Correlation between Communication Skills and Nurses' Standardized Communication in Hazrat Rasoul Akram Complex, 2014

Behnaz Kermani[1, 2], Hasan Darvish[2*], Seyed Ali Akbar Ahmadi[2], Akram Bani Asadi[3], Pirhossein Kolivand[4]

[1]Office of Vice-Chancellor for Management and Resources Development, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]Department of Public Administration, Payame Noor University, Tehran, Iran
[3]Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4]Shefa Neuroscience Research Center, Khatam Alanbia Hospital, Tehran, Iran

Article Info:
Received: **31 Aug 2015** ***Accepted*:** **13 Oct 2015**

ABSTRACT

Introduction: The ability to communicate is crucial for the people working in the health system, particularly the nurses. Communication barriers between the medical team disrupt teamwork and resulting in a lower safety and quality of care. The aim of this study was to investigate the correlation between nurses' communication skills and standardized communication. ***Materials and Methods:*** This is a descriptive study and was conducted in the 2014. The study population was the nursing staff of Hazrat Rasoul Akram Complex. Eligible nurses were selected randomly. Two questionnaires were used to collect information on interpersonal communication skills and the standard situation, background, assessment and recommendation (SBAR) communication tool and demographic data. ***Results:*** Less than 45% of nurses had good communication skills and less than 50% of nurses were used standards communication items. There was a significant correlation between interpersonal skills and communication standards as well as individual skills with situation, background, assessment, and recommendation. ***Conclusion:*** Improvement of communication skills and standardized communication increase coordination between the medical team and providing information about the background and situation of the patient. Moreover, reduction of the likelihood of errors and ignoring information improve the efficiency, reduce dissatisfaction, and provide optimum care.

Key words:

1. Communication
2. Clinical Competence
3. Reference Standards
4. Nurses
5. Hospitals

***Corresponding Author:** Hasan Darvish
E-mail: *dr.darvish43@gmail.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.16]

همبستگی بین مهارت‌های ارتباطی و ارتباط استاندارد پرستاران در مجتمع حضرت رسول اکرم، ۱۳۹۲

بهناز کرمانی[۱،۲]، حسن درویش[۲*]، سید علی اکبر احمدی[۲]، اکرم بنی اسدی[۳]، پیر حسین کولیوند[۴]

[۱]دفتر معاونت توسعه مدیریت و منابع، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

[۲]گروه مدیریت دولتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

[۳]گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[۴]مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، بیمارستان خاتم‌الانبیاء، تهران، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۹ شهریور ۱۳۹۴
تاریخ پذیرش: ۲۱ مهر ۱۳۹۴

چکیده

مقدمه: توانایی برقراری ارتباط برای افراد مشغول به کار در نظام سلامت، به‌ویژه پرستاران بسیار مهم است. موانع ارتباطی بین کادر درمان، کار گروهی را مختل میکند و به ایمنی و کیفیت مراقبت پایین‌تر منجر می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی همبستگی بین مهارت‌های ارتباطی پرستاران و ارتباطی استاندارد بود. **مواد و روش‌ها:** این یک مطالعهٔ توصیفی است و در سال ۱۳۹۲ انجام شده بود. جامعهٔ پژوهش کارکنان پرستاری مجتمع حضرت رسول اکرم بود. پرستاران واجد شرایط به طور تصادفی انتخاب شدند. دو پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات دربارهٔ مهارت‌های ارتباطی بین فردی و ابزار ارتباطی استاندارد SBAR و اطلاعات جمعیت‌شناختی استفاده شد. **یافته‌ها:** کمتر از ۴۵٪ پرستاران مهارت‌های ارتباطی خوب داشتند و کمتر از ۵۰٪ پرستاران از نکات ارتباطی استاندارد استفاده کرده بودند. یک همبستگی معنی‌دار بین مهارت‌های بین فردی و استانداردهای ارتباطی و نیز مهارت‌های فردی با وضعیت، پیشینه، ارزیابی و توصیه وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** بهبود مهارت‌های ارتباطی و ارتباط استاندارد، هماهنگی بین کادر درمان و ارائهٔ اطلاعات در مورد سابقه و وضعیت بیمار را افزایش می‌دهد. علاوه بر این کاهش احتمال خطاها و نادیده گرفتن اطلاعات، بهره‌وری را بهبود، نارضایتی را کاهش و ارائهٔ مراقبت مطلوب را بهبود می‌بخشد.

کلید واژه‌ها:

۱. ارتباط
۲. صلاحیت بالینی
۳. استانداردهای مرجع
۴. پرستاران
۵. بیمارستان‌ها

* **نویسنده مسئول:** حسن درویش
آدرس الکترونیکی: *dr.darvish43@gmail.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.16]

مقدمه

توانایی برقراری ارتباط صحیح، یکی از مهارت‌های اساسی زندگی اجتماعی است. برخی از صاحب‌نظران مبنای رشد انسانی، آسیب‌های فردی و پیشرفت‌های بشری را در فرایند ارتباط دانسته‌اند (۱، ۲). با این توصیف وقتی وارد سازمان‌ها می‌شویم این کیفیت ارتباطات و بهره‌وری آن نقشی بی‌بدیل می‌یابد (۳). ارتباطات را می‌توان عنصر الزام‌آور توفیق در تمام سیستم‌ها و زیرسیستم‌های اجتماعی تلقی نمود (۴).

بسیاری از صاحب‌نظران نیز توانایی برقراری ارتباط صحیح را از مهم‌ترین ویژگی‌های افراد شاغل در سیستم بهداشت و درمان می‌دانند (۱، ۲). ارتباطات بین فردی بین ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی -درمانی مهم‌ترین عامل مؤثر بر رضایتمندی فرد از سیستم‌های بهداشتی درمانی می‌باشد (۵)؛ به‌علاوه پرستاران، بزرگ‌ترین گروه ارائه دهنده خدمات در سیستم‌های بهداشتی و درمانی، دارای نیروی قابل‌توجهی هستند که می‌توانند بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تأثیر بگذارند (۶). مبحث ارتباطات در حرفهٔ پرستاری اهمیت به‌سزایی دارد (۷) و بهبود آن همواره به‌عنوان یک ضرورت در برنامه‌ها و جهت‌گیری‌های بیمار محور، مورد توجه بوده است (۸).

مروری بر مطالعات انجام شده نشان می‌دهد میزان ارتباطات کاری گروه درمان مطلوب نمی‌باشد یا به طور مستمر ادامه نمی‌یابد (۹). علی‌رغم تشکیل جلسات بازآموزی، ارتباطات غیرمؤثر هنوز به‌عنوان یک مانع قدرتمند در مراقبت‌های بهداشتی محسوب می‌گردد (۱). سویت و نورمن در پژوهش خود ارتباطات کاری پزشکان و پرستاران را متوسط و قابل ارتقاء دانسته‌اند (۱۰). رضایی و همکاران نیز در مطالعهٔ خود نشان دادند که ۴۷/۵ درصد پزشکان مهارت‌های ارتباطی ضعیفی دارند (۱۱).

ارتباط بین پزشک و پرستار شامل تعامل متقابل در امر مراقبت از بیمار برای دستیابی به یک هدف مشترک درمانی است (۱۲)؛ اما پزشکان و پرستاران به دلیل نوع نقش حرفه‌ای متفاوت، درک متفاوتی از نیازهای بیمار دارند (۱۳). Awad و همکاران و Elks و Riley نیز بر اهمیت ارتباط خوب بین متخصصان بیهوشی، جراحان و پیراپزشکان تأکید کرده‌اند (۱۶-۱۴)؛ زیرا موانع ارتباطی بین پرستاران و پزشکان باعث مختل شدن کار گروهی و در نتیجه به مخاطره افتادن ایمنی و کیفیت مراقبت می‌شود (۱۷).

مطالعهٔ Rosenstein و O'Daniel نشان داد که تعامل نامناسب باعث بروز استرس، احساس ناامیدی و از دست دادن تمرکز، کاهش همکاری، کاهش انتقال اطلاعات، اختلال در برقراری ارتباط و مختل شدن روابط می‌شود. همچنین موجب به مخاطره افتادن ایمنی، کاهش کیفیت مراقبت و مرگ و میر بیمار می‌شود (۱۸).

به‌ویژه ناهماهنگی در تعامل بین پرستاران و پزشکان باعث بروز تعارض بین اعضاء گروه مراقبتی می‌گردد (۱۹، ۱۷). مطالعهٔ Wheelan و همکاران ارتباط معکوس بین کار گروهی پرستاران و پزشکان با مرگ و میر بیماران را نشان می‌دهد (۲۰). ارتباط گروه درمان سبب افزایش آگاهی از مسائل و مشکلات بیمار، بهبود تصمیم‌گیری در مورد بیماران، افزایش حس مشارکت و همکاری، افزایش دانش و مهارت و ارتقاء کیفیت مراقبت، کاهش هزینه‌های درمانی و تقویت برنامه‌ریزی بر اساس اهداف مشترک می‌گردد (۲۱).

افراد به واسطهٔ مهارت‌های ارتباطی می‌توانند درگیر تعامل‌های بین فردی و فرایند ارتباط شوند (۲۲). نارسایی مهارت‌های ارتباطی می‌تواند با احساس تنهایی، اضطراب اجتماعی، افسردگی، عزت نفس پایین و عدم موفقیت‌های شغلی و تحصیلی همراه باشد (۲۳). Yukl بیان کرد بیش از ۲۵ درصد مشکلات مربوط به روابط افراد در سازمان به دلیل وجود مشکلات ارتباطی در سطح فردی و سازمانی است (۲۴). ماتیس در مطالعات خود اشاره بر این دارد که نبود مهارت‌های ارتباطاتی موجب افزایش هزینه‌ها می‌شود و در نهایت، اثربخشی را کاهش می‌دهد (۲۵).

ارتباط به‌منزلهٔ مرگ و زندگی است که در هیچ جای اجتماع به اندازهٔ محیط بیمارستان خود را نشان نمی‌دهد (۲۶) و دارای ارزش فراوان در بهبود سیستم سلامت است (۲۱). به‌علاوه ارتباط سازمانی، اثری مستقیم در کامیابی‌ها و ناکامی‌های سازمان خواهد داشت (۲۷).

به لحاظ اینکه ساختار مشخصی برای برقراری ارتباطی جامع و استاندارد بین اعضاء گروه درمانی (همانند انگلستان) در ایران وجود ندارد، این مطالعه می‌تواند بر اهمیت وجود چنین ابزاری هم‌راستا با بهبود مهارت‌های ارتباطی، تأکید نماید. ابزاری که اگرچه اهمیت فراوانی در ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیمار دارد ولی در مطالعات داخلی به آن پرداخته نشده است. لذا هدف از مطالعهٔ حاضر تعیین ارتباط مهارت‌های ارتباطی با برقراری ارتباط استاندارد بین پرستاران می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی بوده که در زمستان سال ۱۳۹۲ انجام شده است. جامعهٔ پژوهش پرستاران مجتمع آموزشی -درمانی حضرت رسول اکرم (ص) مشتمل بر ۳۶۲ نفر بوده است. حجم نمونه از طریق فرمول نمونه‌گیری کوکران ۱۸۷ محاسبه گردید. (d=۰/۵ (p, q=۰/۵؛ Z=۱/۹۶؛

Z= سطح اطمینان، p= میزان شیوع انتظار و یا نسبت ابتلاء به شرایط مورد نظر، q= نسبتی از جمعیت فاقد صفت معین یا شرایط مورد نظر، d= میزان دقت، N= حجم جامعه

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-29]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.16]

$$n = \frac{NZ^{۲}pq}{(N-۱)d^{۲}+Z^{۲}pq}$$

پرسشنامه‌ها به طور تصادفی ساده با استفاده از لیست کارگزینی اسامی پرستاران، بین پرستاران شاغل در مجتمع که بیش از یک سال سابقهٔ کار داشتند، توزیع شدند. در نمونه‌گیری تصادفی ساده هر یک از اعضاء جامعهٔ تعریف شده، شانس برابر و مستقلی برای قرار گرفتن در نمونه داشتند؛ منظور از مستقل بودن این است که انتخاب یک عضو به هیچ شکل در انتخاب سایر اعضاء جامعه تأثیری ندارد.

بعد از گرفتن مجوز رسمی از دانشگاه علوم پزشکی و هماهنگی با رئیس بیمارستان، دفتر پرستاری، سوپروایزر آموزشی و سرپرستاران بخش‌ها، پژوهشگر خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی نموده و هدف از تحقیق را بیان کرده و رضایت آن‌ها را جهت شرکت در تحقیق اخذ نمود. به کلیهٔ نمونه‌های پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده محرمانه بوده و نیازی به ذکر نام در پرسشنامه‌هایی که تکمیل می‌کنند نیست. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی علاوه بر موارد ذکر شده، به مسئولین پرستاری بیمارستان اطمینان داده شد که در صورت تمایل آن‌ها، نتایج پژوهش در اختیارشان قرار داده خواهد شد. تعداد ۱۸۷ پرسشنامه توزیع گردید که از این تعداد ۱۷۱ نفر پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نموده و تحویل دادند. پس از حذف پرسشنامه‌های تکمیل نشده یا پرسشنامه‌هایی که ناقص تکمیل شده بودند، نرخ بازگشت پرسشنامه‌ها ۹۱/۴۴٪ بود.

ابزار پژوهش

برای گردآوری اطلاعات از سه پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی[1] (شامل جنسیت، تأهل، سن، تحصیلات، سابقهٔ کار، وضعیت استخدامی، میزان حقوق و مزایا) پرسشنامهٔ مهارت‌های ارتباطی بین فردی (منجمی زاده) (۲۸) پرسشنامهٔ مهارت‌های بین فردی، دارای ۱۹ سؤال بوده و هدف آن سنجش میزان مهارت ارتباطی بین فردی در افراد مختلف است. این پرسشنامه، دامنه‌ای از ۱۹ تا ۹۵ با طیف لیکرت پنج قسمتی (بسیار کم تا بسیار خوب، نمرات ۱ تا ۵) را خواهد داشت. نمره‌های بالاتر نشان دهندهٔ مهارت ارتباط بین فردی بالاتر در شخص پاسخ دهنده خواهند بود و برعکس؛ اما برای یک نتیجهٔ دقیق‌تر، می‌توان از دسته‌بندی زیر جهت سنجش میزان مهارت ارتباط بین فردی شخص پاسخ دهنده استفاده کرد که در پژوهش حاضر نیز مورد استفاده قرار گرفته است: نمرهٔ زیر ۴۵ مشکل حاد ارتباطی، نمرهٔ ۶۵-۴۶ مشکل ارتباطی، نمره ۹۵-۶۶ فرد توانمند (۲۸).

در پایان‌نامهٔ منجمی زاده روایی همزمان پرسشنامه، محاسبه و یک همبستگی قوی بین آن با پرسشنامهٔ توانایی برقراری ارتباط مؤثر به دست آمد (r=۰/۶۹۸) و در نتیجه روایی همزمان آن مورد تأیید قرار گرفت (۲۸). همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن در مطالعهٔ منجمی زاده با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ برای پرسشنامهٔ مهارت‌های ارتباطی بین فردی ۰/۷۳ به دست آمد که نشان دهندهٔ پایایی خوب این پرسشنامه است. در این پژوهش، روایی پرسشنامهٔ مذکور توسط اساتید صاحب‌نظر مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامهٔ ارتباط استاندارد نیز بر اساس ابزار ارتباطی استاندارد SBAR[2] (در خصوص گزارش پرستار به پرستار و پرستار به پزشک) که در سازمان خدمات بهداشت ملی (NHS)[3] انگلستان مورد استفاده قرار می‌گیرد، در پژوهش حاضر توسط محققان طراحی شد. پرسشنامهٔ ارتباط استاندارد دارای ۱۷ سؤال بوده که در چهار گروه تشریح وضعیت موجود، پیشینه، ارزیابی و توصیه گروه‌بندی شده‌اند. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت پنج قسمتی (به‌ندرت، کم، گاهی اوقات، اغلب، همیشه به ترتیب با نمرهٔ ۱ تا ۵) و با دامنهٔ نمره‌دهی ۱۷ تا ۸۵ بوده است (امتیاز تا ۴۰ بیانگر عملکرد ضعیف، ۶۲-۴۱ متوسط و ۸۵-۶۳ مطلوب می‌باشد). روایی آن با بهره‌گیری از نظرات متخصصان تأیید شده و برای پایایی از روش Test-retest در ۲۰ درصد جامعهٔ آماری استفاده شد که پایایی پاسخ‌ها برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

SBAR یک مدل ارتباط استاندارد است و چهارچوب ارتباط بین اعضاء گروه مراقبتی در مورد شرایط بیمار را فراهم می‌کند. روشی ساختاریافته برای تبادل اثربخش اطلاعات حیاتی مورد نیاز در خصوص مراقبت، درمان، خدمات، شرایط، تغییرات اخیر یا پیش‌بینی شده است که باید مورد توجه قرار گیرند. این ابزار می‌تواند از نادیده گرفته شدن جزئیات و اشتباهات ناشی از آن در برقراری ارتباط بین کادر درمان جلوگیری کند (۲۹). برقراری ارتباط استاندارد شامل ۴ قسمت می‌باشد. در بخش اول، به معرفی بیمار و بیان دقیق وضعیت فعلی وی پرداخته می‌شود. سپس مروری بر تاریخچهٔ پزشکی بیمار و دلیل پذیرش او انجام می‌شود. در گام بعد علایم حیاتی، مشکلات بالینی، دلایل شرایط فعلی بیمار و روند بهبودی وی ارزیابی می‌گردد. در آخرین مرحله نیز توصیه‌هایی جهت انجام اقدامات و مداخلات لازم، تعیین چهارچوب زمانی اقدامات، تغییرات و انتظارات از تغییرات بیان می‌شود. اگرچه ممکن است این چهار بخش در برقراری ارتباط معمولی بین کادر درمان بیان شود ولی SBAR با ایجاد چهارچوب و ساختارمند کردن

[1] Demographic
[2] Situation, background, assessment and recommendation
[3] National Health Service

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-29]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.16]

این مراحل، مواردی را که باید مورد توجه قرار گرفته و بیان شود مشخص کرده و از نادیده گرفته شدن آن‌ها پیشگیری می‌کند. هدف این ابزار آن است که با ایجاد قطعیت و وضوح، امید به احتمالات، ایما و اشاره‌ها و امیدواری به درست پیش رفتن امور را از بین ببرد (۲۹).

تجزیه و تحلیل داده‌ها

با توجه به جدول ۱ داده‌ها با استفاده از روش آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 و در سطح معنی‌داری $P<۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آنجایی که متغیر مستقل و وابسته دارای سطح سنجش فاصله‌ای بوده‌اند از آزمون رگرسیون استفاده شده است و ملاک ورود و خروج، سطح معنی‌داری بوده است و متغیرهایی که دارای سطح معنی‌داری پایینی بوده‌اند از معادله خارج گردیده و سایر متغیرهای معنی‌دار، به معادله وارد شده‌اند. در این مطالعه داده‌ها به صورت میانگین ± انحراف معیار نشان داده شده است.

یافته‌ها

بیش از ۹۵٪ شرکت‌کنندگان این مطالعه را زنان تشکیل می‌دهند. ۵۰/۴٪ متأهل و بیش از ۶۴٪ زیر ۳۰ سال سن داشتند. ۶۲٪ رسمی بودند. بیش از ۶۸٪ پرستاران حقوق دریافتی خود را بین ۱/۵-۱ میلیون تومان اعلام کردند. میانگین و انحراف معیار سن و سابقهٔ کار شرکت‌کنندگان به ترتیب ۵/۱۶ ± ۲۸/۶۳ و ۵/۰۱ ± ۸/۳۳ بوده است (جدول ۱).

نتایج نشان می‌دهد ۱۰/۸۴٪ افراد مهارت‌های ارتباطی ضعیف و مشکل حاد ارتباطی دارند، ۴۵/۴۴٪ متوسط بوده و ۴۳/۷۲٪ افراد از لحاظ برقراری ارتباط توانمند می‌باشند. در زمینهٔ استفاده از بخش‌های ارتباط استاندارد، ۸/۹۳ درصد عملکرد ضعیف، ۴۱/۷۵ درصد متوسط و ۴۹/۳۲ درصد عملکرد مطلوبی در این رابطه داشته‌اند.

همان‌طور که در جدول ۲ ذکر شده است نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین شاخص‌های ابزار ارتباطی استاندارد با مهارت‌های ارتباطی، رابطهٔ مثبت و معنی‌داری دیده شده است ($P<۰/۰۵$، $r=۰/۲۲۴$) بین شاخص‌های ابزار ارتباطی استاندارد با وضعیت فعلی (تشریح وضعیت موجود) رابطهٔ مثبت و معنی‌داری دیده شده است ($r=۰/۸۱۶$، $P<۰/۰۵$)، بین شاخص‌های ابزار ارتباطی استاندارد با پیشینه، رابطهٔ مثبت و معنی‌داری دیده شده است ($P<۰/۰۵$، $r=۰/۹۴۴$)، بین شاخص‌های ابزار ارتباطی استاندارد با توصیه، رابطهٔ مثبت و معنی‌داری دیده شده است ($P<۰/۰۵$، $r=۰/۹۵۳$).

جدول ۳ نشان می‌دهد که در نخستین مرحله، متغیری که بیشترین همبستگی تفکیکی را با برقراری ارتباط استاندارد دارد "ارزیابی" بوده است. در واقع این متغیر به‌تنهایی ۶٪ از واریانس متغیر برقراری ارتباط استاندارد را تبیین می‌کند. لذا این متغیر مهم‌ترین متغیر تأثیرگذار بر برقراری ارتباط استاندارد بوده است. با افزایش یک واحد به میزان "ارزیابی"، به میزان ۰/۲۲۸ (بتا) به میزان برقراری ارتباط استاندارد افزوده می‌شود. در دومین مرحله، متغیری که بیشترین تأثیر را بر احساس برقراری ارتباط استاندارد داشته است، متغیر مهارت‌های فردی بوده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه.

مشخصات		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۶۲	۹۵/۷۴
	مرد	۹	۵/۳۶
وضعیت تأهل	مجرد	۸۷	۵۰/۸۸
	متأهل	۸۴	۴۹/۱۲
سن (سال)	۲۰-۳۰	۱۱۰	۶۴/۳۳
	۳۱-۴۰	۵۷	۳۳/۳۳
	۴۱-۵۰	۴	۲/۳۴
میزان تحصیلات	لیسانس	۱۴۲	۸۳/۰۴
	فوق لیسانس	۲۷	۱۵/۷۹
	دکترا	۲	۱/۱۷
سابقهٔ کار (سال)	۱-۷	۸۷	۵۰/۸۸
	۸-۱۴	۵۹	۳۴/۵
	۱۵-۲۱	۱۴	۸/۱۹
	۲۲-۳۰	۱۱	۶/۴۳
وضعیت استخدامی	طرحی	۱۲	۷/۰۲
	رسمی	۱۰۷	۶۲/۵۷
	رسمی آزمایشی	۸	۴/۶۸
	پیمانی	۸	۴/۶۸
	قراردادی	۳۶	۲۱/۰۵
شیفت	دارد	۸۰	۴۶/۷۸
	ندارد	۹۱	۵۳/۲۲
حقوق (به میلیون تومان)	زیر ۱	۲۷	۱۵/۷۹
	۱-۱/۵	۱۱۷	۶۸/۴۲
	۱/۵-۲	۱۷	۹/۹۴
	۲-۲/۵	۱۰	۵/۸۵
ردهٔ شغلی	سوپروایزر	۲۰	۱۱/۷
	سرپرستار	۳۴	۱۹/۸۸
	استف	۲	۱/۱۷
	پرستار	۱۱۵	۶۷/۲۵

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.16]

جدول ۲- ماتریس ضریب همبستگی بین متغیر مستقل (مهارت‌های ارتباطی) و متغیرهای وابسته (ابزار ارتباطی استاندارد و زیرمجموعه‌ها).
*همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است.** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.

		مهارت‌های ارتباطی	وضعیت فعلی -تشریح وضعیت موجود	پیشینه	ارزیابی	توصیه	ابزار ارتباطی استاندارد
مهارت‌های ارتباطی	r	۱					
	P	.					
وضعیت فعلی -تشریح وضعیت موجود	r	(*)۰/۱۷۳	۱				
	P	۰/۰۴۵					
پیشینه	r	(*)۰/۲۵۲	(**)۰/۷۸۲	۱			
	P	۰/۰۱۱	۰/۰۰۱	.			
ارزیابی	r	(*)۰/۲۲۸	(**)۰/۶۳۸	(**)۰/۸۹۲	۱		
	P	۰/۰۲۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	.		
توصیه	r	(*)۰/۱۷۹	(**)۰/۵۷۳	(**)۰/۸۰۴	(**)۰/۹۲۸	۱	
	P	۰/۰۴۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	.	
ابزار ارتباطی استاندارد	r	(*)۰/۲۲۴	(**)۰/۸۱۶	(**)۰/۹۴۴	(**)۰/۹۵۳	(**)۰/۹۲۲	۱
	P	۰/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	.

جدول ۳- نتایج آزمون رگرسیون خطی مؤلفه‌های مؤثر بر ارتباط استاندارد.

	β (فاصلهٔ اطمینان ۹۵٪)	T	سطح معنی‌داری	R
ارزیابی	۰/۲۲۸	۲/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵۲
مهارت‌های ارتباطی فردی	۰/۲۲۴	۲/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۰
توصیه	۰/۱۷۹	۷/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳۴
وضعیت فعلی (تشریح وضعیت موجود)	۰/۱۷۳	۹/۷۴	۰/۰۴۵	۰/۹۱۳

مقدار بتا بیانگر آن است که با افزودن یک واحد به متغیر مهارت‌های فردی ۰/۲۲۴ به میزان برقراری ارتباط استاندارد افزوده می‌شود. در سومین مرحله، متغیری که بیشترین تأثیر را بر احساس برقراری ارتباط استاندارد داشته است، متغیر "توصیه" بوده است. مقدار بتا بیانگر آن است که با افزودن یک واحد به متغیر توصیه ۰/۱۷۹ به میزان برقراری ارتباط استاندارد افزوده می‌شود. در واقع رابطهٔ میزان توصیه و ابزار ارتباط استاندارد، رابطهٔ مثبت و معنی‌داری است. چهارمین مرحله، متغیری که کمترین تأثیر را بر احساس برقراری ارتباط استاندارد داشته است، متغیر "وضعیت فعلی" (تشریح وضعیت موجود) بوده است. با افزایش تشریح وضعیت موجود میزان برقراری ارتباط استاندارد به میزان ۰/۱۷۳ نیز افزایش می‌یابد.

با توجه به آنچه در جدول فوق مشاهده می‌شود این مدل می‌تواند ۳۳/۳٪ واریانس متغیر ارتباط استاندارد را از طریق این چهار متغیر تبیین کند. سایر متغیرها نمی‌توانستند در کنار این متغیرها در توضیح واریانس ارتباط استاندارد نقش داشته باشند و از معادله خارج می‌شوند (عواملی که معنی‌دار نشده‌اند شامل متغیرهای خروجی می‌شود). نظر به اینکه بین هیچ‌یک از مشخصات جمعیت‌شناختی با متغیرهای مطالعه، رابطهٔ معنی‌داری مشاهده نشد، لذا از مطالعه حذف گردیدند و نتایج گزارش نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

خدمات سلامت، هر روز پیچیده‌تر شده و بهبود ارتباطات بین متخصصان و پیراپزشکان برای ارائهٔ مراقبت‌های ایمن به بیماران امری ضروری محسوب می‌شود. نتایج پژوهش حاضر در این رابطه، بیانگر آن است که کمتر از ۴۵ درصد پرستاران از مهارت‌های ارتباطی مطلوبی برخوردارند و بیش از ۵۵ درصد افراد، مهارت‌های ارتباطی ضعیف و متوسطی دارند. این موضوع در مطالعهٔ توماس و همکاران که تنها در ۳۳ درصد موارد همکاری و مشارکت مناسب بین پزشکان و پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی دیده شده بود (۳۰)، نیز تأیید شد. البته از آنجا که هدف مطالعهٔ حاضر، بررسی مهارت ارتباطی و برقراری ارتباط استاندارد بود، ارتباطات، دسته‌بندی نشده است درحالی‌که در برخی مطالعات مهارت‌های ارتباطی پرستاران به طور جداگانه با پزشکان، بیماران و سایر پرستاران مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعهٔ رستمی و همکاران در بررسی ارتباط حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان (۳۱) و همچنین مطالعهٔ براتی در خصوص مهارت‌های ارتباطی شاغلین حرفه‌های پزشکی شهرستان بهار استان همدان نیز نشان داده که وضعیت مهارت‌های ارتباطی در بین شاغلین در سطح مناسبی قرار ندارد (۱).

مولان و کوته نیز نتیجه گرفتند پرستاران مهارت‌های

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-29]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.16]

ضعیفی در برقراری ارتباط با بیماران و سایر متخصصین و گروه درمانی دارند (۳۲). البته لازم به ذکر است که اکثر پژوهش‌ها به بررسی رابطهٔ بین پزشکان و پرستاران پرداخته و برقراری ارتباط بین پرستاران، به طور کافی مورد توجه قرار نگرفته است.

مشابه با سایر مطالعات انجام شده، این پژوهش به ضعف مهارت‌های ارتباطی به‌عنوان یکی از عوامل ضعف برقراری ارتباط کاری استاندارد و کامل بین پرستاران اشاره دارد. Ogbimi و Adebamowo و ضیغمی محمدی و حقیقی نیز توسعهٔ ناکامل مهارت‌های ارتباطی را یکی از علل ضعف ارتباطات دانستند (۳۳، ۹). سایر مطالعات علاوه بر این عامل، عوامل دیگری از جمله کمبود کارکنان، سیاست‌های سازمانی و کمبود مهارت‌های ارتباطی را نیز در ضعف برقراری ارتباط استاندارد دخیل می‌دانستند که در مطالعهٔ حاضر مورد بررسی قرار نگرفته است (۹).

مطالعات مختلف حوزه‌های متفاوت در رابطه با مهارت‌های ارتباطی، برقراری ارتباط و مشکلات مربوطه را مورد بررسی قرار داده‌اند که اغلب مشکلات و ضعف ارتباطی را گزارش کرده‌اند. لازم به ذکر است مطالعه‌ای نیز که به وجود روابط ساختارمند بین گروه درمان اشاره داشته باشد یافت نشد.

همچنین نتایج نشان داد حدود ۵۰ درصد پرستاران تقریباً همیشه آیتم‌های ارتباط استاندارد را مورد استفاده قرار می‌دادند. حدود ۴۱ درصد پرستاران نیز گاهی اوقات همه آیتم‌ها و حدود ۹ درصد نیز به‌ندرت موارد مورد نظر را مورد توجه قرار می‌دادند. البته ممکن است عدم استفاده از آیتم‌های ارتباط استاندارد ناشی از عدم آگاهی و آموزش کافی باشد. شفاخواه و همکاران در مطالعهٔ خود ضعف مهارت ارتباطی دانشجویان پرستاری را ناشی از نقص آموزشی می‌دانستند و بازنگری سرفصل‌های آموزشی را پیشنهاد دادند (۳۴). آقابراری و همکاران نیز برقراری ارتباط استاندارد پرستاران را نامناسب بیان کردند و آموزش ضمن خدمت پرستاران در زمینهٔ مهارت‌های ارتباطی و تشویق و نظارت بر اجرای مهارت‌های کسب شده را مؤثر دانستند (۳۵).

Coeling معتقد است که جهت برقراری یک ارتباط مناسب، آشنایی با مهارت‌های ارتباطی ضروری است و ضعف مهارت‌های ارتباطی می‌تواند بر عملکرد پرستاران تأثیر منفی بگذارد (۱۳). همچنین بسیاری از صاحب‌نظران، توانایی برقراری ارتباط صحیح را از مهم‌ترین ویژگی‌های کارکنان بهداشتی به‌ویژه پرستاران دانسته‌اند. تا آنجا که برخی از صاحب‌نظران پرستاری، توانایی برقراری ارتباط مناسب را قلب تمامی مراقبت‌های پرستاری می‌دانند (۳۱).

مطالعات نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های ارتباطی، شیوهٔ مؤثری برای بهبود کیفیت مراقبت و رضایتمندی بیماران می‌باشد (۳۶، ۵). که مؤید این امر می‌باشد. نتایج مطالعهٔ روتر و همکاران نشان داد که آموزش مهارت ارتباطی، منجر به افزایش ارتباطات غیررسمی و در نتیجه ارتباط مؤثرتر و عملکرد بهتر کادر درمان می‌گردد. (۳۷).

از دیگر یافته‌های مطالعه، وجود رابطهٔ معنی‌دار بین مهارت‌های ارتباطی با برقراری ارتباط استاندارد بین پرستاران بود. همچنین در این مطالعه، علاوه بر ارتباط معنی‌دار بین مهارت‌های ارتباطی با برقراری ارتباط استاندارد، مهارت‌های ارتباطی با کلیهٔ زیرمجموعه‌های ابزار ارتباط استاندارد (تشریح وضعیت موجود، پیشینه، ارزیابی و توصیه) رابطهٔ معنی‌داری دارد؛ بدین معنی که با افزایش مهارت‌های ارتباطی پرستاران، آنان توجه کامل‌تری به جزئیات و تشریح کامل شرایط دارند. این امر موجب هماهنگی بیشتر، گردش بهتر و جامع‌تر اطلاعات و تحقق اهداف سازمان خواهد شد. همچنین بهبود مهارت‌های ارتباطی پرستاران، می‌تواند موجب اطمینان از برقراری ارتباط کامل، به‌موقع و دقیق بین پرستاران شده و احتمال نادیده گرفته شدن داده‌ها، بروز خطا و حوادث جبران ناپذیری همچون مرگ را کاهش دهد.

سایر مطالعات ضمن بررسی اهمیت مهارت ارتباطی، به نتایج حاصل از آن اشاره داشته‌اند. مسرور و همکاران در پژوهش خود اظهار داشتند هر چقدر تعامل بهتر باشد، رخدادهای ایمنی کمتر اتفاق می‌افتد (۱۷). مطالعهٔ Snelgrove و Hughes در کشور ولز نشان داد هرچه رابطهٔ بین پزشکان و پرستاران بهتر شود، احساس رضایت کاری در پرستاران و پزشکان نیز افزایش می‌یابد (۳۸). در مطالعهٔ Rosenstein و همکاران نیز بهبود ارتباط میان پزشک و پرستار رابطهٔ مستقیم با افزایش رضایتمندی شغلی و کاهش نشانه‌های فرسودگی شغلی و ارتقاء کیفیت مراقبت داشته است (۳۹). به طور کلی شناسایی عواملی که مانع برقراری ارتباط مؤثر بین پرستاران و همچنین کادر درمان می‌شود، می‌تواند مداخلات و برنامه‌ها را در جهت رفع موانع و تسهیل ارتباطات مؤثرتر سازد.

استفاده از ابزار استاندارد ارتباطات و ساختارمند کردن آن، در امور مهمی همچون درمان که با جان انسان‌ها در ارتباط است، امری ضروری و مهم به نظر می‌رسد که باید هم‌راستا با مداخلاتی در جهت بهبود مهارت‌های ارتباطی کارکنان مورد توجه قرار گیرد. به‌علاوه ارتقاء مهارت‌های ارتباطی و برقراری ارتباط استاندارد و کامل می‌تواند از طریق توجه به ارکان ارتباط مناسب، موجب توجه دقیق‌تر به مسائل بیماران شود و کلیهٔ موارد مربوط به وضعیت فعلی و پیشینهٔ بیمار را بررسی کند و با ارزیابی مشکل، توصیه‌های لازم را برای ارزیابی‌های دوره‌ای بر اساس تغییرات درمان و در جهت بهبود وضعیت بیمار بیان کند.

توانایی کادر درمان در کار کردن با یکدیگر به‌عنوان

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.16]

یک گروه واحد، موجب ارتقاء اثربخشی، کاهش خطا و نارضایتی‌ها و مراقبت بهینه می‌گردد؛ بنابراین توجه بیش از پیش و ویژه به امر حیاتی ارتباطات در محیط‌های درمانی، ضروری به نظر می‌رسد. لازم به ذکر است که علی‌رغم محرمانه بودن اطلاعات، همچنان صحت و دقت در تکمیل پرسشنامه‌ها و همچنین سوگیری ارائهٔ گزارش عملکرد مطلوب، به‌عنوان محدودیت‌های پژوهش قابل تأمل می‌باشد. همچنین عدم آشنایی کافی با ابزار ارتباط استاندارد SBAR موجب می‌شد اغلب مبحث ارتباط استاندارد با برقراری ارتباطی ساده اشتباه شود.

یکی از راهکارهایی که می‌تواند جهت بهبود مهارت‌ها و مشکلات ارتباطی مد نظر قرار گیرد، بحث آموزش در خصوص اهمیت ویژهٔ ارتباطات و نحوهٔ برقراری ارتباطات بین سطوح مختلف است. لذا ضروری است در راستای بهبود مهارت‌های ارتباطی پرستاران و کادر درمان، تمهیداتی اندیشیده شود. برگزاری دوره‌های آموزشی کاربردی و عملی ارتقاء مهارت‌ها می‌تواند در این زمینه موثر واقع گردد. به‌علاوه در نظر گرفتن مهارت‌ها و خطاهای ارتباطی و مرتبط ساختن آن با عملکرد و پرداخت کارکنان می‌تواند انگیزهٔ کافی برای افزایش مهارت‌های ارتباطی را ایجاد کند.

به‌عنوان یک راهکار عملی دیگر، می‌توان به تدوین و استفادهٔ فراگیر از ابزار ارتباطی استاندارد همچون SBAR که در انگلستان مورد استفاده قرار می‌گیرد، اشاره کرد؛ زیرا ارتباطات ساختاریافته باعث کاهش حوادث، مرگ‌ها، تحویل ایمن بیمار، کاهش جراحی‌های اشتباه، بهبود کیفیت مراقبت‌ها، کاهش طول اقامت بیمار و افزایش رضایتمندی بیماران و کارکنان می‌شود. این ابزار برای هدایت ارتباطات است و گرچه ممکن است ساده به نظر برسد ولی آموزش قابل‌توجهی می‌طلبد؛ زیرا تغییر شیوهٔ برقراری ارتباط افراد به‌ویژه کارکنان ارشد، بسیار مشکل است (۲۹).

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی مواردی همچون بررسی به کارگیری ابزار SBAR در رضایتمندی بیماران و کادر درمان، بررسی تأثیر به کارگیری SBAR بر پیشگیری از خطاهای پزشکی، کاهش مدت اقامت بیماران و ارتقاء کیفیت خدمات مورد مطالعه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بدین وسیله از همکاری مدیریت و تمامی کادر پرستاری بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) که در انجام این پژوهش همکاری کرده‌اند، قدردانی می‌نمایند.

منابع

1. Barati M, Afsar A, Ahmadpanah M. Professional communication skills of medical practitioners in Bahar city in 2010. J Hamadan Univ Med Sci. 2012; 19(1): 62-9.

2. Barati M, Moeini B, Samavati E, Salehi OM. Assess medical students' communication skills: verbal skills, listening and feedback. Journal of School of Nursing and Midwifery of Urmia. 2012; 10(2): 145-54.

3. Zarei Matin H, Yusef Zadeh S. Explaining the parameters of the communication skills of managers and its role in job satisfaction. Journal of Educational Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch. 2010; 1(2): 29-48.

4. Tabibi SJ, NassiriPour AA, Zahiri Abyaneh Z. Relationship between communication skills of managers and employees motivatation in Modarres hospital in Tehran. Hospital Quarterly. 2013; 12(2): 73-80.

5. Farmahin Farahani M, Kashaninia Z, Hosseini MA, Biglarian A. The impact of communication skills training on patients' satisfaction with nursing communication. Iranian Journal of Nursing Research. 2007; 1(3): 47-54.

6. Nasiri Poor A, Saeedzadeh Z, Sabahi Bigdeli M. Correlation between nurses' communication skills and Quality of inpatient services in hospitals of Kashan University of Medical Sciences. JHPM. 2012; 1(1): 45-54.

7. Brazpardnjany Sh, Shariati A, Alijani H, Moein Mousavi BS. Assessing barriers of Nurse-patient's effective communication in educational hospitals of Ahwaz. IJNR. 2010; 5(16): 45-52.

8. Kruijver IP, Kerkstra A, Bensing JM, van de Wiel HB. Nurse-patient communication in cancer care. A review of the literature. Cancer Nurs. 2000; 23(1): 20-31.

9. Zeighami Mohammadi S, Hagigi S. The relationship between the use of communication skills, communication and collaboration among nurses and doctors. Journal of Nursing and Midwifery. 2009; 6(4): 188-96.

10. Sweet S, Norman I. The nurse-doctor relationship: a selective literature review. J Adv Nurs. 1995; 22(1): 165-70.

11. Rezaei R, Hosseini SJ, Valaie N. Communication skills of doctors and their attitudes in Shiraz. J Kashan Univ Med Sci. 2001; 4(4): 19-26.

12. Dechairo-Marino A, Jordan-Marsh M, Traiger G, Saulo M. Nurse/physician collaboration: action research and the lessons learned. J Nurs Adm. 2001; 31(5): 223-32.

13. Van Ess Coeling H, Cukr PL. Communication styles

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.16]

that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. J Nurs Care Qual. 2000; 14(2): 63-74.

14. Awad SS, Fagan SP, Bellows C, Albo D, Green-Rashad B, De la Garza M, et al. Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. Am J Surg. 2005; 190(5): 770-4.

15. Elks KN, Riley RH. A survey of anaesthetists′ perspectives of communication in the operating suite. Anaesth Intensive Care. 2009; 37: 108-11.

16. Kumar M, Har Dash H, Chawla R. Communication skills of anesthesiologists: an Indian perspective. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2013; 29(3): 372-6.

17. Masroor d, Heidari Khayat N, Joolaei S. Review of patient safety events and its relation with professional interaction of physicians, nurses in nurses' perspectives. Journal of Nursing Management. 2012; 1(2): 35-47.

18. Rosenstein A, O'Daniel M. Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena. J Am Coll Surg. 2006; 203(1): 96-105.

19. Zwarenstein M, Reeves S. Working together but apart: barriers and routes to nurse--physician collaboration. Jt Comm J Qual Improv. 2002; 28(5): 242-7.

20. Wheelan SA, Burchill CN, Tilin F. The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. Am J Crit Care. 2003; 12(6): 527-34.

21. Zamani A, Zamani N, Sherafat Z. Evaluate and compare the attitudes of physicians and nurses (Alzahra hospital) about doctor and nurse communication cycle. J Isfahan Med School. 2010; 28(120): 1529-36.

22. Yousefi F. Emotional intelligence and communication skills of students. Journal of Iranian Psychologists. 2006; 3(9): 5-14.

23. Spitzberg BH. Methods of interpersonal skill assessment. Greene JO, Burleson BR. Handbook of communication and social interaction skills (Routledge Communication Series). 1st ed. Routledge. 2003.

24. Yukl G. How leaders influence organizational effectiveness. Leadersh Q. 2008; 19(6): 708-22.

25. Mathis R. Building bridges through effective communication. Supervision. 2007; 68(10(: 3-10.

26. Burke M, Boal J, Mitchell R. Communicating for better care: improving nursephysician communication. Am J Nurs. 2004; 104(12): 40-7.

27. Farhangi AA. Human relations. Tehran. Rasa cultural Institute. 2003.

28. Monajemizadeh A. The relationship between interpersonal communication skills and social acceptance of students, in Social Sciences. Master thesis. Isfahan, Islamic Azad University of Khorasgan Branch. 2012.

29. Victorian Government Department of Health. Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care. Melbourne: Victorian Quality Council. 2010.

30. Thomas EJ, Sexton JB, Reich RLH. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. Crit Care Med. 2003; 31(3): 956-9.

31. Rostami H, Rahmani A, Ghahremanian A. Professional relationship between nurses, physicians in nurses' perspective. Journal of Nursing and Midwifery Gorgan, 2010; 7(1): 63-72.

32. Mullan BA, Kothe EJ. Evaluating a nursing communication skills training course: the relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. Nurse Educ Pract. 2010; 10(6): 374-8.

33. Ogbimi RI, Adebamowo CA. Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria. BMC Nursing. 2006; 5(2): 1-6.

34. Shafakhah M, Zarshenas L, Sharif F, Sabet Sarvestani R. Evaluation of nursing students' communication abilities in clinical courses in hospitals. Glob J Health Sci. 2015; 7(4): 323-8.

35. Aghabarary M, Varvani A, Mohammadi E. Barriers to application of communicative skills by nurses in nurse-patient interaction. Nurses and Patients' Perspective. 2009; 22(61): 19-31.

36. Karimi Moonaghi H, Taheri NK, Behnam Voshani H, Vaghee S, Yavari M. The effect of communication skills training to nurses on the quality of patient care. Journal of Evidence Based Care. 2013; 2(5): 37-46.

37. Roter D, Rosenbaum J, de Negri B, Renaud D, DiPrete-Brown L, Hernandez O. The effects of a continuing medical education program in interpersonal communication skills on doctor practice and patient satisfaction in Trinidad and Tobago. Med Educ. 1998; 32(2): 181-9.

38. Snelgrove S, Hughes D. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspective from south Wales. J Adv Nurs. 2000; 31(3): 661-7.

39. Rosenstein AH, Russell H, Lauve R. Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage. Physician Exec. 2002; 28(6): 8-11.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.3.3.16]