

توانمندی و اشتراکات فرهنگی؛ عوامل زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر در اورژانس (یک مطالعه کیفی)

نسرین جعفری ورجوشانی^۱، محمدعلی حسینی^۲، حمیدرضا خانکه^۳، فضل‌اله احمدی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با وجود اهمیت ارتباطات بین حرفه‌ای در بخش اورژانس، این ارتباطات در شرایط مطلوبی نیست. تعیین عوامل زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر، مراقبت دهندگان را در طراحی مداخلات مناسب‌تر و بهتر یاری می‌نماید. این مطالعه با هدف توصیف تجربه کارکنان اورژانس از عوامل زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای در بخش اورژانس انجام گردید.

روش: مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوا انجام شد. مشارکت کنندگان ۲۲ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند و با تنوع شغل، سمت، سن، جنسیت، سابقه و محل کار انتخاب شدند و جمع‌آوری اطلاعات با مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند صورت گرفت. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل محتوا با رویکرد استقرایی بود.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها چهار طبقه را به عنوان عوامل زمینه‌ساز ارتباط بین حرفه‌ای نشان داد که عبارت از «دانش و مهارت زمینه‌ساز ارتباط مؤثر، مهارت‌های ارتباطی و تأثیر مثبت مذهب بر ارتباط و همسانی ویژگی‌های دموگرافیک» بود. این چهار طبقه دو درون‌مایه کلی یا اصلی تحت عناوین «توانمندی و اشتراکات فرهنگی» را به عنوان اصلی‌ترین عوامل زمینه‌ساز ارتباط بین حرفه‌ای در بخش اورژانس مطرح نمود.

نتیجه‌گیری: مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای، توانمندی و اشتراکات فرهنگی بود. بنابراین با تقویت دانش و مهارت کارکنان اورژانس و به کارگیری کارکنان با متغیرهای جمعیت‌شناختی و فرهنگی مشترک می‌توان ارتباطات بین حرفه‌ای در بخش اورژانس را که در ارتقای پیامد مراقبتی بیماران و رضایت شغلی کارکنان نقش اساسی دارد، ارتقا بخشید.

کلید واژه‌ها: ارتباطات بین حرفه‌ای، اورژانس، عوامل زمینه‌ساز، تحلیل محتوا

ارجاع: جعفری ورجوشانی نسرین، حسینی محمدعلی، خانکه حمیدرضا، احمدی فضل‌اله. توانمندی و اشتراکات فرهنگی؛ عوامل زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر در اورژانس (یک مطالعه کیفی). مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۳): ۳۰۳-۲۹۲.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۶/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۵/۰۲

بیماران حیاتی است (۱، ۲). منظور از ارتباطات حرفه‌ای، وجود احترام متقابل نسبت به ارزش‌های حرفه‌ای، توانایی‌های فردی، استفاده از دانش و تجربیات همکاران و نظرخواهی و مشورت با همکاران در حین تصمیم‌گیری است (۳). این ارتباط باید در چارچوب ارتباط باز، صداقت و احترام دو طرفه و بر اساس اختیارات و توانایی‌ها و مسؤولیت‌های دو طرف برای

مقدمه

یکی از عوامل مهم و قابل توجه که مدت‌های متمادی به عنوان اساس کیفیت مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است، ارتباطات مؤثر و مهارت‌های بین فردی می‌باشد. مشاغل گوناگون مراقبت سلامتی اذعان می‌دارند که همکاری بین حرفه‌ای و ارتباط خوب برای ارتقای کیفیت، ایمنی و سلامت

۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳- استاد، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر محمدعلی حسینی

کمک به تصمیم‌گیری مشترک با توجه به منابع، امکانات و تجهیزات موجود و در جهت رفع مشکل بیمار برقرار شود (۴). اعضای مختلف تیم درمان در ارتباطات مؤثر بین حرفه‌ای هدف مشترک درمانی داشته، نقش‌های یکدیگر را درک نموده، برای یکدیگر احترام قایل شده، تضادها را به طور مؤثر حل نموده، دارای قابلیت انعطاف بوده و از ارتباطات شفاف استفاده می‌نمایند (۵). مطالعات متعدد نشان می‌دهد که ضعف ارتباطات بین حرفه‌ای عامل مهم تهدید کننده ایمنی و سلامت بیماران می‌باشد (۸-۶).

اهمیت ارتباطات بین حرفه‌ای در بخش اورژانس به علت بحرانی بودن محیط کار، تعداد زیاد کارکنان و واحدها و پیچیدگی امور دارای اهمیت خاص و استثنایی می‌باشد و باید مورد توجه ویژه‌ای قرار گیرد. بخش اورژانس محیطی پیچیده، نیازمند سرعت و سرشار از اطلاعاتی است که تبادل این اطلاعات جهت تدارک مراقبت بهینه و در سایه همکاری و تعامل مؤثر تیم درمان ممکن می‌گردد (۹)؛ چرا که در سال‌های اخیر الگوهای ارتباطی و به کارگیری آن‌ها در بخش اورژانس به دلیل ماهیت چالش‌انگیز، پرسرعت و پرمشغله این بخش توجه ویژه‌ای را به خود معطوف داشته است (۹).

مطالعات نشان می‌دهد، ۵۰ درصد از زمان کارکنان اورژانس صرف ارتباطات می‌گردد و ۹۰ درصد تبادل اطلاعات توسط ارتباطات بین فردی مبادله می‌شود (۱۰). برقراری ارتباط مؤثر و انتقال دقیق اطلاعات در این بخش نه تنها به معنای مرز بین مرگ و زندگی است، بلکه موجب القای اطمینان و ارتقای کیفیت درمان می‌گردد (۱۱). بخش‌های اورژانس به عنوان بخشی از بیمارستان که خطاهای پزشکی بیشتری در آن رخ می‌دهد، شناخته شده است؛ به نحوی که نسبت وقایع ناگوار در بخش‌های اورژانس در مقایسه با کل بیمارستان (که ۵۱-۲۷ درصد است) ۸۲-۵۳ درصد می‌باشد و نسبت بالایی از این خطاها مربوط به ارتباطات نامطلوب بوده است (۱۲). در حالی که ارتباطات بهینه پرستار و پزشک در موقعیت‌های بحرانی بخش اورژانس می‌تواند به عنوان عامل کلیدی در کاهش این خطاها عمل نماید (۹).

نتایج مطالعه Kilner و Sheppard که با هدف بررسی نقش ارتباطات بین حرفه‌ای در بخش اورژانس انجام گرفت،

ارتباط مؤثر بین حرفه‌ای در اورژانس را در ارتقای ایمنی، کاهش خطاهای پزشکی و کاهش زمان انتظار مؤثر دانست (۱۳). در عین حال نتایج مطالعاتی که توسط Coiera (۹)، Redfern و همکاران (۱۴) و Paltved و همکاران (۱۵) با هدف بررسی ارتباطات بین حرفه‌ای در تیم پزشکی اورژانس انجام گرفت، نشان داد که ارتباطات بین پزشکان و پرستاران نامطلوب می‌باشد. مطالعات کیفی اندکی نیز در این زمینه صورت گرفته است. از جمله مطالعه‌ای توسط Weiland و همکاران در بخش اورژانس بیمارستان‌های استرالیا با هدف بررسی درک پزشکان از نقش پرستاران اورژانس با استفاده از مصاحبه‌های تلفنی انجام گرفت و نشان داد پزشکان از نقش پرستاران اورژانس درک ضعیفی دارند (۱۶).

به طور کلی بررسی متون حاکی از آن است که بیشتر مطالعات صورت گرفته در زمینه ارتباطات بین حرفه‌ای در بخش اورژانس به روش کمی انجام پذیرفته و نتایج حاکی از وجود ارتباطات نامناسب بین حرفه‌ای بوده است. از آنجایی که ارتباطات فرایند اجتماعی پیچیده‌ای است که به طور کامل به موقعیت واقعی (Context) وابسته می‌باشد، برخی مطالعات به صراحت پیشنهاد بررسی و تبیین روش‌های ارتقای ارتباطات بین حرفه‌ای به ویژه در بخش اورژانس را با انجام مطالعات کیفی که به بررسی و درک دیدگاه عمیق عوامل درگیر پرداخته و در شناخت دقیق‌تر این فرایند کمک کننده می‌باشد، مطرح می‌نمایند (۱۷، ۱۸). همچنین مطالعاتی نیز که در زمینه بررسی ارتباط بین حرفه‌ای در کشور انجام گرفته، مطالعات محدودی است که در بخش‌های دیگر بیمارستان و بیشتر آن‌ها با رویکرد کمی به بررسی ارتباط پرستاران و پزشکان پرداخته‌اند و نتایج آن‌ها را با نتایج مطالعات خارجی هم‌راستا و ارتباطات بین حرفه‌ای را نامطلوب گزارش نموده‌اند، اما طی انجام این مطالعات عوامل زمینه‌ساز موجود به دلیل رویکرد کمی، واضح و روشن بیان نگردیده است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف کشف درک و تجربیات عوامل درگیر در موقعیت واقعی برای شناسایی عوامل زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای در بخش اورژانس انجام گرفت.

روش

برای درک بهتر و عمیق‌تر موانع ارتباطات بین حرفه‌ای در

بخش اورژانس از رویکرد کیفی و به روش آنالیز محتوای استقرایی Graneheim و Lundman استفاده گردید (۱۹). دلیل انتخاب این رویکرد آن بود که روش‌های کیفی قادر هستند بینش عمیقی از درک و تجربیات افراد را در اختیار محققان قرار دهند. همچنین روش‌های کیفی می‌توانند جزئیات ظریفی را از پدیده‌هایی که ارایه آن‌ها به روش کمی مشکل است، ارایه دهند (۲۰). تعداد ۲۲ مشارکت کننده شامل ۱۵ پرستار در رده‌های مختلف بخش اورژانس، ۵ پزشک و دانشجوی پزشکی در رده‌های مختلف بخش اورژانس و ۱ منشی اورژانس و ۱ کمک بهیار اورژانس بودند. برای دستیابی به تجربیات مختلف سعی گردید علاوه بر این که مشارکت کنندگان از مشاغل مختلف درمانی باشند؛ حداکثر تنوع را نیز از نظر سن، جنس، سابقه و محل کار داشته باشند. تمام شرکت کنندگان به عنوان مطلعین اصلی در نظر گرفته شدند که با مراجعه به بخش‌های مختلف اورژانس شهر زنجان امکان دسترسی به آن‌ها فراهم گردید. ویژگی‌های شرکت کنندگان در جدول ۱ آمده است.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید. تعدادی سؤال کلی به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شد که به پاسخ باز و تفسیری نیاز داشت. با توجه به پاسخ‌های مشارکت کنندگان، سؤالات بعدی از آن‌ها پرسیده شد. به طور مثال «آیا می‌توانید از تجربه کاری خود در بخش اورژانس برای من صحبت کنید؟» در این بخش چگونه با همکاران ارتباط برقرار می‌کنید؟ و چه عواملی بر این ارتباط تأثیرگذار است؟».

مصاحبه‌ها به وسیله ضبط صوت دیجیتال ضبط گردید و سپس پیاده‌سازی و دست‌نویس و به وسیله نرم‌افزارهای کامپیوتری تایپ شد. معیار توقف نمونه‌گیری، تکراری شدن داده‌ها یعنی اشباع اطلاعاتی بود که اطلاعات تازه و طبقات جدیدی ایجاد نمی‌گردید. مدت مصاحبه از ۴۵-۹۰ دقیقه متغیر بود که در یک یا دو جلسه انجام می‌شد. بنابراین برخی از مشارکت کنندگان بیش از یک بار مصاحبه شدند و در مجموع ۲۶ مصاحبه صورت گرفت. مصاحبه در زمان و مکانی که برای مشارکت کننده راحت بود، انجام شد. مشارکت کنندگان تحقیق ابتدا با رضایت شفاهی و سپس کتبی وارد تحقیق شدند. پس از چند جلسه حضور در بخش اورژانس، اولین مصاحبه با یکی از پرستارانی که سابقه زیادی در بخش اورژانس داشت و محقق شاهد ارتباط مکرر وی با حرفه‌های مختلف درمانی بود، انجام گرفت. شرکت کنندگان بعدی بر اساس تحلیل مصاحبه و هدایت یافته‌ها انتخاب شدند. موازین اخلاقی، گمنام بودن، محرمانه بودن اطلاعات و حق کناره‌گیری در زمان دلخواه مواردی بودند که رعایت شدند.

فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهادی Graneheim و Lundman انجام شد. آنان برای تحلیل محتوای داده‌های کیفی مراحل زیر را پیشنهاد کردند:

- ۱- پیاده‌سازی کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام مصاحبه،
- ۲- خواندن کل متن برای درک کلی از محتوای آن،
- ۳- تعیین واحدهای معنی و کدهای اولیه،
- ۴- طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر و
- ۵- تعیین محتوای نهفته در داده‌ها (۱۹). در این مطالعه نیز تجزیه و تحلیل با

جدول ۱: مشخصات شرکت کنندگان

شغل	تعداد	سابقه کار (سال)			سمت در بخش‌های اورژانس	دامنه سنی (سال)		جنسیت
		۵-۶	۱۰-۱۱	۱۱-۱۵		۳۰-۳۹	۴۰-۴۹	
پرستار	۱۵	۴	۵	۶	لیسانس	۷	۵	۳ زن ۴ مرد
متخصص طب اورژانس	۱	۱	-	-	تخصص	-	۱	۱ زن
دستیار	۲	۱	۱	-	پزشکی عمومی	۱	-	۲ زن
کارورز	۲	۲	-	-	دانشجوی پزشکی عمومی	۲	-	۱ زن
منشی	۱	۱	-	-	منشی	۱	-	۱ زن
کمک بهیار	۱	۱	-	-	کمک بهیار	۱	-	۱ زن

حتی گاه دانش پرستاران موجب می‌گردید که پزشکان اورژانس آن‌چنان به آن‌ها اعتماد داشته باشند که از آنان حتی در تشخیص مشکلات بیماران و روند درمان نظرخواهی نمایند. پرستار شماره ۱ در این زمینه گفت: «از آقای ... که سابقش خیلی زیاده تو اورژانس میان می‌پرسن اوردرو مثلاً فلان مریضو چی کار کنیم، مثلاً می‌گن فلانی می‌شه EKG (Electrocardiography) مریضو یه نگاه کنی... بهش اعتماد دارن» و یا پرستار شماره ۴ در این باره گفت: «وسود پرستار روی ارتباطشون با پزشکا خیلی تأثیر می‌ذاره... خیلی شده اتند ما اومده گفته خانم فلانی یا آقای فلانی بیا تو هم این EKG رو ببین، نظر شما چیه نظرشو پرسیدن و روش حساب کردن».

همچنین تجربه و مهارت بالینی پرستاران زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر می‌گردید. ارتباط پزشکان با پرستاران ماهر به مراتب بهتر از ارتباطشان با دیگر پرستاران بود و پزشکان سعی می‌کردند با پرستارانی که مهارت مناسبی در انجام فرایندهای درمانی داشتند، ارتباطات نزدیک و صمیمانه داشته باشند. پرستار شماره ۲ در این مورد اظهار کرد: «اتند جراحی که برای سی وی لاین گذاشتن می‌یاد، وقتی باهش راحت کار می‌کنیم باعث می‌شه ارتباط صمیمی‌تر بشه». پرستار شماره ۱ بیان کرد: «... پزشکا به پرستار با سابقه اعتماد می‌کنن». این مسأله در مورد ارتباط دانشجویان پزشکی با پرستاران ماهر و آگاه نمود بیشتری داشت. پرستار شماره ۴ در این مورد گفت: «خیلی از کارایی که کارای عملی بوده پرستارای با تجربه‌رو با خودشون بردن که کمک دستشون باشه، یعنی تجربه پرستار برای رزیدنتا خیلی مهمه».

همچنین مهارت پزشکان موجب شکل‌گیری ارتباطات بهتر بین حرفه‌ای با پرستاران گردید. بدین ترتیب که مهارت پزشکان موجب تشخیص‌های درست آنان و در نتیجه بستری‌های مرتبط با اورژانس مربوطه و ضروری گردید و از بستری بیمارانی که نیازی به بستری نداشتند، خودداری می‌کرد و بدین ترتیب از شلوغی اورژانس و فشار کاری مضاعف کارکنان کاسته می‌شد و زمینه تحریک پذیری و آشفته‌گی کارکنان از بین می‌رفت. همین امر موجب برقراری ارتباطات صمیمی در بخش به ویژه با پزشک موردنظر

توجه به مراحل ذکر شده، انجام شد. یعنی بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه محتوای آن دست‌نویس و تایپ گردید و پس از آن مطالب چندین بار خوانده و کدهای اولیه استخراج شد. سپس کدها ادغام و بر اساس شباهت‌ها، طبقه‌بندی و در نهایت مفهوم و محتوای نهفته در داده‌ها استخراج گردید. به منظور اطمینان از قابلیت اعتماد داده‌ها (Trustworthiness)، محققان درگیری طولانی مدت با داده‌ها را حفظ کردند. درگیری مستمر ذهنی با داده‌ها، افزایش وسعت اطلاعات و عمق اطلاعات را امکان‌پذیر نمود و برای اطمینان از هماهنگی بین کدهای به دست آمده با تجارب مشارکت کنندگان از روش بازنگری مشارکت کنندگان (Member check) استفاده شد. مصاحبه‌ها و کدگذاری‌های اولیه و درون‌مایه‌ها توسط نظرات تکمیلی همکاران (Peer debriefing) مورد بررسی مجدد قرار گرفت. همچنین از روش بازنگری ناظرین (External check) استفاده گردید.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها چهار طبقه را به عنوان عوامل زمینه‌ساز ارتباط بین حرفه‌ای نشان داد که عبارت از «دانش و مهارت زمینه‌ساز ارتباط مؤثر، مهارت ارتباطی، تأثیر مذهب بر ارتباط و همسانی ویژگی‌های دموگرافیک» بود. این چهار طبقه، دو درون‌مایه کلی یا اصلی را تحت عناوین «توانمندی و اشتراکات فرهنگی» به عنوان اصلی‌ترین عوامل زمینه‌ساز ارتباط بین حرفه‌ای در بخش اورژانس مشخص نمود.

توانمندی

توانمندی شامل زیرطبقات دانش و مهارت زمینه‌ساز ارتباط مؤثر و مهارت ارتباطی بود.

دانش و مهارت زمینه‌ساز ارتباط مؤثر

طبق گزارش مشارکت کنندگان، آگاهی پرستاران سبب جلب اعتماد پزشک و زمینه‌ساز ارتباطات مؤثر بین حرفه‌ای می‌گردید. پرستار شماره ۲ در این زمینه بیان کرد: «کمک کردن تو تشخیص‌ها یا تو اوردرد تلفنی شرح‌حالی که می‌ده به پرستار خیلی کمک کننده است... اون باعث می‌شه که اعتماد طرف مقابلو جلب کنه و باعث می‌شه ارتباطات خیلی مؤثرتر و بهتر بشه».

می‌گردید. این موارد به طور مکرر از جانب شرکت کنندگان (مسئول بخش اورژانس) بیان گردید: «لأن ما پزشکی داریم که دوازده سیزده ساله تو تروما کار می‌کنه... واقعا کارش هم خوبه... می‌دونه کدوم مریض مال این جاست، مال این جا نیست، ما باهاش مشکلی نداریم ارتباطمون باهاش خوبه». از طرفی پزشکان ماهر با تعیین تکلیف سریع بیماران و انتقال آنان به بخش‌های مختلف موجب خلوت‌تر شدن اورژانس و کاهش بار کاری کارکنان و زمینه‌ساز ارتباطات مؤثر می‌شدند. متخصص طب اورژانس اظهار کرد: «وقتی ما مریضو سریع تعیین تکلیف می‌کنیم اورژانس خلوت‌تر و بار کاری پرستار کم می‌شه. این باعث می‌شه ارتباطمون با هم نزدیک‌تر بشه».

از طرفی سرپرستاران با سابقه و مجرب نقش اساسی در ایجاد جو دوستانه و شکل‌گیری ارتباطات مؤثر بین حرفه‌ای در بخش اورژانس ایفا می‌نمودند. آنان گاهی با رفتارهای مناسب خود زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای مناسب بودند. به طور مثال مسئول بخش اورژانس در این زمینه می‌گوید: «من به تجربه بعد چند سال فهمیدم عکس‌العمل تند و سریع در قبال برخورد تند پزشک خوب نیست؛ چون دنبالش پشیمونی می‌شه، بلکه باید یه استراتژی داشته باشی برای این کار و بدونی چی کار داری می‌کنی». پرستار شماره ۱ گفت: «خیلی پیش می‌یاد که با ما کتاکت می‌شه... من تو این سالها فهمیدم که باید خونسرد برخورد کنی... بعداً طرف خودش می‌یاد عذرخواهی می‌کنه». مسئول بخش اورژانس در این زمینه بیان کرد: «بیشتر مواقع که این ارتباطات بین حرفه‌ای به هم می‌خوره و دلخوری ایجاد می‌شه بیشتر با همدردی درست می‌شه».

گاهی سرپرستاران با تشویق و فراهم آوردن زمینه جهت ارتقای دانش و مهارت پرستاران بخش اورژانس، زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر می‌گردیدند. پرستار شماره ۱۰ در این باره می‌گوید: «متخصص‌ها وقتی وارد بخش می‌شن بهمون احترام می‌ذارن، میزان مهارت و اطلاعات پرستار تو ارتباطات تأثیر گذاشته و اینو هم مسئول بخش از ما خواسته. کارارو به ما توضیح داده، برامون کلاس گذاشته یعنی مسئول بخشمون خیلی تو ایجاد روابط خوب تو اورژانس تأثیر داره».

مهارت ارتباطی

علاوه بر دانش و مهارت حرفه‌ای، دارا بودن مهارت‌های

ارتباطی یکی دیگر از عوامل زمینه‌ساز ارتباطات مؤثر بود و عدم وجود این مهارت‌ها به عنوان مانع ارتباطی عمل می‌نمود. در این رابطه پیش‌قدم بودن پزشکان جهت برقراری ارتباط از جانب پرستاران بسیار مهم تلقی می‌گردید. شرکت کنندگان سلام کردن را برای آغاز ارتباط ضروری می‌دانستند و این امر را به معنای پذیرش طرف مقابل به عنوان فرد مورد احترام تلقی می‌کردند. به همین دلیل عدم سلام کردن را توهینی به خود تلقی نموده و این امر به عنوان مانع مهم شکل‌گیری ارتباطات بین حرفه‌ای عمل می‌کرد. معاون مسئول بخش اورژانس در این زمینه بیان کرد: «تند می‌یاد از کنار استیشن رد می‌شه یه سلام هم به آدم نمی‌ده، خوب منم بهش محل نمی‌ذارم». علاوه بر آن، نحوه بیان سلام نیز در بیانات شرکت کنندگان مهم تلقی گردید. پرستار شماره ۸ گفت: «با بعضی از اتترنا ارتباط صمیمی داریم، با اونایی که اجتماعی‌ترن می‌یان سلام گرم می‌دن، احوالپرسی می‌کنن».

لحن صحبت نیز نقش بسیار مهمی در فرایند ارتباطات ایفا می‌نمود. به عنوان مثال در برابر درخواست‌های غیر محترمانه و دستوری مقاومت ایجاد می‌گردید که به صورت دلخوری طرف مقابل و تأخیر در انجام درخواست نمود پیدا کرد. مسئول بخش اورژانس در این زمینه اظهار داشت: «بعضی از پرستار که مسئول شیفت می‌شن فرداش در دسر دارم من، باید سؤال و جواب بشم چون ارتباط این پرستار خوب نیست... ارتباط هم می‌بینی یه لحن کلامه‌ها با یه لحن کلام کلاً همه چی رو به هم زده»، اما هنگامی که کارکنان در خواست خود را با لحن مؤدبانه و آرام مطرح می‌نمودند، طرف مقابل در اسرع وقت درخواست مذکور را انجام می‌داد. شرکت کنندگان به طور مکرر در بیانات خود به این مورد اشاره کردند. لزوم انجام سریع کارها در بخش اورژانس، اهمیت این مسأله را بیشتر نشان می‌دهد. کمک بهیار اورژانس در این خصوص گفت: «وقتی پرستار با لحن محترمانه ازم درخواستی رو می‌کنه سعی می‌کنم خیلی زود کارشو ردیف کنم» و یا منشی اورژانس بر این عقیده بود که: «استف این‌جا از اون جایی که آدم محترمی و با ما محترمانه صحبت می‌کنه هرچی بگه ما زمین نمی‌اندازیم اکثراً می‌گه پیر اینو سریع بده یا بدو اینارو انجام بده من سعی می‌کنم سریع این کارارو انجام بدم».

بیان کرد: «ما ارتباطاتمون این‌جا بسیار محترمانه است؛ چون اسلام گفته به هم دیگه احترام بذارین... ما هرچی می‌خوایم بگیریم جلوی روی همدیگه می‌گیریم به هیچ عنوان غیبت تو اورژانس نمی‌کنیم».

حفظ حجاب و مقید بودن به ظواهر مذهبی به عنوان زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر عمل می‌نمود. دسترسی در این زمینه گفت: «ارتباط با خانم‌هایی که شئون مذهبی‌رو (پوشش و ظاهر) رعایت می‌کنن راحت‌تره، اگه من صمیمی‌تر هم صحبت کنم دیگران جور دیگه‌ای برداشت نمی‌کنن» و یا پرستار شماره ۸ در این زمینه می‌گوید: «گه ما بخوایم با خانم‌ها این‌جا صمیمی باشیم ممکنه صورت خوشی نداشته باشه و دیگران برداشت بدی کنن، ولی اونایی که تیپ مذهبی‌تری دارن و شئون‌رو رعایت می‌کنن اون مشکلو کمتر داریم».

همسانی ویژگی‌های دموگرافیک

یکی دیگر از عواملی که شرکت کنندگان تحقیق آن را به عنوان عامل زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای عنوان کردند، بومی بودن کارکنان بود. کارکنان با همکاران بومی خود به دلیل حس قرابت فرهنگی و احساس صمیمیت ارتباط بهتری داشتند. شرکت کنندگان (پرستار شماره ۷) به طور مکرر در بیانات خود به این امر اشاره داشتند: «بومیا با ما هم‌زبون؛ یعنی فرهنگ مشترک‌شون شاید باعث می‌شه ارتباط بهتری با ما داشته باشن؛ یعنی خودشون خجالت می‌کشن به آدم دستور بدن» و یا پرستار شماره ۴ در این باره گفت: «تندامون که قبلاً رزیدنت این‌جا بودن و الان اتند شدن کامل همه بچه‌های بخش‌رو می‌شناسن و اون‌جوری برخورد نمی‌کنن که مثلاً من رده بالام و اینا... برخوردشون خوبه چون خودشون این‌جا دانشجو بودن و همشهرین... اصلاً می‌اومدن با ما صبحانه می‌خوردیم اینا الان خیلی با ما صمیمین».

تفاوت سنی کم کارکنان نیز زمینه شکل‌گیری ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر را در بخش اورژانس فراهم می‌نمود. دارا بودن درک و احساسات مشترک در سنین نزدیک به هم موجب شکل‌گیری حس دوستی و روابط صمیمانه‌تر بود. پرستار شماره ۱۰ در این زمینه بیان کرد: «ما فاصله سنی‌هامون با همدیگه خیلی کمه؛ یعنی به همدیگه خیلی نزدیکه حتی خدماتمون فاصله سنیشون خیلی با ما کمه همه تو یه رده سنی هستیم... این

همچنین به دلیل پراسترس بودن محیط اورژانس، لحن آرام کارکنان موجب کاهش استرس محیطی و القای آرامش به دیگران می‌گردید و بدین ترتیب به عنوان تسهیل‌گر ارتباطی عمل می‌نمود. پرستار شماره ۴ در این خصوص بیان داشت: «رزیدنتی خودش این‌قدر آرام و خونسرده که حتی یه مریض بدحال هم بیاد اون‌قدر با آرامش به ما می‌گه نه همراه‌رو هل می‌کنه نه مارو هل می‌کنه ما هم واقعاً می‌بینیم اون چقدر خوب و آرام داره به ما می‌گه ما هم با جون و دل می‌ریم و سریع‌تر هم می‌ریم به سمت کار».

قدردانی از تلاش‌های کارکنان زحمتکش اورژانس یکی از مواردی بود که به عنوان تسهیل‌گر ارتباط عمل می‌نمود. تشکر و قدردانی به کارکنان این حس را القا می‌کرد که همکاران متوجه زحمات آنان هستند و در نتیجه موجب شکل‌گیری جو دوستانه و حمایت‌گرانه در بخش می‌گردید. پرستار شماره ۱۰ در این زمینه گفت: «مریض بدحالی که می‌یاد، با پزشکامون سریع مریضو جابه‌جا می‌کنیم، سریع کاراشو انجام می‌دیم، دکتر از ما تشکر می‌کنه و حتی به همراه مریض می‌گه از خانم فلانی باید تشکر کنین کارتونو سریع انجام داده... همین حرفش برا ما خیلی مهمه و باعث می‌شه هم اشتیاقمون به کار بیشتر بشه هم با این حرفا روابطشونو با ما صمیمی‌تر می‌کنن... چون واقعاً قدردان بود». متخصص طب اورژانس در این باره گفت: «تو شلوغیای اورژانس وقتی ما با بچه‌های اورژانس همکاری داریم، سعی می‌کنیم کار مریض‌رو زودتر راه بندازیم... بعدش ازمون تشکر می‌شه، خستگی از تمون درمی‌یاد و روابطمون هم بهتر می‌شه».

اشتراکات فرهنگی

تأثیر مثبت مذهب بر ارتباط و همسانی ویژگی‌های دموگرافیک، زیرطیقات اشتراکات فرهنگی را تشکیل می‌دادند.

تأثیر مثبت مذهب بر ارتباط

پایندی به دستورات دینی تسهیل‌گر ارتباطات مناسب بین حرفه‌ای بود. جایگاه ویژه کرامت انسانی در آموزه‌های اسلامی موجب می‌گردید کارکنان با رعایت جایگاه والای حرمت انسان‌ها از جمله همکاران، سعی در برقراری ارتباطات مناسب‌تری داشته باشند. مسؤول بخش اورژانس در این زمینه

می‌تونه دلیل این باشه که ما روابطمون با هم خوب باشه تقریباً درکمون یکیه، احساساتمون موقعیت‌هایی که بزرگ شدیم نزدیک همه». همچنین ارتباط دانشجویان پزشکی جوان با پرستاران جوان‌تر بهتر بود که دلیل آن در بیانات انترن مشخص گردید: «ما با پرستاری جوون‌تر راحت‌تریم، رابطه‌مون باهاشون بهتره؛ چون بیشتر برا اونا مقبولیت داریم».

همچنین کارکنان با همکاران هم‌جنس خود راحت‌تر بودند و ارتباطات صمیمانه‌تری داشتند. دلیل این امر، عدم پذیرش فرهنگ جامعه مورد پژوهش نسبت به ارتباط صمیمانه با جنس مخالف بود. پرستار شماره ۸ در این مورد بیان داشت: «من با همکاری آقا راحت‌ترم؛ چون با هم که می‌گیم و می‌خندیم دیگران برداشت بدی نمی‌کنن». پرستار ۶: «این‌جا بخوای با یه پزشک آقا صمیمی بشی همکارا چشم غره می‌رن؛ یعنی مواظب باش دیگران ممکنه چه فکری بکنن». نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها

درون‌مایه مشترک طبقات	طبقه	زیرطبقات
توانمندی	دانش و مهارت زمینه‌ساز ارتباط مؤثر	آگاهی پرستار عامل اعتماد پزشک
		مهارت پرستار عامل ارتباط صمیمی
		مهارت پزشک زمینه‌ساز ارتباط مؤثر
اشتراکات فرهنگی	تأثیر مثبت مذهب بر ارتباط همسانی ویژگی‌های دموگرافیک	سرپرستار مجرب عامل شکل‌گیری جو دوستانه
		اهمیت سلام کردن و نحوه بیان آن
		اهمیت لحن صحبت
اشتراکات فرهنگی	تأثیر مثبت مذهب بر ارتباط همسانی ویژگی‌های دموگرافیک	تشکر و قدردانی
		پوشش اسلامی تسهیل‌گر ارتباط
		پایبندی به اصول مذهبی
اشتراکات فرهنگی	تأثیر مثبت مذهب بر ارتباط همسانی ویژگی‌های دموگرافیک	کم بودن فاصله سنی
		بومی بودن
		بومی بودن

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که اصلی‌ترین عوامل زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای در بخش اورژانس، توانمندی و اشتراکات فرهنگی است. توانمندی شامل زیرطبقات دانش و مهارت زمینه‌ساز ارتباط مؤثر و مهارت ارتباطی بود. اشتراکات

فرهنگی نیز شامل زیرطبقات تأثیر مثبت مذهب بر ارتباط و همسانی ویژگی‌های دموگرافیک بود. دانش و مهارت حرفه‌ای کارکنان از عوامل زمینه‌ساز مهم ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر در بخش اورژانس می‌باشد. در این بین دانش و مهارت پرستار نقش مهمی را در برقراری ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر با پزشکان ایفا می‌نمود. بیانات شرکت کنندگان نشان داد، پزشکان زمانی که بازده علم و دانش پرستاران را به وضوح می‌دیدند، نقش پرستاران را به عنوان همکار می‌پذیرفتند و به سمت برقراری ارتباطات افقی گرایش پیدا می‌کردند و حتی سعی در برقراری ارتباط صمیمانه‌تر با پرستاران آگاه و ماهر می‌نمودند. این یافته منطبق با یافته مطالعه عظیمی و همکاران می‌باشد که ارتباط بهتر پزشکان با پرستاران آگاه‌تر را نشان داد (۲۱). بنابراین پرستاران می‌توانند با افزایش آگاهی و مهارت خود، گام مهمی در ارتقای توانمندی و اثبات صلاحیت‌های حرفه‌ای بردارند و زمینه را برای برقراری ارتباطات مؤثر بین حرفه‌ای مهیا سازند.

همچنین نتایج مطالعه حاضر مهارت پزشکان را به عنوان عامل زمینه‌ساز مهم شکل‌گیری ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر در بخش اورژانس شناسایی نمود. پزشکان ماهر با بستری‌های ضروری و مرتبط و تعیین تکلیف سریع بیماران در کاهش شلوغی اورژانس و کاستن از بار کاری کارکنان و در نتیجه برقراری آرامش بیشتر در اورژانس نقش داشتند و بدین ترتیب زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر می‌گردیدند. Nugus و همکاران نیز مهارت و دانش بالای پزشکان اورژانس را در کاهش شلوغی اورژانس و شکل‌گیری ارتباطات مناسب‌تر مؤثر دانستند (۲۲).

مطالعه حاضر، سرپرستار نقش کلیدی در برقراری ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر داشت. سرپرستاران دارای سابقه بالا و ویژگی‌های شخصیتی مثبت، در برقراری ارتباطات درون بخش در اورژانس و همچنین ارتباطات بین بخشی موفق‌تر بودند. بیشتر مطالعات از جمله مطالعه Fairbanks و همکاران (۲۳)، Woloshynowych و همکاران (۲۴) و عظیمی و همکاران (۲۱) به نقش تسهیل‌گری سرپرستار در ارتباطات اشاره نموده‌اند. در مطالعه Fairbanks و همکاران، پرستاران مسؤول به عنوان نقطه مرکزی ارتباطات، ارتباط

دهنده کارکنان اورژانس به کارکنان دیگر بخش‌ها و سرپرستاران و پزشکان با کارکنان بودند (۲۳). Woloshynowych و همکاران نیز دریافتند که سرپرستار اورژانس به عنوان تسهیل‌گر ارتباطات نقش مهم و حیاتی در جریان ارتباطات اورژانس ایفا می‌نماید (۲۴).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، برخورداری از مهارت‌های ارتباطی عامل زمینه‌ساز دیگری در برقراری ارتباط بین حرفه‌ای تعیین گردید. کارکنانی که از فنون مختلف ارتباطی استفاده می‌نمودند، موجبات شکل‌گیری ارتباطات مؤثر را فراهم می‌ساختند و بر عکس کارکنانی که فاقد مهارت‌های ارتباطی بودند، موجب عدم شکل‌گیری ارتباطات و حتی ایجاد ارتباطات نامناسب می‌گردیدند. نتایج پژوهش عظیمی و همکاران که با رویکرد پدیدارشناسی انجام گرفت نیز کمبود مهارت‌های ارتباطی را به عنوان مانع ایجاد ارتباطات بین حرفه‌ای نشان داد (۲۱). Gotlib و همکاران نیز با اشاره به کمبود مهارت‌های ارتباطی تیم درمان، آموزش مداوم کارکنان را برای کسب مهارت‌های ارتباط بین حرفه‌ای ضروری دانستند (۲۵). Coiera و همکاران در مطالعه خود با اشاره به میزان زیاد نقایص ارتباطی در اورژانس، نیاز به آموزش مهارت‌های ارتباطی در اورژانس را مطرح نمودند (۱۱). Shannon نیز در مطالعه خود دریافت که فقدان آموزش مهارت‌های ارتباطی موجب نقص در ارتباطات حرفه‌ای می‌شود (۲۶). در مجموع کمبود مهارت‌های ارتباطی به عنوان امر فراگیری در مطالعات مربوط به ارتباطات بین حرفه‌ای همواره مطرح بوده است و نیاز به آموزش مهارت‌های ارتباطی، امری حیاتی قلمداد می‌گردد. همچنین در مطالعه حاضر اشتراکات فرهنگی یکی دیگر از عوامل زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر شناسایی گردید که زیرطبیقات آن شامل تأثیر مثبت مذهب بر ارتباط و همسانی ویژگی‌های دموگرافیک بود.

Sharon نیز بیان کرد که فرهنگ اجتماعی بر نحوه ارتباطات بین حرفه‌ای تأثیر عمده‌ای دارد (۲۷). در مطالعه حاضر پابندی به دستورات دینی و مقید بودن به فرهنگ جامعه به ویژه از نظر پوشش و رفتار مطابق با عرف به عنوان عامل زمینه‌ساز ارتباطی عمل می‌نمود. در واقع مذهب به عنوان یکی از عوامل فرهنگی جامعه، تسهیل‌گر ارتباطات بین حرفه‌ای بود. در مطالعات دیگر برخی عوامل فرهنگی به

عنوان تسهیل‌گر تلقی شد که در آن‌ها بیشتر به وجود زبان مشترک اشاره گردیده است (۲۹، ۲۸)، اما در بررسی متون مطالعه‌ای که در آن به یافته مطالعه حاضر اشاره کرده باشد، وجود نداشت که دلیل آن می‌تواند اهمیت رعایت شئونات دینی در جامعه اسلامی ما باشد. در واقع، پوشش مذهبی و حفظ حجاب ظاهری و رفتاری به عنوان تسهیل‌کننده ارتباط در مطالعه حاضر بیان گردید. این امر می‌تواند در پاسخ به هنجار جامعه پژوهش و پابندی اقشار جامعه اسلامی ما از جمله کادر درمانی به فرهنگ حاکم بر آن باشد.

در مطالعه حاضر همسانی ویژگی‌های دموگرافیک به عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر شناسایی گردید که بومی بودن یکی از این عوامل بود، اما در مرور متون چنین موردی یافت نگردید که دلیل آن می‌تواند محدود بودن تعداد جمعیت جامعه مورد پژوهش و داشتن شناخت قبلی اعضای آن نسبت به یکدیگر و تأثیر این شناخت بر ارتباطات بعدی آنان و شکل‌گیری ارتباطات صمیمانه‌تر باشد.

همچنین یافته مطالعه حاضر منطبق با یافته مطالعه Gotlib و همکاران است که در آن نشان داده شد که فاصله سنی کم کارکنان به عنوان تسهیل‌گر ارتباطات بین حرفه‌ای عمل می‌نماید، اما تفاوت‌هایی در نتایج و دلایل آن وجود دارد. در مطالعه Gotlib و همکاران پزشکان مشاور مسن‌تر به دلیل فاصله سنی، احساس خودبرتری داشتند؛ بنابراین امکان برقراری ارتباط نزدیک و صمیمانه با آن‌ها فراهم نمی‌گردید (۲۵)، اما در مطالعه حاضر مقبولیت دانشجویان پزشکی از سوی کارکنان جوان‌تر و همچنین وجود درک، نیازها و نگرش‌های مشترک بین کارکنان هم سن و سال‌تر موجب برقراری ارتباطات مؤثر می‌گردید. این در حالی است که نتایج مطالعه Hargestam و همکاران نشان داد، متغیر سن در ارتباطات بین حرفه‌ای تأثیری ندارد (۳۰). همچنین نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه Creswick و همکاران (۳۱) مغایر می‌باشد که در آن کارکنان دارای سن و سابقه بیشتر با کارکنان کم سابقه، ارتباط مناسب‌تری داشته و نقش حمایتی را ایفا می‌نمودند (۳۱). یکی از دلایل این عدم تطابق می‌تواند ناشی از شلوغی بیش از حد اورژانس در مطالعه حاضر و عدم امکان کمک و یاری کارکنان با یکدیگر باشد.

داد که در جامعه مورد پژوهش، ارجحیت ارتباط با همکار با جنسیت یکسان و با توجه کمتر به شغل همکار، رابطه سلطه‌گرانه پزشک بر پرستار را تحت تأثیر خود قرار داده و عاملی مهم‌تر برای برقراری ارتباطات قلمداد گردیده است. این یافته نیز بیانگر اهمیت رعایت هنجارهای فرهنگی در جامعه مورد پژوهش می‌باشد.

مطالعه کیفی حاضر، تجربیات و دیدگاه مشاغل مختلف درمانی را در زمینه و فرهنگ ایران نشان داد. بنابراین باید به محدودیت مطالعه مانند سایر مطالعات کیفی مشابه از لحاظ احتیاط در تعمیم‌پذیری نتایج توجه داشت. بدین معنی که طبقه‌بندی حاصل از مطالعه حاضر در جامعه مورد بررسی قابل استفاده خواهد بود و کاربرد آن در جوامع مختلف نیاز به مطالعات دیگر دارد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد، ارتقای صلاحیت‌های حرفه‌ای کارکنان و توانمندی‌های دانشی و مهارتی آنان برای ایجاد ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر ضروری است. همچنین در به کارگیری کارکنان اورژانس باید به تشابهات دموگرافیک آن‌ها جهت تسهیل‌سازی ارتباطات بین حرفه‌ای توجه نمود. از آن‌جا که نتایج مطالعه حاضر ناشی از تجربه و درک واقعی شرکت‌کنندگان در این زمینه بوده است، بنابراین نتایج مطالعه می‌تواند در طراحی مداخلات مناسب جهت ارتقای ارتباطات بین حرفه‌ای به کار رود.

تشکر و قدردانی

از مسؤولین محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران و تمامی شرکت‌کنندگان محترم در پژوهش حاضر صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

همچنین Spencer و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که پزشکان و پرستاران ارشد اورژانس نسبت به کارکنان جدیدتر، میزان بیشتری از گسست‌های ارتباطی را تجربه می‌کنند و چنین نتیجه گرفتند که میزان گسست ارتباطی به نقش افراد بستگی دارد و دلیل این امر را مهارت و درگیری بیشتر کارکنان ارشد با رده‌های بالاتر برای هماهنگی و فعالیت‌های دیگر کارکنان معرفی نمودند (۳۲). برخی از مطالعات دیگر نیز بیان می‌کند که پزشکان و پرستاران ارشد و دارای سابقه بالاتر، گسست ارتباطی بیشتری دارند (۳۳). در مطالعه حاضر نیز ارتباط کارکنان جوان‌تر با یکدیگر نزدیک‌تر و بهتر بود و کارکنان با تفاوت سنی کم ارتباط بهتری با یکدیگر داشتند که دلیل آن قرابت افکار و عقاید در سنین خاص و نزدیک به هم و پذیرا بودن دانشجویان پزشکی برای پرستاران تازه‌کار و جوان بود.

در نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که عدم تفاوت جنسیتی به عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز ارتباطات بین حرفه‌ای مؤثر شناسایی گردید؛ به طوری که در فرهنگ حاکم بر محیط پژوهش، ارتباط بین زن و مرد از سوی اطرافیان زیر ذره‌بین بود و مطلوب تلقی نمی‌گردید. به همین دلیل کارکنان سعی می‌کردند با همکاران هم‌جنس خود ارتباط بیشتری داشته باشند و تفاوت شغل در این بین، نقش کم‌رنگ‌تری داشت. این یافته با نتایج مطالعه Hargestam و همکاران (۳۰) مغایر می‌باشد که دریافتند جنسیت تأثیری در ارتباطات بین حرفه‌ای بخش اورژانس ندارد (۳۰). همچنین بسیاری مطالعات از جمله مطالعه Sirota، تفاوت جنسیتی بین پزشکان و پرستاران (از آن جهت که بیشتر جمعیت پزشکان را اغلب مردان تشکیل می‌دهند و جمعیت پرستاران را اغلب زنان) را به عنوان عامل ارتباط سلطه‌گری و سلطه‌پذیری بین این دو قشر بیان نمودند (۳۴)، اما یافته مطالعه حاضر نشان

References

1. Scheeres H, Slade D, Manidis M, McGregor J, Matthiessen Ch. Communicating in hospital emergency departments. Prospect 2008; 23(2): 13-22.
2. Kishimoto M, Noda M. The difficulties of interprofessional teamwork in diabetes care: a questionnaire survey. J Multidiscip Healthc 2014; 7: 333-9.
3. Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. Professional communication between physician and nurses from the prospective of nurses. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery 2011; 7(1): 63-72. [In Persian].

4. Stein-Parbury J, Liaschenko J. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *Am J Crit Care* 2007; 16(5): 470-7.
5. Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *J Contin Educ Health Prof* 2008; 28(4): 228-34.
6. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004; 79(2): 186-94.
7. Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R. Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Med Wkly* 2010; 140: w13062.
8. Lingard L, Regehr G, Espin S, Whyte S. A theory-based instrument to evaluate team communication in the operating room: balancing measurement authenticity and reliability. *Qual Saf Health Care* 2006; 15(6): 422-6.
9. Coiera E. Communication in Emergency Medical Teams. In: Croskerry P, Cosby KS, editors. *Patient Safety in Emergency Medicine*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 181-7.
10. Federal Emergency Management Agency. IS-242.a: Effective Communication. Washington, DC: FEMA; 2010.
11. Coiera EW, Jayasuriya RA, Hardy J, Bannan A, Thorpe ME. Communication loads on clinical staff in the emergency department. *Med J Aust* 2002; 176(9): 415-8.
12. Fordyce J, Blank FS, Pekow P, Smithline HA, Ritter G, Gehlbach S, et al. Errors in a busy emergency department. *Ann Emerg Med* 2003; 42(3): 324-33.
13. Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *Int Emerg Nurs* 2010; 18(3): 127-37.
14. Redfern E, Brown R, Vincent CA. Identifying vulnerabilities in communication in the emergency department. *Emerg Med J* 2009; 26(9): 653-7.
15. Paltved Ch, Nielsen K, Musaeus P. A mixed methods observational simulation-based study of interprofessional team communication. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2013; 21(Suppl 2): A1.
16. Weiland TJ, Mackinlay C, Jelinek GA. Perceptions of nurse practitioners by emergency department doctors in Australia. *Int J Emerg Med* 2010; 3(4): 271-8.
17. Brixey JJ, Tang Z, Robinson DJ, Johnson CW, Johnson TR, Turley JP, et al. Interruptions in a level one trauma center: a case study. *Int J Med Inform* 2008; 77(4): 235-41.
18. Potter C. To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature. *Australasian Emergency Nursing* 2006; 9(2): 57-64.
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
20. Streubert Speziale H, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
21. Azimi Lolaty H, Ashktorab T, Bagheri Nesami M, Bagherzadeh Ladari R. Experience of Professional Communication among Nurses Working in Educational Hospitals: A Phenomenological Study. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2011; 21(85): 108-25.
22. Nugus P, Holdgate A, Fry M, Forero R, McCarthy S, Braithwaite J. Work pressure and patient flow management in the emergency department: findings from an ethnographic study. *Acad Emerg Med* 2011; 18(10): 1045-52.
23. Fairbanks RJ, Bisantz AM, Sunm M. Emergency department communication links and patterns. *Ann Emerg Med* 2007; 50(4): 396-406.
24. Woloshynowych M, Davis R, Brown R, Vincent C. Communication patterns in a UK emergency department. *Ann Emerg Med* 2007; 50(4): 407-13.
25. Gotlib CL, Reeves S, Dainty K, Kenaszchuk C, Zwarenstein M. Interprofessional communication with hospitalist and consultant physicians in general internal medicine: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 437.
26. Shannon D. Effective physician-to-physician communication: an essential ingredient for care coordination. *Physician Exec* 2012; 38(1): 16-21.
27. Sharon M. Lee. A review of language and other communication barriers in health care [Online]. [cited 2003]; Available from: URL: http://www.hablamosjuntos.org/resources/pdf/smleecomunication_and_health.pdf.
28. Jones D. The role of medical emergency team in the teaching hospital. [PhD Thesis]. Victoria, Australia: The University of Melbourne; 2009.
29. Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care* 2005; 19(Suppl 1): 188-96.
30. Hargestam M, Lindkvist M, Brulin C, Jacobsson M, Hultin M. Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open* 2013; 3(10): e003525.

31. Creswick N, Westbrook JI, Braithwaite J. Understanding communication networks in the emergency department. BMC Health Serv Res 2009; 9: 247.
32. Spencer R, Coiera E, Logan P. Variation in communication loads on clinical staff in the emergency department. Ann Emerg Med 2004; 44(3): 268-73.
33. Burley D. Better communication in the emergency department. Emerg Nurse 2011; 19(2): 32-6.
34. Sirota T. Nurse/physician relationships: improving or not? Nursing 2007; 37(1): 52-5.

Competency and Cultural Similarity: Underlying Factors of an Effective Interprofessional Communication in the Emergency Ward: A Qualitative Study

Nasrin Jafari Varjoshani¹, Mohammadali Hosseini², Hamidreza Khanke², Fazlollah Ahmadi³

Original Article

Abstract

Introduction: Despite its importance, interprofessional communication in emergency wards seems unfavorable. Identifying the underlying factors of an effective interprofessional communication can help care providers better design appropriate interventions. This study was designed to explore factors that influence interprofessional communication in the emergency wards.

Method: A qualitative study was conducted by means of semi-structured interviews with 22 participants with a variety of jobs, positions, ages, genders, and work experiences. Data analysis was performed with content analysis method with inductive approach.

Results: Data analysis revealed 4 categories of underlying effective factors of interprofessional communication in the emergency ward; knowledge and skill, communication skills, the positive effect of religion on communication, similar demographic characteristics. These 4 categories revealed the 2 main themes of competency and cultural similarity.

Conclusion: This study provided a better understanding of underlying factors in interprofessional communication in the emergency ward. Improving the knowledge and skills of health providers in the emergency ward, and employing personnel with common culture and demographic variables can improve interprofessional communication in the emergency ward. Interprofessional communication has a major role in the outcome of patient care and job satisfaction of staff; thus, it is of great importance.

Keywords: Interprofessional communication, Emergency ward, Underlying factors, Content analysis

Citation: Jafari Varjoshani N, Hosseini M, Khanke H, Ahmadi F. **Competency and Cultural Similarity: Underlying Factors of an Effective Interprofessional Communication in the Emergency Ward: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2014; 3(3): 292-303.

Received date: 24.07.2014

Accept date: 01.09.2014

1- PhD Student, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Mohammadali Hosseini PhD, Email: mahmaimy2020@gmail.com