتیجه‌گیری کلی: با وجود کیفیت زندگی کاری متوسط، مراقبت پرستاری ایمن در حد خوبی بود؛ این در حالی است که بین مراقبت پرستاری ایمن با کیفیت زندگی کاری و هیچ‌کدام از ابعاد آن‌ها همبستگی معنی‌دار آماری مشاهده نشد. این یافته احتمالاً به دلیل وجود باورهای حرفه‌ای در کار پرستاران است که باعث شده با وجود کاستی‌های موجود در عوامل مربوط به کیفیت زندگی کاری، مراقبت ارائه شده همچنان کاملاً ایمن باشد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی کاری، پرستار، مراقبت پرستاری ایمن، عملکرد ایمن پرستار

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۹/۸/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۱۳

۱. کارشناس ارشد مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول) تلفن: ۴۳۶۵۱۰۰۰-۰۲۱

Email: Jafarjalal.e@iums.ac.ir

۳. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

هر جامعه‌ای برای پویایی و پیشرفت نیاز به شهروندانی سالم و کارا دارد. بخشی از تأمین سلامتی جامعه بر عهده نظام‌های سلامت آن است. که برای دستیابی به اهداف خود وابستگی زیادی به نیروی انسانی دارند^(۱). ایمنی بیمار و کیفیت در قلب ارایه مراقبت سلامتی هستند و فراهم کردن مراقبت ایمن و بدون خطا هدف والای سازمان‌های مراقبت سلامت است^(۲). حدود (۵۰٪) از هزینه‌های جاری دولت در بخش بهداشت و درمان به بیمارستان‌ها تعلق می‌گیرد و پرستاران نیز بزرگ‌ترین عضو نظام سلامت کشور هستند^(۳) و نقش اساسی در تداوم مراقبت، ارتقا و حفظ سلامت در سطوح مختلف سیستم ارایه خدمات سلامت را ایفا می‌کنند^(۴).

رعایت ایمنی بیمار از اجزای مهم کیفیت مراقبت در نظام سلامت است^(۵) و از ابتدایی‌ترین و مهم‌ترین شروط و اهداف در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، پیشگیری از آسیب به بیمار و به مخاطره انداختن ایمنی او در نتیجه ارائه خدمات سلامت است^(۶). تأکید بر حفظ ایمنی بیمار، پس از انتشار گزارش انستیتوی پزشکی ایالات متحده در سال ۱۹۹۹ تحت عنوان "انسان جایز الخطا است" که در آن به بررسی میزان شیوع خطاهای پزشکی در این کشور پرداخته بود، صورت گرفت که مقوله ایمنی بیمار را بیش از پیش مورد توجه پژوهشگران و صاحب‌نظران عرصه سلامت قرار داد^(۷). سازمان جهانی بهداشت، ایمنی در محیط ارائه خدمات سلامتی و درمانی را «کاهش احتمال صدمه غیرضروری به میزان حداقل قابل قبول» در مقایسه با سایر روش‌های درمان و یا عدم اقدام به درمان می‌داند^(۸). طبق اطلاعات سازمان جهانی بهداشت، سالیانه حدود ۴۲۱ میلیون بستری در بیمارستان‌های جهان اتفاق می‌افتد و تقریباً ۴۲/۷ میلیون حوادث زیان‌بار در این بستری‌ها رخ می‌دهد و آسیب بیمار چهاردهمین دلیل مرگ در جهان است^(۹).

خدمات نایمن، عواقب ناخوشایندی برای بیمار و خانواده‌ی او دارد و باعث وارد آمدن فشار روانی بر کارکنان

سیستم سلامت و افراد جامعه می‌گردد و بار اقتصادی عظیمی را بر سیستم بهداشتی درمانی و جامعه تحمیل می‌کند^(۱۰). بیش از یک میلیون خطای پزشکی قابل پیشگیری همه ساله در بیمارستان‌های ایالات متحده رخ می‌دهد و ۹۸۰۰۰-۴۴۰۰۰ از این خطاها، کشنده هستند. آمار بالای خطاهای پزشکی در مطالعات مختلف، این خطاها را سومین عامل مرگ در ایالات متحده بعد از سرطان و بیماری‌های قلبی معرفی می‌کند^(۱۱). خدمات درمانی در محیطی پر از عوامل متعدد و پیچیده، شامل خود بیمار، مراقبان و اعضای خانواده، تجهیزات، سیاست مدیران، رویه‌ها و منابع به بیمار عرضه می‌گردد. زمانی که این عوامل پیچیده با هم تداخل پیدا می‌کنند، نتایج مضر و غیر قابل پیش بینی به وجود می‌آید^(۱۲).

اگرچه پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه مراقبتی، وظیفه پاسخگویی به نیازهای گوناگون و در حال تغییر بیماران را به عهده‌دارند؛ اما این محیط کاری پرستاران است که نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت و ایمنی مراقبت دارد؛ به‌گونه‌ای که سازمان‌های با قابلیت اعتماد بالا که بر فرهنگ ایمنی و عملکرد بر اساس شواهد تأکید دارند، شرایط کاری مطلوب‌تری را برای پرستاران فراهم نموده و تلاش بیشتری برای ارتقاء کیفیت و ایمنی مراقبت از خود نشان می‌دهند^(۱۳).

امروزه، چنان زندگی خصوصی انسان در هم تنیده شده که زندگی کاری، بر خصوصی استیلا پیدا کرده و سبب شده است که واژه‌ی جدیدی با عنوان کیفیت زندگی کاری مورد استفاده قرار گیرد^(۱۴)، که می‌کوشد تا کیفیت زندگی افراد شاغل را بهبود بخشد و سعی می‌کند به نیازهای شغلی که به نقش یک عامل تولید در کنار دیگر عوامل تولید، مانند سرمایه تنزل کرده و دچار از خود بیگانگی شده است، پاسخ دهد^(۱۵). یک کارمند مراقبت‌های بهداشتی که در وضعیت خستگی به سر می‌برد، خطری برای سلامت عمومی و ایمنی بیمار است^(۱۶). مطالعات مربوط به کیفیت زندگی کاری، از دهه ۱۹۵۰ آغاز شد. ضرورت توجه به کیفیت زندگی کاری و بهبود آن، یک منطقی دارد و آن‌هم این است

خانواده، اوقات فراغت و نیازهای اجتماعی آنان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. هنگامی که نیازهای کارکنان در محیط کار تأمین نشود، موجب ایجاد استرس در کار می‌شود که نتایج و عواقب نامناسبی در رفاه و عملکرد شغلی کارکنان خواهد داشت^(۲۵). بنابراین، توجه به کیفیت زندگی کاری پرستاران، به‌عنوان بزرگ‌ترین بخش از کارکنان سیستم‌های سلامت، امری ضروری و حیاتی است؛ زیرا درک و در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی کاری پرستار، عامل مهمی در دستیابی به سطوح بالای کیفیت مراقبت از بیماران است^(۲۶). از طرفی، بررسی کیفیت زندگی کاری که احساس فرد در سازمان را بیان می‌دارد، حائز اهمیت فراوانی است. از دیدگاه جامعه‌شناسی، وضع کاری، چرخه‌ی مسئولیت‌های خانوادگی، نگرش‌ها و ارزش‌های طبقاتی و تضاد علایق، همگی بر تمایل کارکنان نسبت به کار و نگرش او نسبت به شغلش اثر می‌گذارد. کارکنان وقتی می‌توانند با تمام وجود به سازمان خود خدمت نمایند که نیازهای شخصی و خانوادگی آنان به‌طور نسبی ارضاء شود^(۱۷) و در نتیجه کیفیت زندگی کاری آنها نیز بهبود یابد. با توجه به اهمیتی که کیفیت زندگی کاری پرستاران دارد و نیز توجه روزافزون جهانی به مبحث ایمنی و خصوصاً مراقبت‌های ایمن، و در عین حال کاستی‌های موجود که در مسیر دستیابی به استانداردهای جهانی در این زمینه وجود دارد، لذا، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط مراقبت پرستاری ایمن با کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش با کد اخلاق IR.IUMS. REC.1398.1240 در دانشگاه علوم پزشکی ایران ثبت گردیده است و به‌صورت مقطعی از نوع توصیفی - همبستگی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. محیط پژوهش، بیمارستان‌های دولتی شهر رشت بود. حجم نمونه در سطح اطمینان، ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، برآورد گردید. نمونه پژوهش ۲۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت بودند

که ۶۵ درصد عمر مفید انسان‌ها در محیط کار سپری می‌شود. کیفیت زندگی کاری، یکی از جالب‌ترین روش‌های ایجاد انگیزش و راه‌گشای مهم در طراحی و غنی‌سازی شغل کارکنان است؛ که ریشه در نگرش کارکنان و مدیران به مقوله انگیزش دارد^(۱۷).

امکانات رفاهی، درمانی و تشویقی، تناسب و طراحی شغلی، اهمیت جایگاه پرستار، تدارک زمینه آموزش، رشد و پیشرفت پرستاران، مجموعاً «کیفیت زندگی کاری پرستاران» نامیده می‌شود^(۱۸). مطالعات نشان می‌دهند که در سیستم‌های مراقبتی بهداشتی، کیفیت زندگی کاری مطلوب نه‌تنها رضایت کارکنان را در پی دارد^(۱۹)، بلکه عامل مهمی جهت اطمینان از پایداری سیستم بهداشتی است^(۲۰). یکی از مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته، بیانگر آن است که تنها ۱/۵ درصد از پرستاران از کیفیت زندگی کاری خود راضی‌اند، (۳۰/۹٪) پرستاران کیفیت زندگی کاری پایین و (۶۷/۶٪) در سطح متوسطی قرار دارند^(۲۱). در مطالعه دهقان نیری و همکاران نیز، کیفیت زندگی کاری در میان پرستاران در سطح متوسط تا پایین (۶۱/۴٪) گزارش شده و فقط (۳/۶٪) از شغل خود احساس رضایت کرده‌اند^(۲۲).

در مطالعه‌ی انجام‌شده به‌وسیله نجف‌پور در رابطه با تحلیل شاخص‌های ایمنی بیمار و توصیه‌هایی برای بهبود ایمنی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، هیچ‌یک از بیمارستان‌ها وضعیت ایمنی مطلوبی نداشتند و تبعیت از استانداردها طبق پروتکل جهانی، ضعیف بوده و نیاز به اقدامات ارتقا‌دهنده در خصوص نواقص شناخته‌شده وجود داشته است^(۴). مطالعات انجام شده در ایران، نشان‌دهنده نرخ ۵۳ درصدی از خطاهای پزشکی است که ۲۲-۴۴ درصد از آنها منجر به فوت می‌شود. بیشترین نوع آنها نیز به ترتیب خطاهای دارویی، اقدامات پیشگیرانه، اقدامات درمانی و مدیریتی است^(۲۳). مطالعه درگاهی و همکاران، نشان داد دو سوم (۷۴٪) پرستاران از کیفیت زندگی کاری خود رضایت ندارند^(۲۴). از طرفی، موضوع کیفیت زندگی کاری علاوه بر تحت تأثیر قرار دادن رضایت شغلی کارکنان، زندگی کارکنان در خارج از کار، ازجمله؛

برحسب تعداد پرستاران هر بخش، به کل پرستاران آن بیمارستان و سپس در هر بخش به صورت در دسترس انتخاب شدند (جدول شماره ۱).

که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، بر حسب تعداد پرستاران شاغل در هر یک از بیمارستان‌ها، به کل پرستاران شاغل در هشت بیمارستان دولتی شهر رشت و در هر بیمارستان نیز

جدول شماره ۱: تعداد نمونه‌های پژوهش به تفکیک هر یک از مراکز

بیمارستان	تعداد پرستار شاغل	تعداد تخت فعال	تعداد نمونه انتخاب شده از پرستاران	تعداد بخش‌ها و سرپرستاران
الزهرا	۱۱۸	۱۸۲	۱۸ (۱۵/۲٪)	۸
امیرالمؤمنین	۸۴	۹۸	۱۳ (۱۵/۴٪)	۳
پور سینا	۳۵۹	۳۲۴	۵۶ (۱۵/۵۹٪)	۱۳
دکتر حشمت	۲۱۶	۱۷۰	۳۴ (۱۵/۷٪)	۹
رازی	۳۳۹	۴۵۳	۵۳ (۱۵/۶٪)	۱۷
شفا	۱۸۹	۲۵۱	۳۰ (۱۵/۸٪)	۵
ولایت	۱۱۸	۷۰	۱۸ (۱۵/۲٪)	۴
۱۷ شهریور	۱۸۲	۱۵۷	۲۸ (۱۵/۳٪)	۱۲

۰/۵۶ تا حداکثر ۰/۸۸، در مطالعات آذرنگ و همکاران^(۲۸)، بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۷، و در مطالعه‌ی خانی و همکاران^(۱۵)، بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۳، و در مطالعه‌ی سلام زاده و همکاران^(۲۹) ۰/۹۱ گزارش شده است. پایایی در هر یک از ابعاد (بعد زندگی شخصی ۰/۷۹؛ چهارچوب کاری ۰/۷۴، بعد زمینه‌ی کاری ۰/۸۲ و بعد جهانی کار ۰/۶۶ و پایایی کلی آن نیز ۰/۹۱۶، با استفاده از آلفای کرونباخ برای ۱۰ درصد نمونه‌ها به صورت تصادفی محاسبه شد. جهت سنجش مراقبت پرستاری ایمن نیز از پرسشنامه دکتر رشوند و همکاران^(۳۰) در سال ۲۰۱۷ که جهت سنجش مراقبت پرستاری ایمن طراحی شده است، استفاده شد. این پرسشنامه توسط سرپرستاران هر یک از بخش‌ها و در ارتباط با هر پرستار مورد پژوهش به صورت جداگانه تکمیل شد. این پرسشنامه شامل ۴ حیطه مهارت‌های پرستاری با ۱۶ سؤال، ایمنی روانی با ۴ سؤال، ایمنی جسمی با ۷ سؤال، کار تیمی با ۵ سؤال و یک سؤال نیز جهت سنجش میزان رعایت ایمنی بیمار به طور کلی است. سؤالات دارای طیف ۵ گانه در مقیاس لیکرت از همیشه تا هرگز هستند. نمره واقعی هر گویه، از طریق حاصل ضرب نمره‌ی هر گویه در طیف لیکرتی، در وزن هر گویه، به دست می‌آید. وزن گویه‌ها، در جدول شماره ۲ مشخص شده است

جهت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل؛ سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه کار، تعداد فرزندان، وضعیت استخدامی و نوع نوبت‌کاری (ثابت صبح یا در گردش) استفاده شد. برای تعیین کیفیت زندگی کاری پرستاران از پرسش‌نامه Brooks^(۲۷) که در سال ۲۰۰۵ طراحی شده است، استفاده شد؛ این پرسشنامه توسط پرستاران مورد پژوهش، تکمیل شد و شامل ۴ بُعد کیفیت زندگی کاری و دارای ۴۲ سؤال با مقیاس اندازه‌گیری در طیف لیکرت شش طبقه‌ای بود. بعد زندگی شخصی با ۷ سؤال، چهارچوب کاری با ۱۰ سؤال، بعد زمینه کاری با ۲۰ سؤال و بعد جهانی کار با ۵ سؤال مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفت. به هر گویه، نمره ۱-۶ اختصاص یافت؛ به طوری که نمره ۶ برای کاملاً موافقم و نمره ۱ برای کاملاً مخالفم در نظر گرفته شد. دامنه کلی نمرات، از ۴۲-۲۵۲ است. نمرات ۴۲-۸۴؛ کیفیت پایین، نمرات ۸۵-۱۶۸؛ کیفیت متوسط و نمرات ۱۶۹-۲۵۲؛ کیفیت زندگی کاری بالا را نشان می‌دهند. پرسشنامه‌ی Brooks که در مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفته است، به زبان فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن تأیید شده است. ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ در مطالعه‌ی اصلی Brooks، بین حداقل

جدول شماره ۲: نمره واقعی هر گویه و جمع حداقل و حداکثر نمره مراقبت پرستاری ایمن

شماره سؤالات	وزن گویه	حداقل نمره	حداکثر نمره
۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۳۲	۱	۵	۲۵
۱۶، ۲۱، ۲۶، ۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵	۲	۳۰	۱۵۰
۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵	۳	۳۰	۱۵۰
۲۸، ۲۹	۴	۸	۴۰
جمع حداقل و حداکثر نمره مراقبت پرستاری ایمن		۷۳	۳۶۵

درصد) متأهل بودند، میانگین سابقه کاری آنها ۱۱/۹۸ با انحراف معیار ۶/۸۴ سال بود (جدول شماره ۳). کیفیت زندگی کاری ۷۸/۸ درصد از پرستاران مورد پژوهش در سطح متوسط، ۴/۸ درصد در سطح پایین و ۱۶/۴ درصد در سطح بالا بود. همچنین؛ ملاحظه می‌شود که میانگین نمره کیفیت زندگی کاری ۱۵۵/۵۳ با انحراف معیار ۲۶/۱۸ بدست آمد.

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، مراقبت پرستاری ایمن، با جنسیت ارتباط معنی‌دار آماری داشت؛ به طوری که میانگین نمره ی کسب‌شده در زنان به طور معنی‌داری، بالاتر از مردان بود ($p=0/008$). وضعیت تأهل نیز با مراقبت پرستاری ایمن ارتباط معنی‌دار آماری داشته و میانگین نمره ی کسب‌شده در پرستاران متأهل به طور معنی‌داری بالاتر از مجرد بود ($p=0/035$). وضعیت استخدامی متغیر دیگری بود که با مراقبت پرستاری ایمن ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($p<0/001$) و مقایسه دو به دو توکی نشان‌دهنده ی آن بود که میانگین نمره ی کسب‌شده در پرستاران طرح نیروی انسانی به طور معنی‌داری کمتر از قراردادی ($p=0/002$)، و رسمی ($p<0/001$) بود. و در سایر سطوح این اختلاف معنی‌دار نبود. در انتها ملاحظه می‌شود که سن ($p=0/001$) و سابقه ی کار ($p=0/001$) نیز با مراقبت پرستاری ایمن همبستگی معنی‌دار آماری داشتند که این همبستگی مثبت بود یعنی؛ با افزایش سن و سابقه ی کار مراقبت پرستاری ایمن نیز افزایش می‌یابد و هیچ‌کدام از متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی کاری پرستاران مورد پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری نداشت.

نمره ۷۳ تا ۱۷۰ عملکرد ضعیف، نمره ۱۷۱ تا ۲۶۷ عملکرد متوسط و نمره ۲۶۸ تا ۳۶۵ عملکرد خوب را نشان می‌دهد. روایی ۰/۸۷ و پایایی ۰/۹۲ توسط روش‌های همکاران^(۱۷)، محاسبه گردید. پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۶ سنجیده شد. پرسشنامه‌ها توسط محقق و با مراجعه به بیمارستان‌های مورد پژوهش در اختیار پرستاران و نیز سرپرستاران آن‌ها قرار داده شد، جهت تکمیل پرسشنامه‌ها زمان ۲۰ - ۳۰ دقیقه‌ای لازم است؛ با این وجود، به نمونه‌های حاضر در پژوهش و سرپرستاران آن‌ها در صورت تمایل تا پایان نوبت کاری جهت پاسخگویی و تکمیل پرسشنامه‌ها فرصت داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در بخش آمار توصیفی، از جداول توزیع فراوانی برای متغیرهای کیفی پژوهش و شاخص‌های عددی کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی پژوهش استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس و در صورت نیاز، از مدل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد و سطح معنی‌داری ($p<0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی پرستاران مورد پژوهش، ۳۶/۴۷ با انحراف معیار ۷/۶۷ سال بود. بیشتر پرستاران مورد پژوهش (۹۳/۲ درصد) زن بودند، بیشتر (۹۱/۲ درصد) تحصیلات کارشناسی داشتند. بیشتر پرستاران مورد پژوهش (۷۰/۴)

جدول شماره ۳: شاخص‌های عددی کیفیت زندگی کاری و مراقبت پرستاری ایمن پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت؛ بر حسب مشخصات دموگرافیک - سال ۱۳۹۹

نتیجه آزمون	شاخص‌های عددی مراقبت پرستاری ایمن		نتیجه آزمون	شاخص‌های عددی کیفیت زندگی کاری			مشخصات دموگرافیک
	میانگین	انحراف معیار		انحراف معیار	میانگین	فراوانی (درصد فراوانی)	
$t=2/179$ $df=248$ $P=0/008$	۳۴/۳	۳۲۹/۷۲	$t=0/007$ $df=248$ $P=0/994$	۲۶/۵۸	۱۵۵/۵۳	(/۹۳/۲) ۲۳۳	زن
	۳۱/۱۳	۳۰۶/۷۶		۲۰/۷۲	۱۵۵/۵۷	(/۶/۸) ۱۷	جنسیت *
$t=1/039$ $df=247$ $P=0/3$	۳۴/۹۶	۳۲۷/۷۱	$t=1/122$ $df=247$ $P=0/263$	۲۵/۷۶	۱۵۴/۹۱	(/۹۱/۲) ۲۲۸	کارشناسی
	۲۷/۲	۳۳۵/۸۵		۳۰/۸۹	۱۶۱/۶۲	(/۸/۴) ۲۱	تحصیلات * کارشناسی ارشد
$t=2/125$ $df=241$ $P=0/035$	۳۸/۱۷	۳۲۰/۲۶	$t=0/899$ $df=241$ $P=0/369$	۲۶/۳۳	۱۵۷/۸۴	(/۲۶/۸) ۶۷	وضعیت مجرد
	۳۲/۷	۳۳۰/۷۲		۲۶/۴۱	۱۵۴/۴۳	(/۷۰/۴) ۱۷۶	تأهل *
$F=1/584$ $P=0/208$	۳۴/۹۱	۳۲۳/۱۸	$F=0/198$ $P=0/82$	۲۲/۳۵	۱۵۶/۴۶	(/۲۳/۵) ۴۳	تعداد صفر
	۲۹/۳۳	۳۳۴/۱۱		۲۹/۵۳	۱۵۳/۳۴	(/۴۳/۷) ۸۰	فرزندان **
	۳۵/۴۷	۳۳۱/۴۹		۲۳/۸	۱۵۴/۲۵	(/۳۱/۱) ۵۷	یک دو
$F=5/211$ $P<0/001$	۳۴/۳۵	۳۰۹/۶۶	$F=0/601$ $P=0/662$	۲۲/۹۱	۱۵۴/۶۹	(/۲۰) ۵۰	وضعیت طرح نیروی انسانی
	۲۸/۴۹	۳۳۵/۶۹		۲۴/۹۱	۱۶۰/۹۷	(/۱۷/۲) ۴۳	استخدامی **
	۳۲/۹۳	۳۳۰/۱۸		۲۸/۱۷	۱۵۶/۴۸	(/۶/۴) ۱۶	قرارداد
	۳۴/۷۷	۳۳۳/۱۸		۲۸/۴۲	۱۵۴/۲۱	(/۵۱/۲) ۱۲۸	پیمانی
	۳۱/۴۲	۳۲۲/۴۶		۱۵/۳	۱۵۲/۵۷	(/۵/۲) ۱۳	رسمی سایر
$t=2/555$ $df=248$ $P=0/011$	۳۲/۹۴	۳۳۸/۲۱	$t=1/866$ $df=248$ $P=0/063$	۳۰/۱۱	۱۶۱/۱۳	(/۲۳/۲) ۵۸	نوع ثابت
	۳۴/۵	۳۲۵/۱۳		۲۴/۷۲	۱۵۳/۸۴	(/۷۶/۸) ۱۹۲	نوبت کاری * در گردش
	$r=0/149$ $P=0/018$		$r=0/046$ $p=0/469$			$36/47 \pm 7/67$	سن (سال) انحراف معیار *** \pm میانگین
	$r=0/17$ $P=0/007$		$r=0/024$ $p=0/71$			$1/98 \pm 6/84$	سابقه‌ی کار (سال) انحراف معیار *** \pm میانگین

نوع آزمون آماری: *تی مستقل - ** آنالیز واریانس - *** ضریب همبستگی پیرسن

پژوهش نشان داد، مراقبت پرستاری ایمن ۹۴/۴ درصد از پرستاران مورد پژوهش، در سطح خوب، ۵/۶ درصد در سطح متوسط بود و هیچکدام در سطح ضعیف نبودند. میانگین نمره بدست آمده ۳۲۸/۱۶ با انحراف معیار ۳۴/۵۲ بود.

همانطور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، کیفیت زندگی کاری در بعد زمینه کاری با میانگین ۵۸/۳۷ بالاترین و در بعد جهانی کار با میانگین ۴۱/۹۲ پایین‌ترین میانگین نمره را در بین سایر ابعاد داشتند. میانگین نمره کیفیت زندگی کاری بر مبنای ۱۰۰، ۵۴/۰۶ با انحراف معیار ۱۲/۴۷ بدست آمد که نزدیک به میانه نمره یعنی ۵۰ است. همچنین، نتایج

جدول شماره ۴: شاخص‌های عددی کیفیت زندگی کاری و ابعاد آن، در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت - سال ۱۳۹۹

کیفیت زندگی کاری و ابعاد آن	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	مبنای ۰ تا ۱۰۰		
					کمینه	بیشینه	میانگین
زندگی شخصی (۷-۴۲)	۱۲	۴۰	۲۴/۶	۵/۳۶	۱۴	۹۴	۵۰/۲۸
چهارچوب کاری (۱۰-۶۰)	۱۸	۵۵	۳۷/۰۴	۵/۶۴	۱۶	۹۰	۵۴/۰۹
زمینه‌ی کاری (۲۰-۱۲۰)	۲۰	۱۲۰	۷۸/۳۷	۱۵/۷۵	۰	۱۰۰	۵۸/۳۷
جهانی کار (۵-۳۰)	۵	۳۰	۱۵/۴۸	۴/۵۵	۰	۱۰۰	۴۱/۹۲
کیفیت زندگی کاری (۴۲-۲۵۲)	۸۳	۲۴۲	۱۵۵/۵۳	۲۶/۱۸	۱۹	۹۵	۵۴/۰۶

همانطور که جدول شماره ۵ نشان می‌دهد، مراقبت پرستاری ایمن در بعد مشارکت پرستاران با سایر اعضا تیم، با میانگین ۸۹/۴۹ بالاترین و در بعد انجام مهارت‌های پرستاری، با میانگین ۸۵/۶۳ پایین‌ترین میانگین نمره را در بین سایر ابعاد داشتند.

جدول شماره ۵: شاخص‌های عددی مراقبت پرستاری ایمن و ابعاد آن، در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت - سال ۱۳۹۹

مراقبت پرستاری ایمن و ابعاد آن	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	مبنای ۰ تا ۱۰۰		
					کمینه	بیشینه	میانگین
انجام مهارت‌های پرستاری (۳۵-۱۷۵)	۹۲	۱۷۵	۱۵۴/۸۹	۱۸/۸۱	۴۰	۱۰۰	۸۵/۶۳
تأمین ایمنی جسمی (۵-۲۵)	۱۳	۲۵	۲۲/۳۸	۲/۷۱	۴۰	۱۰۰	۸۶/۹۴
تأمین ایمنی روانی (۲۰-۱۰۰)	۶۰	۱۰۰	۹۱/۳۴	۹/۵۴	۵۰	۱۰۰	۸۹/۱۸
مشارکت پرستاران با سایر اعضا تیم (۱۳-۶۵)	۳۱	۶۵	۵۹/۵۳	۶/۹۱	۳۴	۱۰۰	۸۹/۴۹
مراقبت پرستاری ایمن (۷۳-۳۶۵)	۲۱۹	۳۶۵	۳۲۸/۱۶	۳۴/۵۲	۵۰	۱۰۰	۸۷/۳۸

همانطور که جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، مراقبت پرستاری ایمن با کیفیت زندگی کاری و هیچکدام از ابعاد آن‌ها همبستگی معنی‌دار آماری نداشتند.

جدول شماره ۶: همبستگی مراقبت پرستاری ایمن، با کیفیت زندگی کاری و ابعاد آن‌ها، در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت - سال ۱۳۹۹

مراقبت پرستاری ایمن و ابعاد آن	کیفیت زندگی کاری و ابعاد آن				
	زندگی شخصی	چهارچوب کاری	زمینه کاری	جهانی کار	کیفیت زندگی کاری
انجام مهارت‌های پرستاری	$r=-0/001$ $P=0/992$	$r=0/072$ $P=0/259$	$r=0/103$ $P=0/104$	$r=-0/013$ $P=0/838$	$r=0/074$ $P=0/242$
تأمین ایمنی جسمی	$r=-0/048$ $P=0/448$	$r=0/019$ $P=0/769$	$r=0/002$ $P=0/977$	$r=-0/082$ $P=0/198$	$r=-0/021$ $P=0/746$
تأمین ایمنی روانی	$r=-0/116$ $P=0/067$	$r=-0/041$ $P=0/52$	$r=-0/016$ $P=0/798$	$r=-0/079$ $P=0/213$	$r=-0/057$ $P=0/369$
مشارکت پرستاران با سایر اعضا تیم	$r=-0/054$ $P=0/395$	$r=0/059$ $P=0/353$	$r=0/006$ $P=0/929$	$r=-0/053$ $P=0/402$	$r=-0/005$ $P=0/939$
مراقبت پرستاری ایمن	$r=-0/047$ $P=0/46$	$r=0/041$ $P=0/519$	$r=0/053$ $P=0/405$	$r=-0/046$ $P=0/469$	$r=0/022$ $P=0/728$

بحث و نتیجه‌گیری

مراقبت پرستاری ایمن، با کیفیت زندگی کاری و هیچ‌کدام از ابعاد آن‌ها همبستگی معنی‌دار آماری نداشتند. احتمالاً این یافته، به علت حرفه‌ای بودن کار پرستاری و حاکم بودن رشته‌ای از اخلاقیات بر کار پرستاری است که باعث تلاش حداکثری پرستاران برای ارائه مراقبت ایمن علارغم کاستی‌های موجود در کیفیت زندگی کاریشان است. مطالعه مشابه با پژوهش حاضر یافت نشد اما پژوهش‌هایی با متغیرهای مشابه نتایجی همسو و غیرهمسو با پژوهش کنونی داشتند. در مطالعه‌ی Lake و همکارانش^(۳۱)، که با هدف تعیین بیشترین کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار و ارتباط آن با محیط کاری در NICU انجام شد، مشخص شد که بهبود عوامل مؤثر بر کیفیت محیط کاری، بر ارتقاء مراقبت پرستاری ایمن مؤثر است؛ محیط کاری یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کاری است ولی سایر عوامل احتمالاً بتوانند از تأثیر آن بکاهند. در مطالعه‌ی^(۳۲) که با هدف تعیین روابط بین خستگی، فرهنگ ایمنی بیمار و فعالیت‌های مربوط به مراقبت ایمن در پرستاران بیمارستان، به شناسایی و توضیح عوامل مؤثر بر فعالیت‌های مراقبت ایمن پرداخته بود؛ رابطه‌ی معنی‌دار و منفی بین خستگی و فعالیت‌های مراقبتی ایمن و بین فرهنگ ایمنی بیمار و فعالیت‌های مراقبتی، رابطه‌ی مثبت معناداری را گزارش نمود. در مطالعه‌ی که توسط Sarafis و همکارانش در یونان نیز انجام گرفت^(۳۳)، موقعیت استرس‌زا، با رفتار مراقبتی بدتر برای بیمار همراه بود، و مواجهه پرستاران با عوامل مرتبط با استرس می‌توانست به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده، از اجرای رفتارهای مراقبتی آنان محسوب شود و بر کیفیت زندگی آنان تأثیر منفی داشت. در مطالعه‌ی Mustafa Ahmed و همکاران^(۳۴)، که باهدف شناسایی موانع عملکرد پرستاران و کیفیت زندگی کاری آن‌ها در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه Benha مصر انجام شد، عدم رضایت‌مندی از نوبت‌کاری، ازدیاد نوبت‌های در گردش، کاهش انگیزه‌ی کاری، حقوق، مزایا، نیروی کار و استخدام پرستار، همچنین عدم ارگونومی مناسب محیط کار، از عوامل مؤثر بر افت

کیفیت زندگی کاری پرستاران است و رابطه‌ی منفی معنی‌دار قوی‌ای، بین عملکرد کاری و موانع و کیفیت زندگی کاری مشاهده شد، که با مطالعه حاضر همخوانی ندارند. علت این تفاوت را می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی و سازمانی در سایر کشورها و نیز ابزار پژوهش متفاوت اشاره کرد.

کیفیت زندگی کاری بیشتر پرستاران موردپژوهش در سطح متوسط بودند. کیفیت زندگی کاری پرستاران، فرصتی برای آن‌ها فراهم می‌آورد تا مشارکت آنان با سازمان، معنی‌دار باشد^(۳۵)، و ارتقاء کیفیت زندگی کاری پرستاران، یکی از عوامل مهم، برای اطمینان از پایداری سیستم بهداشتی معرفی شده است^(۹). در مطالعه‌ی محمدی و همکاران^(۳۶)، که به بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان اردبیل پرداخته بودند نیز، اکثر پرستاران، از کیفیت زندگی کاری متوسطی برخوردار بودند. نتایج این پژوهش مشخص کرد که، بیشترین نگرانی پرستاران که کیفیت زندگی کاری آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بُعد جهانی کار است، که شامل "تصویر صحیح جامعه از پرستاران"، "حقوق دریافتی"، "پیدا کردن شغل با درآمد مشابه در سازمانی دیگر" و "تأثیر کار پرستاری روی زندگی بیماران و خانواده‌های آن‌ها" است، این یافته می‌تواند نشانگر این باشد که از نظر پرستاران، حقوق دریافتیشان پایین است، با چالش پیدا کردن شغل در سازمان دیگر روبرو هستند، جامعه بدرستی پی به نقش و جایگاه پرستار نبرده است ولی با این وجود کار پرستاری تأثیر زیادی در زندگی بیماران و خانواده آنها دارد؛ که لزوم توجه هر چه بیشتر به پرستاران، و ارتقاء کیفیت زندگی کاری آن‌ها در این بُعد را مشخص است.

مراقبت پرستاری ایمن بیشتر پرستاران موردپژوهش در سطح خوب بود و هیچ‌کدام در سطح ضعیف نبودند. انجام کار ایمن برای حفظ ایمنی بیمار، هسته‌ی مرکزی مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بالا است. در گذشته، مسئولیت پرستاران در ایمنی بیماران، در حیطه‌ی مراقبت‌های پرستاری، خیلی محدود بوده و تنها شامل

کننده‌های خوبی برای تعیین کیفیت زندگی کاری پرستاران هستند. شاید تفاوت در این یافته به علت افزایش همگانی استرس در پرستاران ناشی از تحولات اخیر اجتماعی اقتصادی و شرایط سخت کاری اخیر باشد که با شیوع بیماری همه‌گیری تنفسی کرونا ویروس (COVID-19) دوجندان شده است.

مراقبت پرستاری ایمن با جنسیت، ارتباط معنی‌دار داشت. به‌طوری‌که، میانگین نمره‌ی کسب شده در زنان، به‌طور معنی‌داری، بالاتر از مردان بود. وضعیت تأهل نیز، با مراقبت پرستاری ایمن، ارتباط معنی‌دار داشته و میانگین نمره‌ی کسب شده در پرستاران متأهل، به‌طور معنی‌داری بالاتر از مجرد بود. وضعیت استخدامی، متغیر دیگری بود که با مراقبت پرستاری ایمن، ارتباط معنی‌دار داشت. مراقبت پرستاری ایمن در پرستاران طرح نیروی انسانی، به‌طور معنی‌داری، کمتر از قراردادی و رسمی بود. همچنین سن و سابقه‌ی کار نیز، با مراقبت پرستاری ایمن، همبستگی معنی‌دار مثبت داشتند، یعنی با افزایش سن و سابقه‌ی کار، مراقبت پرستاری ایمن نیز افزایش می‌یابد و این یافته احتمالاً به علت حرفه‌ای تر شدن و مسئولیت پذیر شدن پرستاران با افزایش سن و سابقه کاری است. یافته‌های مطالعه‌ی کلانتری و همکاران^(۳۸) نیز نشان داد که بین نوع بخش، جنسیت، وضعیت استخدام، نوبت کاری، شرکت در کارگاه و عملکرد ایمن پرستاران، رابطه وجود نداشت که این یافته‌ها، با مطالعه حاضر متفاوت است.

یکی از محدودیت‌های مربوط به این پژوهش، تکمیل پرسشنامه‌ی مراقبت پرستاری ایمن، در بخش‌های مختلف، توسط سرپرستاران است، که دیدگاه و انتظارات متفاوتی با یکدیگر دارند، که سعی شد با ارائه توضیح حول اهداف طرح تقلیل داده شود و محدودیت دیگر، شیوع بیماری همه‌گیری تنفسی کرونا ویروس (COVID-19) بوده، که با توجه به عدم اجازه‌ی نمونه‌گیری در بخش‌های ایزوله‌ی حاد تنفسی، نمونه‌گیری را با مشکل مواجهه کرده بود و تعدادی از پرستاران مشغول به کار در این بخش‌ها، در لیست جمع‌آوری نمونه تغییر کردند و باعث کندی در روند

پیشگیری از اشتباهات دارویی و پیشگیری از افتادن بیمار بود. با وجود اینکه این ابعاد ایمنی، در اقدامات پرستاری مهم هستند؛ ولی عمق و وسعت ایمنی بیمار و بهبود کیفیت آن خیلی وسیع‌تر است^(۳۷). در مطالعه کلانتری و همکاران^(۳۸)، بیشترین عملکرد ایمن پرستاران، در بخش ایمنی جسمی و سپس ایمنی روانی، کار تیمی و در آخر، مهارت‌های پرستاری بود، که با مطالعه‌ی حاضر مشابه بوده و نشان‌دهنده‌ی ایمنی پایین‌تر در زمینه‌ی مهارت‌های پرستاری است. در مطالعه‌ی ارشدی بستان‌آباد و همکاران، میانگین عملکرد ایمن پرستاران، در ۹ بعد بررسی شده، برابر با ۷۸ درصد بود و سطح عملکرد ایمن پرستاران مطلوب بود^(۳۹) که همسو با مطالعه حاضر هستند؛ این در حالی است که، در مطالعه‌ی بیات منش و همکاران^(۴۰)، تحت عنوان «بررسی میزان رعایت ایمنی بیمار توسط پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی یاسوج»، بر اساس نتایج، متوسط میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیمار، در مقایسه با چک لیست مورد نظر، نامطلوب ارزیابی شد. این تفاوت شاید به علت استفاده از ابزار پژوهش متفاوت، محیط و مؤلفه‌های مورد مطالعه باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هیچ‌کدام از متغیرهای دموگرافیک، با کیفیت زندگی کاری پرستاران مورد پژوهش ارتباط نداشت. نتایج مطالعه محمدی و همکاران^(۳۶) نیز نشان داد، بین جنسیت پرستاران، وضعیت سکونت و مدرک تحصیلی آن‌ها، با کیفیت زندگی کاری و نیز بین کیفیت زندگی کاری پرستاران با گذراندن دوره بازآموزی، داشتن شغل دوم و مراقبت از فرد دارای بیماری خاص در خانواده، ارتباط وجود نداشت؛ که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. ولی در مطالعه‌ی آبادی و همکاران^(۴۱)، بین داشتن فرزند، سابقه‌ی ترک خدمت، تحصیلات، بخش محل خدمت، ساعات اضافه کار پرستاران با برخی ابعاد متغیر کیفیت زندگی کاری، ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید. مطالعه‌ی kelbiso و همکاران^(۴۲) نشان داد که وضعیت تحصیلی، درآمد ماهانه، واحد کاری و محیط کار، پیش‌بینی

مراقبت پرستاری ایمن، در سطح خوبی بود؛ ولی با توجه به گرایش روز افزون به مسئله ۳/۶٪ ارتقاء کیفیت و رقابت سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت برای جذب مشتری، نیاز به ارتقاء روزافزون آن است و پرستاران مورد پژوهش در بعد مهارت بالینی مراقبت پرستاری ایمن ضعیف‌تر عمل می‌کنند که علاوه بر بازآموزی مهارت‌ها نیازمند پایش بیشتر در این زمینه نیز می‌باشد. با توجه به این‌که، قسمت اعظم نگرانی پرستاران رابعد جهانی کیفیت زندگی کاری تشکیل می‌دهد، مدیران ارشد اجرایی باید به مقوله‌ی حقوق و دستمزد، امنیت شغلی و ایجاد تصویر صحیح از پرستاری در سطح جامعه، توجه ویژه داشته باشند، و جهت ارتقاء این موارد، با حداکثر توان خود تلاش نمایند. و البته، به پرستاران توصیه می‌شود، جهت احقاق جایگاه خود در جامعه، و نیز ارتقاء امنیت شغلی خود، به تقویت روحیه‌ی مطالبه‌گری توجه داشته باشند.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری و مشارکت تمامی پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر رشت که در تکمیل پرسشنامه همکاری نموده‌اند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نمونه‌گیری شد که با مراجعه مستمر و پیگیری روند، کاهش یافت با توجه به اینکه جامعه‌ی آماری مربوط به بیمارستان‌های دولتی شهر رشت بوده، نیاز به مطالعاتی گسترده در زمینه‌ی کیفیت زندگی کاری پرستاران و مراقبت پرستاری ایمن در سایر بیمارستان‌ها و به ویژه در بیمارستان‌های خصوصی برای بالا بردن صحت یافته‌های پژوهش است. نتایج مطالعه حاکی از این است که، مراقبت پرستاری ایمن بیشتر پرستاران مورد پژوهش، در سطح خوب بود و هیچ کدام در سطح ضعیف نبودند. کیفیت زندگی کاری بیشتر پرستاران مورد پژوهش، در سطح متوسط بود و مراقبت پرستاری ایمن، با کیفیت زندگی کاری و هیچ کدام از ابعاد آن‌ها، همبستگی معنی‌دار نداشتند. هیچ کدام از متغیرهای دموگرافیک، با کیفیت زندگی کاری پرستاران مورد پژوهش، ارتباط معنی‌دار نداشت و مراقبت پرستاری ایمن، با جنسیت، تأهل، وضعیت استخدامی، سن و سابقه کاری ارتباط معنی‌دار داشت، مراقبت پرستاری ارائه شده در پرستاران خانم، متأهل، با سابقه کاری بیشتر، سن بالاتر و در استخدام رسمی از سایرین ایمن‌تر بود. با وجود کیفیت زندگی کاری متوسط، مراقبت پرستاری ایمن در حد خوبی بود؛ این در حالیست که بین مراقبت پرستاری ایمن با کیفیت زندگی کاری و هیچ‌کدام از ابعاد آن‌ها همبستگی معنی‌دار مشاهده نشد. این یافته احتمالاً به دلیل حاکم بودن قوانین و باورهای حرفه‌ای در کار پرستاران است که باعث شده با وجود کاستی‌های موجود در عوامل مربوط به کیفیت زندگی کاری، مراقبت ارائه شده همچنان کاملاً ایمن باشد.

References

1. Hasani .A ,Mobaraki. H, heyrani.A , Bayat.M, Mafi Moradi.SH , Hadi.M. The new human resources management in the health .Tehran, Parsenagar: 2013;(1). [Persian]
2. Bassuni EM, Bayoumi MM. Improvement critical care patient safety: using nursing staff development strategies, at Saudi Arabia. *Glob J Health Sci*. 2015;7(2):335.
3. Brooten D, Youngblut JM, Kutcher J, Bobo C. Quality and the nursing workforce: APNs, patient outcomes and health care costs. *Nursing outlook*. 2004;52(1):45-52.
4. Najafpour Z, Mahmoodi M, Pourreza A. Analysis of patient safety indicators in hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences: recommendations for improving patient safety. *Journal of Hospital*. 2015;13(4):53-61. [Persian]
5. Tourani S, Khodayari Zarnaq R, Arabloo J, Esmaili A, Taghizadeh S, Khosravizadeh O. A survey on patient safety using the farsi version of the safety attitudes questionnaire in Iran. *Journal of Payavard Salamat*. 2016;10(1):82-92. [Persian]

6. Shamsadini Lori A, Osta A, Atashbahar O, Ramazani S, PourAhmadi M, Ahmadi Kashkoli S. Patient safety culture from the viewpoint of nurses of teaching hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Journal of Health Based Research*. 2016;2(1):81-92. [Persian]
7. Mosadeghrad A, Shakibaei E. Hospital accreditation implementation prerequisites. *Journal of Hospital*. 2017;16(3):43-56. [Persian]
8. Safety WP, World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009. World Health Organization; 2010, 1-154.
9. World Health Organization. 10 facts on Patient Safety. (Accessed July 1, 2018, at http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/).
10. Stang A, Thomson D, Hartling L, Shulhan J, Nuspl M, Ali S. Safe care for pediatric patients: a scoping review across multiple health care settings. *Clinical pediatrics*. 2018;57(1):62-75.
11. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *Bmj*. 2016 3;353.
12. Reason JT, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *BMJ Quality & Safety*. 2001;10(suppl 2):ii21-5.
13. Hughes R, editor. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. 2008; 1-30.
14. Purreza.A, Ghodarzi. GH, Azadi.H. productivity and quality of work life, Ayene weekly press. 2006:569.
15. Khani A, Jaafarpour M. Quality of nursing work life. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2008;2(6):1169-74. [Persian]
16. Marquis BL, Hustone CJ. Leadership roles and management functions in nursig. 2017. 9th ed:606.
17. Gholami.AR. Factors Affecting the Quality of Work Life in an Organization. *Bimonthly of Police Human Development*. 2009;6(24):80-100.
18. Bazaz Jazayeri A, Pardakhtchi M. Creating model of assessing quality of life of staffs in organization. *Management Science Journal*. 2007;5:123-51. [Persian]
19. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. *J Nurs Care Qual*. 2003;18(2):151-8.
20. -Saber S, Borhani F, Navidian A, Ramezani T, Rezvan Amin M, Kayanids T. Its quality of nursing work life and productivity Kerman University of Medical Sciences in 2012. *The iranian Journal of Bioethics*. 2012;3(9):144-66. [Persian]
21. Habibzadeh H, Ghorbanzadeh K, Khalkhali H, Mohammadpor Y. Investigation of the relationship between quality of work life and clinical competence in nurses. *Uromia Nurs Mid Faculty J*. 2012;10:332-9. [Persian]
22. Dehghan Nayeri N, Salehi T, Asadinoghaby AA. Quality of work life and productivity of clinical nurses and their relationship with each other. *Nurse Res*. 2009;8(9):27-37. [Persian]
23. Shamsaii M, Faraji O, Ramazani A, Hedaiati P. The viewpoints of Zabol’s General Practitioners about medical errors in 2010. *Hospital*. 2012;10(439):31-6. [Persian]
24. Dargahi H, Gharib MI, Goodarzi M. Quality of work life in nursing employees of Tehran University of Medical Sciences hospitals. *Journal of hayat*. 2007;13(2):13-21. [Persian]
25. Khadivi A, Aliee H. Study of the quality of working life of the employees of Islamic Azad University of Tabriz Branch. *JMS*. 2007;1(2):150-72. [Persian]
26. Mohamadi J, Ghazanfari F, Azizi A. Relationship between moral intelligence and nurses’ quality of work life. *Iran Journal of Nursing*. 2014;27(90):54-64. [Persian]
27. Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. *Nursing Economics*. 2005;23(6):319-26.
28. Azarrang SH, Yaghmaei F, Shiri M. Correlation dimensions of quality of work life of nurses and demographic characteristics. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2013;7(27):18-24. [Persian]
29. Salam Zadeh Y, Mansoori H, Farid D. Study of the relation between quality of work life and productivity of human resources in health care institutes-a case study among nurses in Shahid Sadughi Hospital in Yazd. *Nursing And Midwifery Journal*. 2008;6(2):60-70. [Persian]
30. Rashvand F, Salsali M, Ebadi A, Vaismoradi M, Jordan S, Griffiths P. Iranian nurses perspectives on assessment of safe care: an exploratory study. *Journal of nursing management*. 2016;24(3):417-26. [Persian]

31. Lake ET, Hallowell SG, Kutney-Lee A, Hatfield LA, Del Guidice M, Boxer B, Ellis LN, Verica L, Aiken LH. Higher quality of care and patient safety associated with better NICU work environments. *J Nurs Care Qual.* 2016;31(1):24.
32. Yang YK. Factors influencing safety care activities of hospital nurses. *J Korean Acad Fundamen Nurs.* 2019;26(3):188-96.
33. Sarafis P, Rousaki E, Tsounis A, Malliarou M, Lahana L, Bamidis P, Niakas D, Papastavrou E. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC nursing.* 2016 c;15(1):1-9.
34. Ahmed WA, Soliman ES, Shazly MM. Staff Nurses' Performance Obstacles and Quality of Work Life at Benha University Hospital. *Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)* 2018;7(2): 65-71.
35. Daubermann DC, Tonete VL. Quality of work life of nurses in primary health care. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):277-83.
36. Mohammadi M, Mozaffari N, Dadkhah B, Etebari Asl F, Etebari Asl Z. Study of work-related quality of life of nurses in Ardabil Province Hospitals. *J Health Care.* 2017 0;19(3):108-6. [Persian]
37. Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L. Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *BMJ Quality & Safety.* 2006;15(1):4-8.
38. SA S, SAH P. Evaluation of nurses 'performance from nurses' viewpoints on providing safe care to patients in AjA hospitals in 2018. *Military Caring Sciences Journal.* 2019;5(3):173-81. [Persian]
39. Arshadi Bostanabad. M, Jembreili.M, kargari Rezapour. M. Assessment of Nursing Safe Performance in Neonatal Intensive Care Units of Tabriz. *Journal of Pediatric Nursing.* 2015;1(2):49-60. [Persian]
40. Bayatmanesh H, Zagheri Tafreshi M, Manoochehri H, Akbarzadeh Baghban A. Patient Safety Observation by Nurses Working in the Intensive Care Units of Selected Hospitals Affiliated to Yasuj University of Medical Sciences. *ISMJ.* 2019;21(6):493-506.
41. Abadi F, Abadi F. Survey Factors Affecting of Quality of Work Life in the Clinical Nurses. *Nursing And Midwifery Journal.* 2019;16(11):832-40. [Persian]
42. Kelbiso L, Belay A, Woldie M. Determinants of quality of work life among nurses working in Hawassa town public health facilities, South Ethiopia: a cross-sectional study. *Nursing Research and Practice.* 2017;2017.