مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۹، شماره ۲، تابستان ۸۸، صفحات ۱۲۱ تا ۱۲۷

Original Article

بررسی رابطه بکارگیری مهارتهای ارتباطی با ارتباط و همکاری میان پرستاران و پزشکان بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج در سال ۱۳۸۷

شراره ضیغمی محمدی[۱]، سولماز حقیقی[۲]

[۱] مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج
[۲] کارشناس پرستاری، سوپروایزر بالینی بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج

چکیده

سابقه و هدف: *توانایی پزشکان و پرستاران در کار کردن با یکدیگر به عنوان یک تیم واحد در ارتقای برآیندها ،کاهش خطا و خطرها و مراقبت بهینه ضروری است. هدف از این مطالعه، تعیین ارتباط میان بکارگیری مهارت‌های ارتباطی با ارتباط و همکاری میان پرستاران و پزشکان در بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج در سال ۱۳۸۷ بود.*

روش بررسی: *در این مطالعه توصیفی- همبستگی با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان، ۱۰۰ پرستار وارد مطالعه شدند. داده‌ها به روش خودگزارشی تکمیل شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه فرم انتخاب نمونه، فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه مهارت‌های ارتباطی، پرسش‌نامه ارتباط میان پزشک و پرستار و پرسش‌نامه همکاری میان پزشک و پرستار بود.*

یافته‌ها: *رابطه آماری معنی‌داری بین مهارت‌های ارتباطی و ارتباط میان پزشک و پرستار دیده شد، اما بین مهارت‌های ارتباطی و همکاری میان پزشک و پرستار رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت. کمبود پرسنل (۷۲ درصد)، سیاست‌های سازمانی (۵۲ درصد) و کمبود مهارت‌های ارتباطی (۶۷ درصد) مهم‌ترین عوامل موثر بر ارتباط بین پزشکان و پرستاران بود.*

نتیجه‌گیری: *این مطالعه نشان داد که مهارت‌های ارتباطی مناسب سبب افزایش ارتباط بین پزشکان و پرستاران می‌شود، اما تاثیری بر افزایش مشارکت و همکاری پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی ندارد. اجرای مداخلاتی در جهت افزایش مهارت‌های ارتباطی در پرستاران می‌تواند به ارتقاء ارتباط میان پزشکان و پرستاران کمک نماید.*

واژگان کلیدی: *پزشک، پرستار، مهارت‌های ارتباطی، ارتباط، همکاری.*

مقدمه

ارتباط، فرآیند انتقال پیام‌ها، ایده‌ها، حقایق، عقیده‌ها، اطلاعات و نگرش‌ها از یک شخص به شخصی دیگر است که اجازه می‌دهد اطلاعات و ایده‌های انتقال یافته به عمل تبدیل گردد. ارتباط بین پزشک و پرستارشامل تعامل متقابل بین پزشک و پرستار در امر مراقبت از بیمار برای دستیابی به یک هدف مشترک درمانی است. پرستار به عنوان عضوی از تیم درمان باید خود را در ارزیابی و اجرای طرح مراقبتی بیمار دخیل بداند (۱،۲). این ارتباط باید بر چارچوب ارتباط باز، صداقت و احترام دوطرفه و براساس اختیارات و توانایی‌ها و مسئولیت‌های دو طرف برای کمک به تصمیم‌گیری‌های مشترک، با توجه به منابع، امکانات و تجهیزات موجود و در جهت رفع مشکل بیماربرقرار شود (۳،۴).

ارتباط سبب افزایش آگاهی از مسائل و مشکلات بیمار (۵)، بهبود تصمیم‌گیری در مورد ترخیص و انتقال بیماران (۶)، ارائه راه‌حل‌های بهداشتی مناسب و بهبود کیفیت مراقبت از بیمار (۷)، افزایش نگرش حمایت از افراد و کارکنان، افزایش حس مشارکت و همکاری در تیم درمانی، افزایش مهارت و

آدرس نویسنده مسئول: کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه پرستاری، شراره ضیغمی محمدی
(**email**: zeighami20@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۲/۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۳/۲٤

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-29]

دانش و نگرش، ارتقاء کیفیت مراقبت و کاهش خطاهای درمانی (۸)، کاهش طول اقامت بیمار در بیمارستان (۹)، کاهش هزینه‌های درمانی، کاهش استرس و فرسودگی شغلی، افزایش بهره‌وری و رضایت شغلی در کار و افزایش دانش پزشکان در رابطه با حرفه پرستاری می‌گردد (۷،۱۰).

پیلیتری بیان می‌کند، اولین بار در سال ۱۹۶۰ مفهوم بازی پزشک و پرستار به عنوان شکلی سنتی و کلیشه‌ای از رابطه حرفه‌ای موجود میان کارکنان بهداشتی مطرح گردید که در این رابطه پزشک فردی فرمانده و پرستار موجودی فرمانبردار، ملاحظه‌گر و حرف‌شنوا می‌باشد (۱۱). مطالعات نشان می‌دهد میزان ارتباط میان تیم درمانی چندان برجسته نیست و یا بطور ثابت و پایداری ادامه نمی‌یابد (۱۲،۱۳). پزشکان و پرستاران بدلیل نوع نقش حرفه‌ای متفاوت، درک متفاوتی از نیازهای بیمار دارند که سبب می‌گردد هر یک، اهداف مراقبتی جداگانه‌ای را برای بیمار برنامه‌ریزی نمایند، در حالی‌که وجود ارتباط صحیح میان پزشکان و پرستاران منجر به تقویت برنامه‌ریزی بر اساس اهداف مشترک می‌گردد (۱۵،۱۴).

همکاری و مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی کم ذکر شده است (۱۷،۱۶). در مطالعه‌ای که توسط اریک انجام گرفت، تنها در ۳۳ درصد موارد همکاری و مشارکت مناسب بین پزشکان و پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی وجود داشت (۱۸). مشارکت کم در تصمیم‌گیری، سبب فقدان ارزش فردی، احساس زیردست بودن، کاهش اعتماد به نفس،کاهش رضایت شغلی، یأس و ناامیدی، ناراحتی و عصبانیت، دلسردی و عدم داشتن انگیزه می‌گردد. این در حالی است که مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها اثرات مثبتی مانند افزایش اعتماد به نفس، تصمیم‌گیری بهتر، تقویت احترام انسانی و جایگاه اجتماعی، ایجاد انگیزش و علاقه مشترک، تحریک کارکنان به قبول مسئولیت و بهبود روحیه افراد برای کار گروهی، ایجاد نگرش مثبت نسبت به سازمان (۱۹،۲۰)، افزایش تعهد فرد به سازمان (۲۱)، افزایش رضایت شغلی و افزایش کیفیت مراقبت را در پی خواهد داشت (۲۲). کولینگ معتقد است که جهت برقراری یک ارتباط مناسب آشنایی به مهارت‌های ارتباطی ضروری است و ضعف مهارت‌های ارتباطی می‌تواند بر عملکرد پرستاران تاثیر منفی بگذارد. توانایی گوش دادن فعالانه یکی از مهارت‌های ارتباطی است در این مهارت نه تنها فرد باید تمام حواس خود را به سخنان گوینده معطوف کند بلکه برای اطمینان از درک مطلب باید استنباط خود را به طور خلاصه به گوینده منتقل نماید. مهار و نظم‌دهی به هیجانات فاکتور دیگری از مهارت‌های ارتباطی است که نقش مهمی در تداوم و سلامت روابط ایفا می‌کند. این مهارت شامل توانایی ابراز احساسات و مهار آنها و نیز کنار آمدن با هیجانات و عواطف دیگران است. توانایی درک و معنای حقیقی پیام‌های کلامی و غیرکلامی و دریافت و ارسال واضح پیام از ارکان دیگر مهارت‌های ارتباطی تلقی می‌گردد. فاکتور مهم دیگر در مهارت‌های اجتماعی قاطعیت و فعال بودن ارتباط است که به توانایی ابراز عقاید و احساس فرد اطلاق می‌گردد. توانایی دفاع از عقاید و نظرات خود و پافشاری بر دیدگاه‌های منطقی و معقول خویش از جمله فاکتورهای مهم دیگر مهارت‌های ارتباطی می‌باشد (۱۴).

با توجه به ضرورت وجود ارتباط و همکاری میان پزشکان و پرستاران در جهت دستیابی به اهداف مشترک درمانی، در جهت ارتقاء کیفیت مراقبتی از بیمار، این مطالعه با هدف بررسی رابطه بین بکارگیری مهارت‌های ارتباطی با ارتباط و همکاری میان پرستاران و پزشکان در بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

مواد و روشها

در این مطالعه توصیفی- همبستگی، با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان، تمامی ۱۳۶ پرستار و ۵۲ بهیار شاغل در بخش‌های سی‌سی‌یو، آی‌سی‌یو، اورژانس، داخلی مردان و زنان، بخش جراحی، اعصاب و اطفال بیمارستان تامین اجتماعی البرز در سال ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفتند. روش گردآوری داده‌ها بر اساس پرسش‌نامه بود. پرسش‌نامه‌های بی نام درمیان کلیه کارکنانی که مشخصات مورد نظر را داشته و حداقل یک سال سابقه کار در این بیمارستان را داشتند، توزیع گردید تا به روش خودگزارش‌دهی تکمیل گردند. پرسش‌نامه از پنج بخش کلی تشکیل شده بود. بخش اول شامل ۶ سوال در مورد مشخصات فردی پاسخ دهندگان بود. بخش دوم شامل ۸ سوال بسته و بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از امتیاز صفر (هیچ‌وقت) تا ۳ (همیشه) در مورد میزان بکارگیری مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی بود که توسط ابزار معرفی شده توسط دافی (۲۰۰۴) مورد سنجش و اندازه گیری قرار گرفت (۲۳). این ابزار درک پیام‌های کلامی و غیرکلامی، نظم‌دهی به هیجان‌ها، گوش دادن فعال، بینش نسبت به فرآیند ارتباط و قاطعیت در ارتباط را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات بین صفر تا ۲۴ بود که بر اساس آن میزان بکارگیری مهارت‌های ارتباطی در نهایت به دو طبقه مطلوب (نمره ۹ و بالاتر) و نامطلوب (نمره ۸ و کمتر) طبقه‌بندی گردید. بخش سوم پرسش‌نامه‌ای معتبر و اقتباس شده از پژوهش روزن

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-29]

استین (۲۰۰۲) بود که در غالب ۵ سوال بسته پاسخ، بر اساس مقیاس ۳ درجه‌ای لیکرت از امتیاز ۱ (ضعیف) تا ۳ (خوب) وضعیت ارتباطی موجود بین پزشک و پرستار را مورد بررسی قرار داد (۲۴). این سوالات جو ارتباطی موجود بین پزشک و پرستار، میزان اهمیت وجود ارتباط، حمایت از پرستار در زمان اختلافات و کشمکش‌ها، میزان ارتباط باز میان پزشک و پرستار و میزان رضایت از ارتباط موجود میان پرستاران با پزشکان را تعیین می‌کرد. دامنه نمرات بین ۵ تا ۱۵ بود که در نهایت بر اساس نمره نهایی میزان ارتباط موجود میان پزشک و پرستار به سه طبقه ضعیف (نمره بین ۱ تا۵)، متوسط (نمره بین ۶ تا ۱۰) و خوب (نمره بین ۱۱ تا ۱۵) تقسیم گردید. بخش چهارم پرسش‌نامه میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان بیماران بود که توسط ویز (۱۹۸۵) طراحی گردیده است (۲۵). این پرسش‌نامه توسط ۴ سوال بسته و بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از امتیاز ۱ (هیچ‌وقت) تا ۴ (همیشه) میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان را مورد ارزیابی قرار داد. دامنه نمرات بین ۱ تا ۱۶ بود که در نهایت بر اساس نمره نهایی میزان مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی به سه طبقه ضعیف (۱ تا ۵)، متوسط (۶ تا ۱۲) و خوب (۱۳ تا ۱۶) تقسیم گردید. در بخش پنجم فاکتورهای موثر بر همکاری میان پزشکان و پرستاران توسط پرسش‌نامه طراحی شده توسط اوگبیمی (۲۰۰۶) مورد بررسی قرار گرفت. این ابزار شامل ۱۷ سوال بسته و بر اساس مقیاس ۳ درجه‌ای لیکرت از کم (۱) تا زیاد (۳) درجه بندی گردیده بود که عوامل مدیریتی سازمانی، شغلی و فردی موثر بر همکاری میان پزشکان و پرستاران را مورد بررسی قرار داد. در انتها نیز سه سوال باز جهت غنی‌شدن داده‌های کمی اضافه گردید. این سوالات عبارت بودند از: ۱- چه عوامل دیگری بر ارتباط و همکاری میان پزشکان و پرستاران تاثیر دارد؟ ۲- ارتباط و همکاری میان پزشکان و پرستاران چه مزیت‌هایی دارد؟ ۳- برای بهبود ارتباط و همکاری میان پزشکان و پرستاران چه راه‌حل‌هایی را پیشنهاد می‌کنید؟

جهت تعیین اعتبار علمی پرسش‌نامه‌های فوق از روش سنجش روایی محتوی استفاده شد. ضریب پایایی این پرسش‌نامه‌ها با استفاده از روش بازآزمایی مجدد برای پرسش‌نامه ارتباط میان پزشک و پرستار ۸۱ درصد، مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی ۸۶ درصد و مهارت‌های ارتباطی ۹۱ درصد بدست آمد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۱۴ و به کمک آماره‌های توصیفی و استنباطی نظیر فراوانی به درصد و آزمون ضریب همبستگی پیرسون انجام شد.

یافته‌ها

از ۱۸۸ پرسش‌نامه توزیع شده، ۱۱۲ پرسش‌نامه تکمیل و عودت داده شد. ۱۲ پرسش‌نامه بدلیل تکمیل ناقص اطلاعات از مطالعه حذف شدند و در نهایت اطلاعات حاصل از ۱۰۰ پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت.

بیشتر افراد مورد مطالعه (۵۶ درصد) در سنین ۴۰-۳۱ سال با میانگین (± انحراف معیار) ۶/۲±۳۴/۳ سال بودند. حداقل سن ۲۱ و حداکثر ۴۶ سال بود. ۷۲ درصد افراد مورد بررسی پرستار و ۲۸ درصد بهیار بودند. ۷۶ درصد نمونه‌ها زن و ۵۵ درصد آنها بین ۶ تا ۱۱ سال سابقه کار داشتند. از نظر میزان بکارگیری مهارت‌های ارتباطی ۳۲ درصد نامطلوب و ۶۸ درصد مطلوب بودند. در ۴۸ درصد موارد میزان ارتباط میان پزشک و پرستاردر حد متوسط و در ۵۲ درصد موارد در حد خوب بود. از نظر میزان مشارکت و همکاری میان پزشکان و پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی برای بیماران، ۱۴ درصد همکاری ضعیف، ۵۲ درصد همکاری متوسط و ۳۴ درصد همکاری خوب را نشان دادند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی بکارگیری مهارت‌های ارتباطی، میزان ارتباط و میزا ن مشارکت در تصمیم گیری‌ها

	تعداد (٪)
میزان بکارگیری مهارتهای ارتباطی	
مطلوب	۶۸ (۶۸)
نامطلوب	۳۲ (۳۲)
ارتباط موجود میان پزشکان و پرستاران	
متوسط	۴۸ (۴۸)
خوب	۵۲ (۵۲)
میزان مشارکت و همکاری میان پزشکان و پرستاران در	
همکاری ضعیف	۱۴ (۱۴)
همکاری متوسط	۵۲ (۵۲)
همکاری خوب	۳۴ (۳۴)

جو ارتباطی در این بیمارستان ۴۷ درصد متوسط و خوب بود و در ۸۳ درصد موارد وجود ارتباط برای پرستاران اهمیت زیادی داشت. هم‌چنین حمایت پرستاران در زمان اختلاف در ۴۲ درصد موارد کم گزارش گردید و ۶۰ درصد آنها از فرآیند ارتباط خود با پزشک رضایت داشتند (جدول ۲).

میزان بکارگیری مهارت‌های ارتباطی با میزان ارتباط میان پزشکان و پرستاران رابطه معنی‌داری داشت ($r=0/38$ ،$p<0/001$)، اما میزان بکارگیری مهارت‌های ارتباطی رابطه معنی‌داری را با میزان مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی میان پزشکان و پرستاران نشان

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-29]

نـداد (NS، r=۰/۱۸). هـم‌چنـین میـزان ارتبـاط میـان پزشـکان و پرستاران با میزان مشـارکت در تصـمیم‌گیـری‌هـای درمـانی رابطـه معنی‌داری داشت (p<۰/۰۰۱ ،r=۰/۵۸).

جدول ۲ - توزیع فراوانی واحد های پژوهش بر حسب موضوع ارتباط موجود میان پزشکان و پرستاران

	ضعیف	متوسط	خوب
جو ارتباطی میان پزشکان و پرستاران	*(۶) ۶	(۴۷) ۴۷	(۴۷) ۴۷
اهمیت وجود ارتباط	(۳) ۳	(۱۴) ۱۴	(۸۳) ۸۳
میزان حمایت از پرستاران در زمان بروز مشکل و اختلافات	(۴۲) ۴۲	(۴۲) ۴۲	(۱۶) ۱۶
میزان رضایت از فرایند ارتباطی	(۸) ۸	(۶۰) ۶۰	(۳۲) ۳۲

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شـود، بیشـترین عوامـل موثر بر ارتباط و همکاری میـان پزشـک و پرسـتاران، کمبـود نیروی کار (۷۲ درصد) و فشار کاری (۷۰ درصد)، سیاست‌های سازمانی (۵۲ درصد) و مهارت‌های ارتباطی بین فردی ناکـافی (۶۷ درصد) بود. بررسی پاسخ‌های سـوالات بـاز نشـان داد کـه بهبود در امر خدمت‌رسـانی بـه بیمـاران در ۶۶ درصـد مـوارد، افزایش تعامل کاری در ۴۳ درصد موارد، کاهش استرس شغلی در ۳۶ درصد مـوارد و افـزایش رضـایت شـغلی در ۳۵ درصـد موارد مهم‌ترین مزیت‌هـای ارتبـاط مناسـب میـان پزشـکان و پرستاران بودند. سایر مزیت‌های گزارش شـده شـامل افـزایش امنیت شغلی (۱۴ درصد)، پیشبرد اهداف سازمان (۵ درصـد)، افزایش دقت کار (۳ درصد)، افزایش انگیزه کـاری (۲ درصـد)، اعتماد متقابل (۲ درصد) و صداقت در کار (۱ درصد)بود.

بیشترین راه حل‌هـای ارائـه شـده در زمینـه ارتقـاء ارتبـاط و همکاری میان پزشکان و پرستاران شـامل ایجـاد کـلاس‌هـای مشـترک میـان پزشـکان و پرسـتاران جهـت مشـخص شـدن توقعات و انتظارات و تعیین شرح وظایف جهت افزایش ضـریب اطمینان و کـاهش تـداخل در وظـایف (۳۷ درصـد)، برقـراری سیستم نظارتی بـر میـزان انجـام کـار تیمـی میـان پزشـک و پرستاران (۷ درصد)، ایجاد قوانینی برای انجـام کـار گروهـی و تیمی (۳ درصد)، ایجاد انگیزه برای کار تیمی و افزایش نیـروی کار (۵ درصد) و کاهش فشار کاری (۳۰ درصد)، حفظ احتـرام دوطرفه (۲۲ درصد)، افزایش آگـاهی پزشـکان از قابلیـت‌هـای حرفـه‌ای پرسـتاران (۱۲ درصـد)، بهبـود وضـعیت اقتصـادی پرستاران (۱۴ درصـد)، آمـوزش اخـلاق حرفـه‌ای (۵ درصـد)، استخدام پرستاران با انگیزه و با اطلاعات مناسـب (۵ درصـد)، تخصصـی‌کـردن حرفـه پرسـتاری (۱۹ درصـد)، دخالـت دادن پرستاران در تصمیم‌گیری‌های سازمان (۷ درصـد)، بکـارگیری شیوه‌های تشویق و تنبیـه بطـور مسـاوی بـرای هـر دو گـروه پزشکان و پرستاران (۷ درصد)، حمایت از پرسـتاران در زمـان بروز کشمکش‌ها توسط سازمان (۵ درصد)، فرهنگ‌سازی علیه فرهنگ منسوخ پزشک‌سالاری (۱۰ درصد) بود.

جدول ۳- توزیع فراوانی عوامل موثر بر ارتباط و همکاری میان پزشکان و پرستاران

	کم	متوسط	زیاد
فاکتورهای مدیریتی بیمارستان			
سیاستهای سازمانی	*(۱۱)۱۱	(۳۷)۳۷	(۵۲)۵۲
مدیریت بیمارستان	(۱۵)۱۵	(۴۰)۴۰	(۴۵)۴۵
فاکتورهای شغلی			
کمبود پرسنل	(۴)۴	(۲۴)۲۴	(۷۲)۷۲
فشار کاری	(۱)۱	(۲۹)۲۹	(۷۰)۷۰
آموزش ناکافی در مورد روشهای همکاری و انجام کار تیمی	(۲۰)۲۰	(۳۶)۳۶	(۴۴)۴۴
خطاهای شغلی پرستاران	(۱۲)۱۲	(۲۹)۲۹	(۵۹)۵۹
نگرشهای نا هماهنگ در محل کار	(۹)۹	(۲۵)۲۵	(۶۶)۶۶
کمبود آگاهی پزشکان نسبت به حیطه و قابلیتهای حرفه ای پرستاران	(۱۰)۱۰	(۲۲)۲۲	(۶۸)۶۸
عدم مسئولیت پذیری پرستار	(۸)۸	(۴۵)۴۵	(۴۷)۴۷
اطلاعات ناکافی پرستاراز بیمار	(۵)۵	(۳۰)۳۰	(۶۵)۶۵
فاکتورهای فردی			
مهارتهای ارتباطی بین فردی ناکافی	(۸)۸	(۲۵)۲۵	(۶۷)۶۷
ارتباط اجتماعی بین پزشکان و پرستاران در خارج ازمحل کار	(۵۰)۵۰	(۳۷)۳۷	(۱۳)۱۳
رعایت احترام متقابل	(۱۳)۱۳	(۳۴)۳۴	(۵۳)۵۳
نوع ویژیگی های فردی	(۱۴)۱۴	(۴۳)۴۳	(۴۳)۴۳
اختلاف در جنس	(۳۱)۳۱	(۴۹)۴۹	(۲۰)۲۰
تفاوت در درامد	(۱۰)۱۰	(۳۶)۳۶	(۵۴)۵۴
اختلاف در سطح تحصیلات	(۱۵)۱۵	(۶۲)۶۲	(۲۲)۲۲

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

بحث

ایـن مطالعـه نشـان داد کـه بیشـتر کارکنـان پرسـتاری ایـن بیمارسـتان از مهـارت‌هـای ارتبـاطی بطـور مناسـب اسـتفاده می‌کنند و ارتباط میان پزشکان و پرسـتاران مـورد مطالعـه در حد خوب بود. این یافته بر خلاف نتایج مطالعه استین در سال ۱۹۶۸ است. وی نشان داد کـه ارتبـاط میـان تـیم درمـان یـا قابل‌ملاحظه نیست و یا بطور ثابت و پایداری ادامـه نمـی‌یابـد (۱۲،۱۳). اریک نیز در مطالعه خود در سال ۲۰۰۳ تنها در ۳۳ درصد موارد همکـاری مناسـبی را بـین پزشـکان و پرسـتاران

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-29]

مشاهده کرد (۱۸). شاید استفاده بیشتر از مهارت‌های ارتباطی منجر به افزایش ارتباط موجود شده باشد.

بررسی ما نشان داد که میزان مشارکت و همکاری میان پزشکان و پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی برای بیماران در حد متوسط بود. این یافته با نتایج مطالعه لیندک ۲۰۰۵ همسو نیست (۲۶). در مطالعه وی، میانگین میزان مشارکت در تصمیم‌گیری در حد مناسب بود. احتمالاً عدم وجود نگرش و حمایت از اجرای مراقبت به شکل کار گروهی و تیمی سبب می‌گردد که علی‌رغم وجود مهارت‌های ارتباطی مناسب و ارتباط مناسب میان پزشکان و پرستاران هر یک، اهداف مراقبتی جداگانه‌ای برای بیمار برنامه‌ریزی نمایند و کمتر بر اساس اهداف مشترک برنامه‌ریزی کنند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که مهارت‌های ارتباطی مناسب سبب افزایش ارتباط بین پزشکان و پرستاران می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش اوگبیمی در سال ۲۰۰۶ مطابقت دارد (۲۷). درمطالعه وی یکی از دلایل مهم خلاء ارتباطی میان پزشکان و پرستاران، توسعه ناکامل مهارت‌های ارتباطی گزارش گردید. وجود مهارت‌های ارتباطی باعث توسعه و حفظ رفتار همکاری بواسطه اتکای متقابل افراد بر یکدیگر، بحث و بررسی، تبادل نظر و چاره‌جویی در مورد مسائل مربوط به بیماران می‌شود. یافته دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که بکارگیری مهارت‌های ارتباطی مناسب منجر به افزایش مشارکت و همکاری پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی نمی‌شود. این یافته بر خلاف نتایج مطالعه کولینگ است (۲۸). مطالعه وی نشان داد بهبود مهارت‌های ارتباطی سبب افزایش میزان همکاری وارتقاء کیفیت مراقبت از بیمار می‌شود. عدم حمایت، آموزش و اجرای سیاست‌هایی جهت اجرای کار به شکل تیمی و گروهی احتمالاً می‌تواند از دلایلی باشد که پرستاران با وجود مهارت‌های ارتباطی مناسب چندان در تصمیم‌گیری‌ها شرکت داده نشوند.

در مطالعه فعلی جو ارتباطی میان پزشکان و پرستاران در حد متوسط و خوب بود. این یافته مشابه نتایج مطالعه روزن‌استین در سال ۲۰۰۲ است که در آن جو ارتباطی متوسطی میان پزشکان و پرستاران مشاهده شد. وی در تحقیق خود دریافت که در طول یک‌سال اخیر در ۹۰ درصد موارد، حداقل یک‌بار، پرستاران در طول تماس تلفنی، توضیح در مورد دستورات پزشکی و تاخیر در امر رسیدگی به بیمار یا تغییر حال ناگهانی بیمار در معرض آزار کلامی پزشکان قرار گرفته بودند . احتمالاً کاهش آگاهی پرستاران و پزشکان به شیوه‌های برقراری کار تیمی، عدم اجرای صحیح سیاست‌های برخورد با ارتباط نامناسب بین کارکنان بر جو ارتباطی میان پزشکان و پرستاران تاثیر داشته است (۲۹).

این مطالعه نشان داد که برای کارکنان پرستاری، بهبود ارتباط از اهمیت و جایگاه ویژه و بالایی برخوردار است. همانند مطالعه ما، روزن‌استین نیز دریافت که بهبود ارتباط میان پزشک-پرستار رابطه مستقیمی با افزایش رضایت‌مندی شغلی و کاهش نشانه‌های فرسودگی شغلی و ارتقاء کیفیت مراقبت دارد. غالباً پرستاران مایل به کار در بیمارستان‌هایی هستند که به بیمارستان‌های مغناطیسی شهرت دارند و از ویژگی‌های این بیمارستان‌ها وجود ارتباط خوب میان پزشک و پرستار است (۲۹).

در پژوهش ما مشخص شد که حمایت از کادر پرستاری در مواقع بروز تضاد، اختلاف و مشکل، در حد کمی انجام می‌پذیرد. این یافته با نتایج مطالعه روزن‌استین مطابقت دارد . عوامل محیطی و سازمانی نقش ارزشمندی در ارتقاء ارتباط میان پزشک- پرستار دارند. از مهم‌ترین مهارت‌ها و توانمندی‌های لازم برای مدیران بیمارستان‌ها ایجاد تیم اثربخش و جلب مشارکت کارکنان است. لذا اتخاذ سیاست‌های حمایتی از کادر پرستاری و بکارگیری دستورالعمل‌هایی مبتنی بر تاکید بر بکارگیری اصول مهارت‌های ارتباطی و کار به شکل تیمی و گروهی در ایجاد ارتباط بهتر و نزدیک‌تر میان پرستار و پزشک می‌تواند مفید واقع گردد.

بون همانند روزن‌استین میزان رضایت‌مندی کارکنان پرستاری از کیفیت ارتباط میان پرستار-پزشک را در حد متوسط بدست آوردند(۲۹،۳۰). احتمالاً عوامل مختلف فردی، شغلی، مدیریتی و محیطی در این بیمارستان بر کیفیت و جو ارتباط بین پرستار-پزشک تاثیر داشته است (۳۰).

در مطالعه ما، از دید پرستاران، مهم‌ترین فاکتور شغلی موثر بر ارتباط میان پزشک و پرستار، کمبود نیروی کار بود. این یافته با نتایج مطالعه روزن استین هم‌خوانی دارد (۲۹). مطالعه وی نشان داد که کمبود نیروی کار منجر به کاهش ارتباط مناسب شغلی میان تیم درمانی و افزایش رفتارهای غیرهماهنگ شغلی و افزایش تنش و استرس شغلی و افت کیفیت خدمات مراقبتی می‌شود (۱۶). در بعد عوامل محیطی نیز سیاست‌های سازمانی مهم‌ترین عامل در زمینه عوامل مدیریتی سازمانی موثر بر ارتباط میان پزشک و پرستار بودکه مشابه یافته‌های مطالعه کرامر در سال ۲۰۰۲ است (۳۱،۳۰). در مطالعه وی مشخص شد که سازمان نیز بر رابطه و مشارکت میان پزشکان و پرستاران تاثیر دارد و در محیطهای بیمارستانی پرجاذبه و کشش‌دار، میزان همکاری میان پزشکان و پرستاران بیشتر

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-29]

است. مطالعات نشان داده مهم‌ترین محاسن کار در بیمارستان‌های پرجاذبه، حمایت از ارتباطات و همکاری بین کادر پزشک و پرستار، حمایت از آموزش پرستاران، حمایت پرستاران توسط سیستم‌های مدیریتی و سوپروایزرها، کنترل بیشتر عملکرد پرستاران و کافی بودن تعداد پرسنل است (۳۲،۳۱). در مطالعه ما، مهم‌ترین فاکتور فردی تاثیرگذار بر ارتباط میان پزشک و پرستار، مهارت‌های ارتباطی بین فردی ناکافی بود. این یافته با نتایج مطالعه اوگبیمی و کولینگ هم‌خوانی دارد (۲۸،۲۷). آنها در مطالعه خود دریافتند مهارت‌های ارتباطی بین فردی با میزان ارتباط میان پزشکان و پرستاران رابطه دارد. آنها مشاهده کردند وجود مهارت‌های ارتباطی بین فردی باعث توسعه و حفظ رفتار همکاری بواسطه اتکای متقابل افراد بر یکدیگر، بحث و برر سی، تبادل‌نظر و چاره‌جویی در مورد مسائل مربوط به بیماران می‌شود.

با توجه به یافته‌های این مطالعه و مطالعات دیگر به نظر می‌رسد که مشکل در برقراری ارتباط می‌تواند بر ارتباط و همکاری بین پزشکان و پرستاران تاثیر منفی بگذارد و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی را نیز کاهش دهد. به همین خاطر آموزش مهارت‌های ارتباطی باید به عنوان بخش ضروری در برنامه درسی دوره لیسانس پرستاری گنجانیده شود و نیز باید این مهارت توسط شرکت در برنامه‌های آموزش مداوم،کارگاه‌ها و همایش‌ها تقویت گردد. در خاتمه یادآوری می‌شود با وجود این که تمامی پرستاران بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، تعداد کم نمونه می‌تواند به عنوان محدودیت این بررسی تلقی شود. هم‌چنین علی‌رغم محرمانه بودن اطلاعات بدست آمده از جامعه تحقیق مانند همه تحقیقات توصیفی دیگر میزان دقت و صحت پاسخ‌های دریافتی قابل تامل و بررسی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی کارکنان محترم پرستاری شاغل در بیمارستان تامین اجتماعی البرز کرج که در تکمیل پرسش‌نامه همکاری نمود، قدردانی و سپاسگزاری به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Dechairo-Marino AE, Jordan-Marsh M, TraigerG, Saulo M. Nurse/physician collaboration: action research and the lessons learned. J Nurs Adm 2001;31:223-32.
2. Barrere C, Ellis P. Changing attitudes among nurses and physicians: a step toward collaboration J Healthc Qual 2002;24:9-15.
3. Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care 2005;19:116–31.
4. Stein J. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. Am J Crit Care 2007;16:470-77.
5. Baggs JG, Ryan SA, Phelps CE. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in medical intensive care. Heart Lung 1992;21:18-24.
6. Horak BJ, Pauig J, Keidan B, Kerns J. Patient safety: a case study in team building and interdisciplinary collaboration. J Healthc Qual 2004; 26(2), 6-13.
7. Liedtka JM, Whitten E. Enhancing care delivery through cross disciplinary collaboration: a case study. J Healthc Manag 1998;43:185-205.
8. Sim T, Joyner J. A multidisciplinary team approach to reducing medication variance. J Qual Improv 2002;28:403-409.
9. Aiken LH. Evidence-based management: key to hospital workforce stability. J Health Adm Educ 2001;117-125.
10. Baggs J, Ryan S. ICU nurse-physician collaboration and nursing satisfaction. Nurs Econ 1990;8:386-92.
11. Pillitteri A, Ackerman M. The doctor-nurse game: a comparison of 100 years—1888-1990. Nurs Outlook 1993;41:113-16.
12. Stein LI. The doctor-nurse game. Arch Gen Psychiatry 1967;16:699-703.
13. Stein LI. The doctor-nurse game. Am J Nurs 1968;68:101-105.
14. Coeling H, Cukr PL. Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. J Nurs Care Qual 2000;14:63-74.
15. Evans SA, Carlson R. Nurse/physician collaboration: solving the nursing shortage crisis. Am J Crit Care 1992;1:25-32.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-29]

16. Mechteld RM, Visser EM, Frans J, Oart H, HannekeCY, Mde H. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. CMAJ 2003;166:271-75.

17. Carey L, editor. Practice nursing. London: Baillier Tindall; 2000. p.14-20.

18. Thomas EJ, Sexton JB, Helm Reich RM. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. Crit Care Med 2003;31:956-59.

19. Scott B. The influence of participation in decision-making with in the enterprise bargaining context. Implication for job satisfaction and affective commitment [PhD dissertation]. Curtin, Australia: Australian Curtin University of technology; 2001.

20. 20.Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, et al.Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units [see comments]. Crit Care Med 1999; 27:1991-8.

21. Harmon J, Scottie DJ, Behson S, Farais G. Effect of high- involvement work practices on employee satisfaction and services costs in the Veteran's health administration. J Health Care Manag 2000;3:1-15.

22. Levar R. A questionnaire study of the effect on work of participation in and influence on decision-making. Research in Post-Compulsory Education 1998;13:1-24.

23. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the kalamazo II report. Acad Med 2004;79:490-507.

24. Rosenstein A. Nurse-physician relationships: Impact on satisfaction and retention. Am J Nurs 2002;102:26-34.

25. Weiss SJ, Davis HP. Validity and reliability of the Collaborative Practice Scales. Nurs Res 1985;34:299-305.

26. Lindeke LL, Dieckert AM. Nurse-physician workplace collaboration. Online Journal of Issue in Nursing. Kent State University College of Nursing; 2005.10(1).

27. Ogbimi Roseline I, Adebamowo Clement A. Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria. BMC Nurs 2006;5:1-6.

28. Coeling H, Cukr PL. Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. J Nurs Care Qual 2000;14:63-74.

29. Rosenstein AH, Russell H, Lauve R. Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage. Physician Exec 2002;28:8-10.

30. Boone BN, King ML, Gresham LS, Wahl P, Suh E. Conflict management training and nurse-physician collaborative behaviors. J Nurs Staff Dev 2008;24:168-75.

31. Kramer M, Schmalenberg C. Staff nurses identify the essentials of magnetism. Nurs Manag 2002;34:34-38.

32. Hinshaw A. Building magnetism into health organizations. J Nurs Adm 2002;29:14-20.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-29]