

Nurses and Physicians' Collaborative Behaviors in Intensive Care Units

Pasyar N¹, Sharif F², Rambod M^{1*}

¹PhD, Community Based Psychiatric Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²PhD, Shiraz Geriatric Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Background: Collaboration is a basic strategy in relationships, which minimizes medical errors on patients. Therefore, it is measured in terms of engaging both physicians and nurses in decision-making, influencing patients, and minimizing the disease burden. This study aimed to analyze the perception of inter-professional relationship from the viewpoint of nurses working in Intensive Care Units (ICUs).

Method: This descriptive, cross-sectional study was conducted on 109 nurses working in ICUs at Shiraz University of Medical Sciences selected through convenience sampling. The data were collected using Stichler's Collaborative Behavior Scale. Then, the data were entered into the SPSS statistical software (v. 22) and were analyzed using Tukey's test, independent t-test, Pearson's correlation, and one-way ANOVA.

Results: The nurses had dominantly a moderate viewpoint toward physician-nurse inter-professional behaviors (mean: 46.07 ± 1.22). Besides, few nurses evaluated such behaviors as desirable or undesirable. Moreover, a significant relationship was observed between the nurses' inter-professional behaviors and their workplace ($F=7.34$, $P<0.0001$).

Conclusion: The results revealed moderate intra-professional behaviors from the nurses' viewpoints. Therefore, it is essential to design a comprehensive plan to promote inter-professional behaviors. In this context, holding workshops and training courses for nursing and medical professors as well as students is recommended to identify professional values.

Keywords: Nurse, Physician, Intensive care unit, Intersectional collaboration

Sadra Med Sci J 2017; 5(4): 239-250.

Received: Jan. 4th, 2017

Accepted: Sep. 23rd, 2017

*Corresponding Author: **Rambod M.** Community Based Psychiatric Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, rambodma@yahoo.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۵، شماره ۴، پاییز ۱۳۹۶، صفحات ۲۳۹ تا ۲۵۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۷/۰۱ تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۱۵

مقاله پژوهشی
(Original Article)

رفتارهای بین حرفه ای پرستاران و پزشکان در بخش‌های مراقبت ویژه

نیلوفر پاسیار^۱، فرخنده شریف^۲، معصومه رامبد^{۳*}

^۱استادیار و عضو هیئت علمی، مرکز تحقیقات مراقبتهای روان جامعه نگر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۲استاد و عضو هیئت علمی، مرکز تحقیقات سالمندی شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: همکاری بین حرفه ای از جمله استراتژی‌های کلیدی در ارتباطات محسوب می‌شود که خطاهای وارده بر بیمار را به حداقل می‌رساند. لذا سنجش آن به لحاظ سهیم شدن پزشکان و پرستاران در تصمیم‌گیری و همچنین تأثیر آن بر بیمار و کاهش ایجاد ناخوشی در وی اهمیت بسزایی دارد. این مطالعه با هدف تعیین رفتارهای بین حرفه‌ای پرستاران و پزشکان از دیدگاه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

مواد و روش: مطالعه از نوع مطالعه توصیفی مقطعی بود. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. ۱۰۹ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه دانشگاه علوم پزشکی شیراز در مطالعه شرکت کردند. پرسشنامه تعیین رفتار بین حرفه ای استیچلر در این مطالعه استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ و از طریق آزمون تی مستقل، آزمون توکی، همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یکطرفه) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: دیدگاه پرستاران مشارکت‌کننده در خصوص رفتارهای بین حرفه‌ای پزشکان و پرستاران در حد متوسط (میانگین=۱/۲۲±۰/۰۷) بود. تعداد معدودی از پرستاران نیز این ارتباطات را در حد مطلوب یا نامطلوب گزارش کردند. بین رفتار بین حرفه‌ای پرستاران و بیمارستان محل اشتغال آن‌ها تفاوت وجود داشت ($F=7/34$ و $P<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه گویای متوسط بودن رفتارهای بین حرفه‌ای از دیدگاه پرستاران بود. لذا برنامه‌ریزی منسجمی در خصوص ارتقای رفتارهای بین حرفه ای الزام می‌یابد و در این راستا مواردی نظیر برگزاری کارگاه‌ها، دوره‌های آموزشی مشترک بین دانشجویان و اساتید گروه‌های پرستاری و پزشکی جهت شناخت رفتارهای بین حرفه‌ای توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: بخش مراقبت‌های ویژه، پزشک، پرستار، همکاری بین حرفه‌ای

* نویسنده مسئول: معصومه رامبد، استادیار و عضو هیئت علمی، مرکز تحقیقات مراقبتهای روان جامعه نگر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران، rambodma@yahoo.com

مقدمه

بسیاری از موارد مرگ و میر بیماران ناشی از وجود نارسایی‌هایی در امر ارتباط است. به طوری که این نارسایی مسئول ۷۰٪ از ۲۴۵۵ وقایع روی داده شده در طی کشیک‌های سالیانه است. همکاری (Collaboration) بین حرفه‌ای از جمله انواع ارتباط می‌باشد و به تعامل در کارکردن افراد حرفه‌ای با یکدیگر به صورت همکاری و با تقسیم مسئولیت‌ها و وابستگی متقابل اطلاق می‌شود (۱) و از کلمات لاتین کل (Col) و لوبریر (Laborare) به معنی کار کردن با یکدیگر گرفته شده است (۲، ۳). در این حالت ارتباطی باز و مستقیم، همراه با احترام به دیدگاه‌های مختلف، مسئولیت متقابل و دوطرفه برای حل مسئله (۴) و فرایند مثبتی روی می‌دهد که برای کلیه واحدهای درگیر از جمله فرد، گروه، سازمان، مصرف‌کننده مراقبت بهداشتی فوایدی را به همراه دارد (۵).

افزایش حس ارزشمندی، احترام، کمال و فضیلت، روحیه صمیمیت در گروه، افزایش تولید، ابقاء و رضایت کارکنان از جمله فواید، در همکاری بین حرفه‌ای است که در نهایت ارتقاء و ازدیاد اثرات مثبت بر برایندهای مراقبت از بیمار را بدنبال خواهد داشت (۵). برخی از نویسندگان نیز همکاری بین حرفه‌ای را به عنوان فاکتوری کلیدی در رضایت شغلی پرستاران، ابقاء و ارزش شغلی پرستاران مطرح می‌نمایند (۲، ۶) و معتقدند که ارتقای همکاری بین حرفه‌ای، با برایندهایی چون کاهش خطر مرگ و میر، کاهش طول اقامت، کاهش برایندهای منفی بر بیمار و افزایش رضایت‌مندی بیمار همراه است (۲).

در این مقوله سان‌مارتین و رودریگوز (Sanmartin & Rodriguez) ملاک‌های تعاملی در همکاری بین حرفه‌ای را مشتمل بر مواردی چون اطمینان و اعتماد بین حرفه‌ای، احترام و چهارچوب ارتباطی باز بیان نموده و معتقدند که فاکتور تعاملی به تنهایی جهت فهم ارتباط بین حرفه‌ای کافی نیست و مواردی دیگر چون ساختارهای سازمانی، فلسفه، رهبری و حمایت سازمانی و اداری و همچنین فاکتورهای سیستمی مانند قدرت حرفه‌ای و فرهنگ نیز

جهت رسیدن به موفقیت در همکاری بین حرفه‌ای ضرورت دارند (۴).

همکاری بین حرفه‌ای از جمله نقش‌های پرستار توسط برخی نویسندگان ذکر می‌شود که بنا بر نظر ایشان این فرایند پیچیده مبتنی بر ارتباط، در واحدهای ارائه مراقبت بهداشتی خیلی بیشتر از یک همکاری ساده، مذاکره، مصالحه و سازش می‌باشد. با در نظر گرفتن این امر که دیگر گروه‌های حرفه‌ای دانش و توانایی‌های بی بدیلی دارند که می‌توانند در حل مشکل سازمان و ارتقای مراقبت از بیمار سهیم شوند، تاکید بر کار کردن مشترک با دیگر اعضای گروه‌های حرفه‌ای به صورت غیرسلسله مراتبی می‌گردد (۵).

با توجه به حوزه کاری مشترک پرستاران و پزشکان و مکمل بودن این دو حرفه، وجود ارتباطات حرفه‌ای اجتناب ناپذیر است (۷). زمانی که پرستاران و پزشکان همکاری موثر داشته، جهت حل مشکل تقسیم وظایف نموده، مدیریت تعارضات را انجام داده، به صورت متحد تصمیم‌گیری نموده و از ارتباطات در چهارچوب باز و گسترده استفاده می‌کنند، رفتارها به صورت موثر در روابط بین حرفه‌ای به منظور اعمال مراقبت از بیمار شکل می‌گیرد. استین (Stein) از جمله اولین محققینی است که رفتارها در روابط بین حرفه‌ای بین پرستار و پزشک را توصیف کرد (۴). وی این ارتباط را ارتباطی سلسله مراتبی توصیف کرد به صورتی که پزشک در این ارتباط تقدم دارد (۱). به صورت سنتی همکاری بین حرفه‌ای پرستاران و پزشکان به معنی تعاملات بین پرسنلی بود ولیکن در همکاری بین حرفه‌ای بر عملکرد جمعی به سمت اهداف عمومی همراه با اطمینان و توازن روحی تاکید می‌شود (۴).

اثرات همکاری بین حرفه‌ای به دلیل موانع سنتی نظیر جنسیت، تفاوت طبقاتی، ساختار سازمانی سلسله مراتبی و عقاید پزشکان در رابطه با تصمیم‌گیری بالینی چالش برانگیز بوده (۴، ۸) و بویژه در بخش‌های مراقبت ویژه اهمیت بسزایی دارد. بخش‌های مراقبت ویژه به مثابه الگویی واقعی در مراقبت بهداشتی به حساب می‌آیند که

علی رغم این حقیقت که همکاری بین حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان مرتبط با برایندهای مثبت جهت بیماران بویژه در بخش‌های مراقبت ویژه می‌باشد (۴) و به عنوان یک هدف مطلوب در مراقبت بهداشتی در نظر گرفته شده، ولی این امر هنوز به صورتی درهم برهم و اغفال کننده است (۱۱). لازم به ذکر است که اهمیت همکاری بین کارکنان حرفه‌ای مراقبت بهداشتی در اروپا و ایالات متحده به صورت گسترده‌ای مورد توجه و تقدیر قرار گرفته (۱۲) و انجام تحقیقات متعدد در این زمینه در سایر کشورها (۳، ۴، ۱۱، ۱۳-۱۷) صورت گرفته با این وجود دانش کمی در خصوص سطح رفتارهای بین حرفه‌ای موجود ما بین پرستاران و پزشکان در بیمارستان‌های مراقبتی حاد در ایران وجود دارد و اکثر مقالات منتشر شده بر ارتباط حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان به صورت کلی و در بخش‌های عمومی (۷، ۱۸-۲۱) متمرکز می‌باشند. لذا این پژوهش جهت شناسایی و همچنین تعدیل موانع موجود در همکاری موثر بین پزشک و پرستار در بخش‌های مراقبت ویژه، جهت ارتقای ایمنی بیمار با هدف تعیین درک رفتارهای بین حرفه‌ای پرستاران و پزشکان از دیدگاه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه ضرورت می‌یابد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین درک رفتارهای بین حرفه‌ای پرستاران و پزشکان از دیدگاه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

مواد و روش

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی با رویکرد توصیفی تحلیلی بود. هدف آن تعیین درک رفتارهای بین حرفه‌ای پرستاران و پزشکان از دیدگاه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۴ بود. جامعه این پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه چهار مرکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشتمل می‌شدند که از زمان شروع نمونه‌گیری تا اتمام آن مشغول به کار بودند.

افراد به صورت وابسته و متکی به یکدیگر در کار تیمی عمل می‌کنند (۴). گزارشات تاریخی فیومن و همکاران (Fairman et al.) حاکی از آن بود که بخش‌های مراقبت ویژه مرتبه حرفه‌ای پرستاران و پزشکان را یکنواخت و مساوی می‌کند (۹). نیازهای پیچیده بیماران شدیداً بدحال، نیازمندی به همکاری بین حرفه‌ای پزشک و پرستار را افزایش می‌دهد و بدلیل اینکه مراقبت در بخش‌های مراقبت ویژه ناپایدار، نامطمئن و متغیر می‌باشد، پزشکان دستشان بسته است و این امر می‌تواند به عنوان عاملی تسهیل کننده در همکاری پیش رونده بین حرفه‌ای تلقی شود (۴).

دوقرتی ولارسون (Dougherty, Larson) مواردی چون نسبت پایین کارکنان، کوچکی بخش‌ها، وجود پرستاران متخصص و متبحر و نزدیکی بین کارکنان پرستاری را از جمله فاکتورهای تسهیل کننده همکاری بین حرفه‌ای در بخش‌های مراقبت ویژه ذکر کردند (۲). کانوس (Knauss) و همکاران نیز بر اهمیت ارتباط و هماهنگی در دستیابی به برایندهای مثبت در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه تاکید دارند و لزوم آن را بدلیل مواردی چون میزان بالای مرگ و میر بیماران، امکان خطاهای عملکردی بالینی در این بخش‌ها، نیازمندی به مراقبت‌های پزشکی و پرستاری مستقیم و اورژانسی، محاورات فعال و ارتباط به منظور پاسخگویی به تغییرات سریع پارامترهای فیزیولوژیک بیماران می‌دانند (۲، ۱۰). بدین صورت زمانی که ارائه بهینه رفتارهای همکارانه در بخش‌های مراقبتی حاد روی نمی‌دهد، تاخیر در بهبودی بیماران مورد انتظار خواهد بود (۱).

همکاری بین حرفه‌ای به عنوان یکی از استراتژی‌های کلیدی در ارتباطات، می‌تواند در به حداقل رسیدن خطاها سهیم باشد. لذا سنجش آن به لحاظ تاثیرش در کاهش خطاهای انجام شده بر بیمار و ایجاد ناخوشی در وی اهمیت بسزایی دارد که این امر می‌تواند بدلیل سهیم شدن پزشکان و پرستاران در موارد تصمیم گیری باشد (۲).

مفهومی در رابطه با تئوری تعاملی (Interactional) و اجتماعی گسترش یافته (۱۲، ۲۲-۲۴) و برای پرستاران جهت ارزیابی رفتارها در همکاری بین حرفه‌ای در موقعیت‌های متقابل و همچنین اندازه‌گیری اثرات تقسیم قدرت در همکاری بین حرفه‌ای کاربرد دارد (۲۴). این ابزار به صورت لیکرت ۴ نقطه‌ای از «به ندرت (۱) تا نزدیک به همیشه (۴)» تدوین گردیده و دارای ۲۰ گزینه است. قابل ذکر است که بالاترین میزان نمره بهترین همکاری بین حرفه‌ای در مقوله ارتباط را نمایانگر است (۲۴). بدین صورت محدوده نمرات کسب شده بین ۸۰-۲۰ بود. این ابزار میزان تعادل قدرت، روابط متقابل، ارزش‌های بین فردی موجود در روابط بین حرفه‌ای را اندازه‌گیری نموده (۲۲-۲۴) و همچنین به عنوان معیاری جهت اندازه‌گیری اثرات روابط بین حرفه‌ای در پیش‌گویی رضایت شغلی و پیش‌بینی تحولات نیز به کار می‌رود.

شاخص روایی محتوایی این ابزار ۰/۹۱ می‌باشد و جهت پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده که برای بخش اول (رفتارهای بین حرفه‌ای پزشکان و پرستاران) مورد استفاده در این پژوهش میزان آن ۰/۹۶ بود (۲۲-۲۳).

این پرسشنامه پس از ترجمه و بازبینی تیم پژوهش، تغییرات لازم در آن اعمال شد و مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه و سپس به فارسی برگردان شد. نهایتاً انتخاب ترجمه‌ای مد نظر قرار گرفت که برگردان آن بهترین تناسب را با فرم اولیه انگلیسی داشت. قابل ذکر است که پرسشنامه از نظر مفهوم و متناسب بودن (روایی محتوایی) و همچنین روایی صوری با نظر ۵ نفر از اساتید بررسی شد (اعتبار علمی). جهت بررسی اعتماد علمی (پایایی) پرسشنامه، از دو روش آزمون-آزمون مجدد و بکارگیری ضریب همسانی درونی (Internal consistency) (آلفای کرونباخ) استفاده گردید (۰/۹۴۸).

جهت دستیابی به اهداف پژوهش، اطلاعات جمع‌آوری شده پس از کدگذاری، وارد نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ شدند و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (نسبت‌ها، درصدها، جداول توزیع فراوانی، نمودارهای مناسب،

حجم نمونه مورد نیاز جهت انجام طرح، با توجه به یک نمونه مقدماتی انجام شده بر روی ۵۰ پرستار، ۱۰۹ نفر برآورد گردید. نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس انجام شد و پرستارانی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند پس از اخذ رضایت نامه کتبی از ایشان، در مطالعه وارد شده و به عنوان نمونه در پژوهش قرار گرفتند.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \delta^2}{d^2}$$

$$\alpha=0/05 \quad \sigma=10/61 \quad d=2 \quad n=109$$

محل انجام پژوهش مراکز آموزشی درمانی نمازی، شهید فقیهی، مرکز قلب الزهرا و شهید رجایی شیراز بودند که وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز می‌باشند.

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش دو پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه اول به جهت تعیین ویژگی‌های جمعیت شناختی تدوین شده بود و بررسی مواردی چون سن، جنسیت، سابقه خدمت، سمت شغلی، سابقه کار، سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی و ... را امکان پذیر می‌ساخت.

در این مطالعه به منظور تعیین رفتار بین حرفه‌ای پرستاران و پزشکان، نیز از پرسشنامه رفتار بین حرفه‌ای استیچلر (Stichler collaborative behavior) (CBS1 scale) استفاده شد که از فروردین الی تیرماه ۱۳۹۴ بین مشارکت‌کنندگان توزیع و جمع‌آوری شدند. این ابزار با هدف تعیین میزان گستردگی رفتارهای بین حرفه‌ای تدوین شده و در ۲ قسمت به منظور اندازه‌گیری درک پاسخ‌دهندگان از رفتارهای بین حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان (بخش اول) و بین پرستاران و مدیران (بخش دوم) طراحی گردیده که با توجه به هدف مطالعه، از بخش اول پرسشنامه استفاده گردید. بدین صورت امکان اینکه در اغلب موارد پرستاران چه باوری دارند، توسط این ابزار قابل بررسی بود. این ابزار به عنوان یک چهارچوب

انجام آزمون تی مستقل نیز تفاوت معنی‌داری را به لحاظ آماری بین رفتارهای بین حرفه‌ای پزشکان و پرستاران و متغیرهای جنسیت، سمت و شیفت کاری نیز نشان نداد (جدول ۲).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان مطالعه

متغیرهای فردی اجتماعی	گزینه‌ها	درصد
جنس	زن	۹۱/۷
	مرد	۸/۳
سمت	پرستار	۹۷/۲
	سرپرستار	۲/۸
سطح تحصیلات	کاردانی	۱/۸
	کارشناسی	۹۱/۷
	کارشناسی ارشد	۶/۴
نوع استخدام	رسمی	۸/۳
	قراردادی	۳۷/۶
	پیمانی	۳۴/۹
	طرحی	۱۸/۳
شیفت	ثابت	۱۱
	در گردش	۸۹
شیفت‌های غالب کاری	صبح	۱۱/۹
	عصر	۱۰/۱
	شب	۱۴/۷
	تفاوتی ندارد	۶۳/۳
بیمارستان	الف	۱۸/۳
	ب	۲۹/۴
	ج	۲۲
	د	۳۰/۳

آزمون آنالیز واریانس نیز در خصوص بررسی ارتباط رفتارهای بین حرفه‌ای پزشکان و پرستاران با متغیرهای دیگری چون سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری را نشان نداد. تنها این تفاوت رفتار بین حرفه‌ای در بین دو مورد از بیمارستان‌های تحت مطالعه مشاهده شد. بدین صورت که پرستاران مرکز آموزشی درمانی (ب) با

فراوانی، میانگین و خطای معیار) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل (Independent T-Test)، آزمون توکی (Tukey)، همبستگی پیرسون (Person)، آنالیز واریانس یکطرفه (One-way ANOVA)) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. شایان ذکر است که کلیه فرایندهای تحقیق حاضر پس از تایید و اخذ موافقت کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بر اساس بیانیه هلسینکی انجام شد. قبل از تکمیل پرسشنامه، پژوهشگر خود را به شرکت‌کنندگان معرفی نمود و ضمن بیان مطالعه و هدف تحقیق، فرایند رضایت آگاهانه با دادن یک فرم رضایت به افراد شرکت‌کننده جهت امضاء مستند گردید. همچنین برای محرمانه بودن اطلاعات، کدگذاری پرسشنامه‌ها مدنظر قرار گرفت.

یافته‌ها

اکثریت مشارکت‌کنندگان در این مطالعه زن و دارای مدرک کارشناسی بودند (۹۱/۷ درصد) که به صورت قراردادی (۳۷/۶ درصد) و شیفت در گردش (۸۹٪) مشغول به کار بودند. از نظر توزیع جنسیتی، ۹۱/۷ درصد از مشارکت‌کنندگان این مطالعه را زن و ۸/۳ درصد را مردان تشکیل دادند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان $29/88 \pm 0/509$ سال و میانگین سابقه خدمت ایشان $6/47 \pm 0/498$ سال بود که بطور متوسط با میانگین $50/11 \pm 1/112$ ساعت در بخش انجام وظیفه می‌کردند (جدول ۱).

دیدگاه پرستاران مشارکت‌کننده در این مطالعه در خصوص رفتارهای بین حرفه‌ای پزشکان و پرستاران در حد متوسط ذکر شد (میانگین $46/07 \pm 1/22$) و تعداد معدودی از پرستاران این ارتباطات را در حد مطلوب یا نامطلوب عنوان کردند.

انجام آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌داری را به لحاظ آماری بین رفتارهای بین حرفه‌ای پزشکان و پرستاران را با متغیرهای سن، سابقه خدمت و میزان ساعات کاری پرستاران در بخش نشان نداد. ضمن اینکه

لحاظ آماری معنی دار به دست آمد ($P < 0.001$) (جدول ۲)

میانگین $53/46 \pm 2/56$ نسبت به پرستاران بیمارستان (د) با میانگین $39/87 \pm 1/88$ رفتارهای بین حرفه ای پزشکان و پرستاران را مطلوب تر گزارش نمودند و این تفاوت به

جدول ۲. ارتباط بین مشخصات فردی اجتماعی پرستاران با دیدگاهشان نسبت به رفتارهای بین حرفه ای پزشکان و پرستاران

نتیجه آزمون آماری مورد استفاده	میانگین	تعداد نمونه	مشخصات فردی اجتماعی	
F=۷/۳۴۹ P<۰/۰۰۰۱	۴۵/۱±۲/۶۷	۲۰	الف	بیمارستان
	۵۳/۴۶±۲/۵۶	۳۲	ب*	
	۴۵/۵۴±۱/۶۵	۲۴	ج	
	۳۹/۸۷±۱/۸۸	۳۳	د*	
F=۱/۷۹۵ P=۰/۱۷۱	۳۱/۵±۳/۵	۲	کاردانی	سطح تحصیلات
	۴۶/۶۵±۱/۲۹	۱۰۰	کارشناسی	
	۴۲/۳±۱/۰۰	۷	کارشناسی ارشد	
t=۱/۲۸ P=۰/۱۴۶	۴۵/۵۲±۱/۲۳	۹۷	در گردش	شیفت
	۵۰/۴±۷۳/۰۰	۱۱	ثابت	
t=۰/۱۴۷ P=۰/۳۷۷	۴۵/۱۱±۳۵/۰۰	۳	سرپرستار	سمت
	۴۶/۱±۱/۲۲	۱۰۶	پرستار	
t=۰/۵۵۴ P=۰/۶۷۶	۴۵/۸۷±۱/۲۸	۱۰۰	زن	جنسیت
	۴۸/۳۳±۴	۹	مرد	

بحث

نتایج همان مطالعه، تنها از دیدگاه ۶/۲ درصد پرستاران ارتباط در سطح نامطلوب گزارش شد (۲۵). یافته‌های تحقیق شکری و همکاران نیز نشان داد که ۵۷/۴ درصد پرستاران ارتباط خود را با پزشکان خوب و ۴۲/۶ درصد این ارتباط را در حد متوسط می‌دانند (۱۹). در همین رابطه جاسمی و همکاران در بررسی نمرات کلی دیدگاه پرستاران و پزشکان نسبت به همکاری بین حرفه‌ای، دیدگاه مناسب و مطلوب پرستاران را نسبت به همکاری بین حرفه‌ای نشان دادند (۱۸). مواردی چون: احترام به دیگران، بلوغ احساسی، اطمینان به دانش، رضایت‌مندی جهت یادگیری، روحیه همکاری، ایمان در هدف مشترک، ارزش‌گذاری به دیدگاه حرف دیگر، رضایت‌مندی در مباحثه، دانستن محدودیت‌ها و ارتباط از اجزای کلیدی در همکاری بین حرفه‌ای بشمار رفته و جهت همکاری بین حرفه‌ای، وجود ارتباط موثر، اطمینان به هم و شرکت در

این مطالعه با هدف تعیین درک رفتارهای بین حرفه‌ای پرستاران و پزشکان در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد و همکاری بین حرفه‌ای را از دیدگاه پرستاران مشارکت‌کننده در حد متوسط نمایانگر است. نتایج مطالعه کارانیکولا (Karanikola) و همکاران نیز مؤید نتایج این مطالعه بود. ایشان خاطرنشان کردند رفتارهای بین حرفه‌ای پزشکان و پرستاران در حد کمی بالاتر از متوسط بود (۱۴). در همین خصوص رستمی و همکاران بر این عقیده‌اند که بهبود ارتباط بین پزشک و پرستار نتایج بسیاری مثبتی را برای هر دو گروه پزشکان و پرستاران در پی دارد و بر کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط آنان موثر است. ایشان در مطالعه خود با هدف تعیین ارتباط حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان، از دیدگاه پرستاران این ارتباطات را در حد متوسط گزارش کردند. در

بخشهای مراقبتی حاد روی نمی دهد، می تواند مواردی چون تأخیر در بهبودی بیماران را بدنبال داشته باشد (۱). با توجه به نتایج مطالعه حاضر و اهمیت مسائل عنوان شده، پیشنهاد می شود که به جهت افزایش همکاری و شناخت حرفه‌ای بین گروه‌های پرستاری و پزشکی و افزایش کیفیت ارائه مراقبت، بازنگری‌هایی در نحوه اجرای چارچوب آموزش بالینی این گروه‌ها لحاظ شود و در صورت امکان برگزاری‌های کارگروه‌های مشترک آموزشی بین دانشجویان پرستاری و پزشکی صورت گیرد. ضمن اینکه تأکید بیشتر اساتید بر مهارت‌های ارتباطی دانشجویان هر دو رشته نیز شایسته توجه می باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می توان به احتمال عدم دقت در پاسخگویی به سئوالات ناشی از محدودیت‌های مرتبط با وظایف کاری پرستاران و پزشکان اشاره نمود. شایان ذکر است که با ارائه توضیحات حضوری به صورت مکتوب در مورد هدف مطالعه، کدگذاری پرسشنامه ها و رعایت محرمانه ماندن اطلاعات و همچنین در اختیار گذاشتن فرصت کافی به مشارکت کنندگان سعی بر کنترل محدودیت‌های یاد شده صورت گرفت. از محدودیت‌های دیگر پژوهش انجام مطالعه به صورت مقطعی بود. همچنین از محدودیت‌های دیگر می توان به حجم کم نمونه‌ها اشاره کرد. انجام مطالعاتی به صورت طولی و حجم نمونه بیشتر پیشنهاد می شود. با توجه به اینکه تجارب هر یک از پرستاران منحصر به فرد می باشد انجام مطالعه‌ای به صورت کیفی با اهداف بررسی تجارب پرستاران از همکاری بین حرفه ای، فرایند شکل‌گیری همکاری بین حرفه‌ای و ارتقا همکاری بین حرفه‌ای پیشنهاد می شود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد درک رفتارهای بین حرفه‌ای پرستاران و پزشکان در بخش‌های مراقبت ویژه در حد متوسط می باشد. لذا ارائه راهکارهایی در جهت ارتقا همکاری بین حرفه ای پیشنهاد می شود. انجام مطالعاتی به صورت کیفی می تواند بر دانش موجود در زمینه تجارب

کارها با یکدیگر الزام می‌یابد، بطوریکه افراد محدودیت‌های خود و موانع موجود در دیسپلین‌های دیگر را دانسته و ضمن احترام با آنان مشارکت داشته باشند (۵).

بیزل (Beisel) تلاش‌های صورت گرفته در خصوص همکاری بین حرفه‌ای را به صورت بالقوه جهت بهبود مراقبت از بیمار، ارتقای احترام، اطمینان و ارتباط حرف ضروری می‌داند و ۸۰٪ پرستاران و ۸۵٪ پزشکان شرکت‌کننده در مطالعه وی همکاری بین حرفه‌ای با حرفه دیگری را بیان می‌نمایند (۳). البته برخی مطالعات نشان دادند که پزشکان علاقه ناچیزی نسبت به همکاری بین حرفه‌ای داشته و ترجیح می‌دادند که تعاملی نداشته و از درگیری‌های گروهی اجتناب می‌کردند. به عبارتی درک متفاوتی نسبت به پرستاران در خصوص کار تیمی و ارتباط دارند (۲). نتایج مطالعه کینگ و لی (king & lee) نیز مؤید تفاوت معنی‌داری در درک پرستاران و پزشکان در مورد رفتارهای مرتبط با ارتباطات بین حرفه‌ای بود (۲۶). در بررسی تجارب پرستاران در خصوص ارتباط بین حرفه‌ای مهم‌ترین مشکل، مورد احترام قرار نگرفتن آنها از جانب پزشک‌ها بیان می‌شود. مواردی نظیر عدم شناخت پزشکان از حرفه پرستاری، راندهای بالینی بدون حضور پرستاران از عوامل تضعیف‌کننده ارتباط محسوب شده و گزینه‌هایی چون احترام به پرستار و انجام فرایند درمان بصورت کار گروهی به عنوان عوامل بهبود دهنده ارتباط بیان می‌شود (۸).

پزشکان و پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نگرش‌های مختلفی را در خصوص تجارب کار تیمی با یکدیگر دارند که می‌تواند نتیجه‌ای از تفاوت شأن و مقام / اقتدار، مسئولیت‌ها، آموزش و فرهنگ باشد (۲۷). هامریک (Hamric) و همکاران در بیان نتایج مطالعه خود گزارش نمودند که پرستاران متخصص در بخش‌های مراقبت ویژه همکاری بین حرفه‌ای پایین‌تر، دیسترس اخلاقی بالاتر و رضایت کمتری را نسبت به پزشکان تجربه می‌نمایند (۱۳). بدین صورت زمانی که ارائه بهینه رفتارهای همکارانه در

5. kimChitty KK, Black BP. Professional nursing: concepts & challenges. 7 Edition. Publisher: Saunders; 2011.
6. Namazi A, Homayunfar N, Koochehzade Talemi S. Challenges in Professional Relationship between Nursing Team and Physicians. First International Congress about Professional Relationships in Hospital Centers; Mashad, Iran; 2011. (Persian)
7. J Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. The Viewpoint of Nurses about Professional Relationship between Nurses and Physicians. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery 2009; 7(1): 63-72.
8. Mahmoodian F, Seyed Jafari S, Keshmiri M, Azimi A, Vosoughi M. Nurses' Experiences about the challenges of Nurse -Physician Professional Relationships. Sadra Medical Sciences Journal 2013;2(1):31-42. (Persian)
9. Firman J. Watchful vigilance: nursing care, technology, and the development of intensive care units. Nursing Research 1992;41(1):56.
10. Knauss WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE, White KL. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. PAHO Scientific Publication: Pan American Health Organization; 1992, P: 941-53.
11. Boone BN, King ML, Gresham LS, Wahl P, Suh E. Conflict management training and nurse-physician collaborative behaviors. Journal for nurses in staff development: JNSD: official journal of the National Nursing

همکاری بین حرفه‌ای و فرایند شکل‌گیری و ارتقا آن بیفزاید.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی شیراز با شماره ۱۴۷۱۷-۰۸-۰۱-۰۰-۱۳۹۶ می‌باشد. بدین وسیله از حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز و همچنین همکاری مسئولین و پرستاران محترم بیمارستان‌های مورد مطالعه در جمع‌آوری اطلاعات، تشکر و قدردانی می‌شود و از مساعدت سرکار خانم ساره روستا از مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی بیمارستان نمازی شیراز در تعیین حجم نمونه پژوهش نیز تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

1. Nair DM, Fitzpatrick JJ, McNulty R, Click ER, Glembocki MM. Frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital. Journal of Interprofessional Care 2012;26(2):115-20.
2. Dougherty MB, Larson E. A review of instruments measuring nurse-physician collaboration. The Journal of Nursing Administration 2005;35(5):244-53.
3. Beisel MJ. Alaska nurse practitioners' and physician assistants' perceptions of the collaboration process. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 1998;10(11):509-14.
4. Stein-Parbury J, Liaschenko J. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses 2007;16(5): 470-7.

18. Jasemi M, Rahmani A, Aghakhani N, Hosseini F, S E. Nurses and Physicians' Viewpoint toward Interprofessional Collaboration. *Iran Journal of Nursing*. 2013; 26(81):1-10 (Persian).
19. Shokri A, Yazdan Panah A, Vahdat S. The Professional Relationship between the Nurses and Physicians from their Own Point of View *Health and Care Journal*. 2013;15(1,2):69-76.
20. Pakpour V, Hojat M, Salehi H, Rahmani A, Shahim A, Mohammadi R. Viewpoint of Nurses on Inter-Professional Relationship between Nurses and Doctors *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2014;20(1):74-85. (Persian)
21. Lolaty HA, Ashktorab T, Nesami MB, Ladari RB. Experience of Professional Communication among Nurses Working in Educational Hospitals: A Phenomenological Study *Journal of Mazandaran University Medical Science* 2011;21(85):108-25.
22. Almutairi ES. Transformational leadership, collaborative nurse management and their relationships to staff nurse job satisfaction: San Diego State University; 2011.
23. Stichler J. Stichler collaborative behavior scale. *Shared governance implementation manual*. 1992:115-7.
24. Stichler JF. Psychometric Testing of a Collaborative Behavior Scale. <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/157644>.
25. Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. The Viewpoint of Nurses about Professional Relationship between Nurses and Physicians. *Journal of Research Staff Development Organization*. 2008;24(4):168-75.
12. Ushiro R. Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing. *Journal of advanced nursing*. 2009;65(7):1497-508.
13. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical care medicine*. 2007;35(2):422-9.
14. Karanikola MN, Albarran JW, Drigo E, Giannakopoulou M, Kalafati M, Mpouzika M, et al. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *Journal of nursing management*. 2014;22(4):472-84.
15. Mannahan CA. Different worlds: a cultural perspective on nurse-physician communication. *The Nursing clinics of North America*. 2010;45(1):71-9.
16. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2007; 16(6):536-43.
17. Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2012;21(2): 41-52.

- Association of Critical-Care Nurses
1994;3(5):331-6.
27. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine* 2003;31(3):956-9.1.
- Development in Nursing & Midwifery.
2010;7(1): 63-71 (Persian).
26. King L, Lee JL. Perceptions of collaborative practice between Navy nurses and physicians in the ICU setting. *American journal of critical care: an official publication, American*

Cite this article as:

Pasyar N, Sharif F, Rambod R. Nurses and Physicians' Collaborative Behaviors in Intensive Care Units. Sadra Med Sci J 2017; 5(4): 239-250.