

ادراکات پرستاران و پزشکان از الگوی ارتباط حرفه‌ای: یک مطالعه پدیدارشناسی

ابوالفضل فرهادی^۱، نسرين الهی^۲، رستم جلالی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به حوزه کاری مشترک پرستاران و پزشکان و مکمل بودن این دو حرفه، وجود ارتباطات حرفه‌ای اجتناب‌ناپذیر است. روابط حرفه‌ای مطلوب، موجب بهبود مراقبت‌های بهداشتی و کسب موفقیت پزشکان و پرستاران می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب پرستاران و پزشکان از ارتباط حرفه‌ای آنان با یکدیگر انجام شد.

روش: مطالعه با رویکرد کیفی و از نوع پدیدارشناسی توصیفی صورت گرفت. در مجموع، ۱۵ شرکت کننده از پرستاران (۸ نفر) و پزشکان (۷ نفر) طبق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه از آنان، داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند جمع‌آوری گردید. مصاحبه‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع ادامه یافت. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و روی کاغذ بازنویسی و مرور شد. از روش Colaizzi برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید و درون‌مایه‌ها استخراج شد.

یافته‌ها: با آنالیز مستمر داده‌ها و تجزیه و تحلیل دست‌نوشته‌های حاصل از مصاحبه‌ها، تعداد ۳۱۷ کد، ۴ طبقه اصلی و ۱۹ زیرطبقه پدیدار شد که یکی از این درون‌مایه‌ها، درک الگوی ارتباط بود. بر اساس این طبقه اصلی، ارتباط بین پزشکان و پرستاران توصیف گردید.

نتیجه‌گیری: بر اساس تجارب زیسته پرستاران و پزشکان از درک ارتباط حرفه‌ای می‌توان گفت که ارتباط حرفه‌ای بین پزشک و پرستار پدیده‌ای است که با درک الگوی ارتباط نمایان می‌شود و برای ارتقای کیفیت مراقبت، درمان بیماران و رضایت شغلی پرستاران و پزشکان لازم و ضروری است. ارتباط حرفه‌ای پرستاران و پزشکان، فرایندی است که عواملی مانند تعامل و همکاری و کنار آمدن، باعث تسهیل آن می‌شود و عواملی همچون عدم تعامل و همکاری، رابطه دستوری و اقتدارگرایانه و سپر بلا واقع شدن، این فرایند را تهدید می‌کند.

کلید واژه‌ها: عملکرد حرفه‌ای، پرستار، پزشک، مطالعه کیفی

ارجاع: فرهادی ابوالفضل، الهی نسرين، جلالی رستم. ادراکات پرستاران و پزشکان از الگوی ارتباط حرفه‌ای: یک مطالعه پدیدارشناسی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۲): ۲۰۱-۲۱۳.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۱۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۳۰

۱- دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی و مرکز تحقیق مراقبت پرستاری بیماری‌های مزمن، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران

۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

Email: elahi-n@ajums.ac.ir

نویسنده مسئول: نسرين الهی

مقدمه

ارتباط ترویج یا تبادل افکار، عقاید و یا اطلاعات به وسیله گفتار، نوشتار، سمبل‌ها و نشانه‌ها است. شایان توجه است که ارتباط فقط به شکل کلامی نیست (۱). ۹۳ درصد ارتباطات تحت تأثیر زبان بدن، نگرش و تن صدا است و فقط ۷ درصد از معانی و مفاهیم به وسیله کلمات واقعی گفته شده منتقل می‌شود (۲). توانایی برقراری ارتباط صحیح، یکی از مهارت‌های اساسی زندگی اجتماعی است. در حرفه‌های بهداشتی و درمانی، ارتباط و مهارت‌های ارتباطی نقش بسیار مهمی در رضایت کارکنان، بیماران و حل مشکلات آنان دارد (۳). پرستاران عضوی از جامعه بزرگ مراقبت سلامت هستند. پرستاری حرفه‌ای است که نیاز به کار تیمی و ارتباط دارد. برخی از صاحب‌نظران پرستاری توانایی برقراری ارتباط مناسب را قلب تمامی مراقبت‌های پرستاری می‌دانند. مقوله ارتباط همواره یکی از چالش برانگیزترین مسایل موجود در پرستاری بوده است (۴). منظور از ارتباطات حرفه‌ای، وجود احترام متقابل نسبت به ارزش‌های حرفه‌ای، توانایی‌های فردی، استفاده از دانش و تجربیات همکاران، نظرخواهی و مشورت با همکاران برای تصمیم‌گیری است (۳). با توجه به حوزه کاری مشترک پرستاران و پزشکان و مکمل بودن این دو حرفه، وجود ارتباطات حرفه‌ای اجتناب‌ناپذیر است. مطالعات نشان داده است که ارتباط مؤثر بین پزشک و پرستار می‌تواند منجر به نتایج مثبتی مثل افزایش تبادل اطلاعات، مداخلات مؤثر، بهبود ایمنی و امنیت، ارتقای روحیه کارکنان، افزایش رضایت بیماران، خانواده آنان و کاهش مدت اقامت در بیمارستان شود (۵، ۶). در مطالعه‌ای، ارتباط نامناسب بین پزشکان و پرستاران باعث کاهش کیفیت مراقبت، افزایش خطاهای پزشکی، کاهش ایمنی بیماران و افزایش زمان بستری شدن گردید (۷). شواهد موجود حاکی از وجود تنش در ارتباط حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان است (۸-۱۰، ۳). برخی از تحقیقات مؤید این مطلب است که تنش با پزشکان بیش از تنش با سایر همکاران منجر به ایجاد استرس در بیماران می‌گردد (۱۰). مطالعه Snelgrove و Hughes نشان داد که از دیدگاه پرستاران، رابطه بین پرستاران و پزشکان در

سطح مناسبی نبوده است (۱۱). مطالعه ضیغمی محمدی و حقیقی نشان داد که همکاری و ارتباط مناسبی بین پزشکان و پرستاران وجود داشته است (۱۲). در مطالعه‌ای، هنوز رفتارهای مخرب پزشکان نسبت به پرستاران وجود دارد. این رفتارهای نامناسب به طور معنی‌داری در بی‌علاقگی، کاهش رضایت شغلی، کاهش مراقبت از بیماران و ترک شغل پرستاران مؤثر بوده است (۱۳). برخی از مطالعات نیز ارتباط بین پزشک و پرستار را در حد متوسط ذکر کرده است (۱۴، ۱۵، ۳). عظیمی لولتی و همکاران پیشنهاد کردند که در خصوص مفهوم ارتباط بین پزشک و پرستار، باید دیدگاه پزشکان نیز مورد بررسی قرار گیرد تا دید جامع و منصفانه‌ای نسبت به این مفهوم جهت هماهنگی‌ها و بیان انتظارات و مداخلات لازم به دست آید (۴). برخی از مطالعات نیز نشان داده است که پزشکان دیدگاه‌های مثبت‌تری را در مورد همکاری و ارتباط با پرستاران دارند (۱۶، ۱۴). البته، تنش در روابط حرفه‌ای از دیرباز به شکل پنهان وجود داشته است (۳). امروزه عواملی چون گسترش و توسعه نقش‌های پرستاری، آکادمیک شدن حرفه پرستاری، توانایی قدرت تصمیم‌گیری، افزایش دانش پرستاران، گسترش حیطه کاری پرستاران و عدم اطاعت محض از پزشکان منجر به تشدید مشکل گشته است (۱۰). سال‌ها است که بحث‌های زیادی برای بهبود ارتباط بین پزشک و پرستار صورت گرفته است، اما هنوز این مشکل مبهم و بحث‌انگیز باقی مانده است (۵). اگرچه برخی از پرستاران و پزشکان عنوان می‌نمایند که روابط بین پرستاران و پزشکان در حال حاضر بهبود یافته است، اما شواهد بسیار کمی در این خصوص وجود دارد و حمایت از این دیدگاه نیاز به شواهد تحقیقاتی دارد (۳). بر خلاف وجود تحقیقات فراوان با رویکرد کمی در مورد ارتباط پزشک و پرستار، هنوز ادراکات و تجارب پرستاران و پزشکان نسبت به این پدیده به خوبی بررسی نشده است و تمرکز تحقیقات به طور عمده بر موانع ارتباط بین پزشک و پرستار بوده و سایر جوانب این ارتباط مورد توجه ویژه و عمیق قرار نگرفته است. از این‌رو، این سؤال مطرح می‌شود که پرستاران و پزشکان، ادراکات و تجارب خود را از ارتباط حرفه‌ای با یکدیگر چگونه

مرحله دوم، جمع‌آوری توصیف‌های شرکت

کنندگان از پدیده: از منظر انتخاب عرصه پژوهش محل اجرای تحقیقات کیفی عرصه می‌باشد. دلیل اجرای فرایند در عرصه دسترسی به محل طبیعی است که پدیده‌ها در آن رخ می‌دهد. بر این اساس، محل انجام تحقیق از پرستاران و پزشکان سایر شهرهای آبادان، شیروان، مشهد و تهران استفاده گردید. معیارهای انتخاب شدن شرکت کنندگان در مطالعه، دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه کار به عنوان پرستار و حداقل مدرک کارشناسی پرستاری برای پرستاران و داشتن حداقل ۵ سال سابقه کار و مدرک تحصیلی پزشکی عمومی و بالاتر برای پزشکان بود. همچنین، تمایل به بیان تجارب و دادن رضایت‌نامه آگاهانه از دیگر شرایط ورود به مطالعه در نظر گرفته شد. تعداد شرکت کنندگان در مصاحبه ۱۵ نفر بود. جمع‌آوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها پیش رفت. در مطالعه حاضر، اشباع داده‌ها در مصاحبه یازدهم رخ داد، اما برای اطمینان بیشتر مصاحبه با ۴ مشارکت کننده دیگر نیز انجام شد. در پژوهش با توجه به هدف، شرکت کنندگان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و تحت مصاحبه نیمه‌ساختاری قرار گرفتند. زمان و مکان مصاحبه‌ها با نظر شرکت کنندگان و بنابر تمایل آن‌ها بود. پژوهشگر قبل از هر مصاحبه، از شرکت کنندگان رضایت گرفت. در دو مصاحبه اول از سؤالات کلی و اصلی استفاده شد. از این‌رو، مصاحبه‌های اول و دوم بدون ساختار انجام شد. بعد از تحلیل مصاحبه‌های اول و دوم با توجه به مفاهیم استخراج شده، مصاحبه‌های بعدی به صورت نیمه ساختارمند با سؤالات هدایت کننده پیرامون ادراکات آنان از این ارتباط و شرایط مؤثر بر ارتباط حرفه‌ای پزشک و پرستار انجام گردید. در راهنمای مصاحبه، علاوه بر سؤالات اصلی، سؤالات دیگری نیز در خصوص ارتباط حرفه‌ای بین پزشک و پرستار گنجانده شده بود که تمرکز آن‌ها بر موضوع اصلی مطالعه بود. مدت هر جلسه مصاحبه ۳۰-۶۰ دقیقه بود. محقق در حین مصاحبه بر اساس پاسخ مشارکت کنندگان، برای روشن شدن جزئیات مربوط به پاسخ آن‌ها، با طرح سؤالات ژرف‌کاو و پیگیر در زمان مناسب، مصاحبه را به سمت روشن شدن پدیده مورد مطالعه پیش برد.

توصیف می‌کنند؟ به نظر می‌رسد که بررسی درک و تجارب پرستاران و پزشکان از این ارتباط می‌تواند منجر به افزایش آگاهی و کاهش پیش‌داوری‌ها و تفاسیر نادرست شود. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف تبیین و توصیف تجارب پرستاران و پزشکان از ارتباط حرفه‌ای آنان با یکدیگر و با رویکرد کیفی از نوع پدیدارشناسی انجام شد. پژوهشگر امیدوار است که نتایج تحقیق به درک عمیق‌تری از روابط حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان منجر شود.

روش

پژوهشگران پرستاری به منظور مطالعه پدیده‌های مورد توجه رشته پرستاری از روش‌های متفاوتی استفاده می‌نمایند. اولین سؤالی که پژوهشگران پرستاری در هنگام تصمیم‌گیری به انجام پژوهش باید به آن پاسخ دهند این است که «رویکرد مناسب برای مطالعه مفهوم مورد نظر کدام است؟» تمام پژوهش‌ها بر دیدگاه فلسفی خاصی استوار است که به آن پارادایم گفته می‌شود. انتخاب نوع رویکرد پژوهش، به سؤالات پژوهش و پارادایم پژوهش بستگی دارد (۱۷). با توجه به این که پدیده مورد توجه پژوهش حاضر، ارتباط حرفه‌ای بین پزشکان و پرستاران است و هدف آن توصیف و تبیین تجارب پرستاران و پزشکان از ارتباط حرفه‌ای آنان با یکدیگر به هنگام انجام کار بالینی است، بر پدیدارشناسی هاسرلی (پدیدارشناسی توصیفی) تمرکز گردیده و از روش Colaizzi برای تحلیل داده استفاده شده است. استفاده از این روش به دلیل توانایی آن در ارایه یک توصیف کامل و جامع از پدیده مورد مطالعه است (۱۸). این روش شامل نه مرحله است:

مرحله اول، توصیف پدیده مورد علاقه: محقق

برای آشنایی با زمینه مورد مطالعه از طریق مطالعه متون و تحقیقات انجام شده در ارتباط با پدیده مورد مطالعه به منظور ارتقای حساسیت نظری تمام تلاش خود را مصروف نمود و به بیان مسأله و اهمیت آن پرداخت و با تمرکز بر این سؤال وارد عرصه شد که پرستاران و پزشکان ادراکات و تجارب خود را از ارتباط حرفه‌ای با یکدیگر چگونه توصیف می‌کنند؟

توجه به وجوه مشترک، در قالب مضمون‌ها و زیرمضمون‌ها سازمان‌دهی شد.

مرحله هفتم، نوشتن توصیفی جامع از مضامین:

با ترکیب کردن کلیه عقاید استنتاج شده، یک توصیف کامل و جامع از جزییات پدیده تحت مطالعه به دست آمد.

مرحله هشتم و نهم: برای تأیید توصیفات به شرکت

کنندگان مراجعه شد و داده‌های جدید به توصیف جامع اضافه گردید.

اصل قابلیت اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد و وابستگی داده‌ها (Dependability)، اصل تأییدپذیری (Confirmability)، قابلیت انتقال (Transferability)، از اصولی است که جهت کسب دقت و استحکام داده‌ها مورد توجه قرار گرفت و اقدامات زیر انجام شد:

- محقق زمان کافی را جهت جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفت، رفت و برگشت بین متن مصاحبه‌ها و مضامین استخراج شده به طور مداوم تکرار شد و درگیری طولانی‌مدت (Prolong engagement) خود را حفظ نمود. در این پژوهش، از شرح مبسوط مراحل، چگونگی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها استفاده شد تا توسط ناظران خارجی قابل حسابرسی باشد. برای کسب اطمینان از این که دیدگاه‌های شخصی محقق در ساخت مضامین به شکل حداقلی بوده است، نقل و قول‌های مشارکت کنندگان متناسب با مضامین، ارایه گردید. مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان و استفاده از نظرات تکمیلی آنان نیز به عمل آمد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شد. همچنین، بررسی دقیق داده‌ها توسط دو ناظر مجرب نیز انجام شد. پژوهشگر در زمان گزارش نتایج تحقیق کلیه مراحل کار را به طور دقیق و جزء به جزء ذکر نموده تا امکان استفاده از آن در سایر مطالعات فراهم شود.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، با تعیین وقت قبلی و قبل از شروع مصاحبه، بیان هدف تحقیق برای شرکت کنندگان، اجازه استفاده از ضبط صوت برای ضبط مصاحبه و گرفتن رضایت‌نامه کتبی به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده فقط در جهت اهداف تحقیق استفاده خواهد شد، در اختیار افرادی غیر از تیم تحقیق گذاشته

در حین مصاحبه، از یادداشت‌برداری نیز در مورد تعاملات و رفتارهای غیر کلامی مشارکت کنندگان استفاده شد. محقق سعی نمود از یادآورنویسی نیز برای روشن‌تر شدن ایده‌های استخراج شده استفاده نماید. بدین منظور، محقق حین یا پس از اتمام هر مصاحبه، یادآورها را ثبت و از آن‌ها برای جمع‌آوری داده‌های غنی‌تر و توسعه تحلیل استفاده نمود.

مرحله سوم، مطالعه همه توصیف‌های شرکت

کنندگان از پدیده: در این مرحله، مصاحبه‌ها بر روی کاغذ نوشته شد. توصیف‌های هر یک از شرکت کنندگان به منظور درک و هم‌احساس شدن با آن‌ها، توسط پژوهشگر چندین بار مطالعه شد.

مرحله چهارم، مراجعه به دست‌نوشته‌های

اصلی و استخراج جملات و عبارات اصلی: در این مرحله، مطالب مهم در رابطه با پدیده مورد مطالعه استخراج شد و زیر عبارات مهم خط کشیده شد.

مرحله پنجم، سعی در فهمیدن معنی هر جمله

اصلی: در مرحله پنجم، معانی عبارات مهم فرموله گردید و کدها استخراج شد.

مرحله ششم، سازمان‌دهی مجموع معانی شکل

گرفته در خوشه‌هایی از مضامین: در این مرحله هم‌گروه کردن کدها و سازمان‌دهی مجموع معانی شکل گرفته در خوشه‌هایی از مضامین انجام شد. بدین ترتیب، سایر کدها نیز دسته‌بندی شد و سایر مضامین اولیه به دست آمد. سپس، مضمون‌های اولیه دسته‌بندی شد و مضامین اصلی نوشته شد. به عنوان مثال، مضمون‌های اولیه «رابطه دستوری و اقتدارگرایانه، تعامل و همکاری، کنار آمدن و سپر بلا بودن» هم‌گروه شد و مضمون اصلی «الگوی ارتباط» شکل گرفت.

کلیه کدها و مضامین استخراج شده از مصاحبه‌ها جهت تبادل نظر و رسیدن به توافق کلی در مورد آن‌ها برای استادان راهنما ارسال گردید. دست‌نوشته‌ها و کدهای استخراج شده از آن‌ها توسط شرکت کنندگان مرور شد و از نظرات تکمیلی آنان استفاده شد. به طور کلی، جملات و بندهای متعلق به هر کدام از مصاحبه‌ها به طور مجزا از مصاحبه‌های دیگر و با

اصلی پدیدار شد که یکی از این درون‌مایه‌ها، درک الگوی ارتباط بود. بر اساس این طبقه اصلی، ارتباط بین پزشکان و پرستاران توصیف گردید. این طبقه اصلی از ۴ زیرطبقه رابطه دستوری و اقتدارگرایی، تعامل و همکاری، کنار آمدن و سپر بلا بودن تشکیل شد (جدول ۱).

درک الگوی ارتباط

در مطالعه حاضر، اکثر شرکت کنندگان بر اهمیت ارتباط مناسب بین پزشکان و پرستاران تأکید نمودند. اگرچه معتقد بودند که در حال حاضر الگوی ارتباطی مناسبی بین آنان وجود ندارد. به هر حال، یکی از طبقات اصلی که از تحلیل داده‌ها در مطالعه حاضر به دست آمد، درک الگوی ارتباط بود که با زیرطبقات رابطه دستوری و اقتدارگرایی، تعامل و همکاری، کنار آمدن و سپر بلا بودن در ارتباط بود.

رابطه دستوری و اقتدارگرایی: این مفهوم بر اهمیت نبودن رابطه دستوری و اقتدارگرایی در ارتباط بین پزشکان و پرستاران تأکید دارد و دارای ۴ طبقه فرعی سلسله مراتب در ارتباط، احساس بالاتر بودن جایگاه پزشک، پرستار به عنوان زیردست، پزشک به عنوان مدیر و رییس تیم درمان بود.

نخواهد شد و نتایج به صورت مقاله انتشار خواهد یافت. در طول تحقیق و بعد از آن نیز نامی از آن‌ها برده نشد و ادامه همکاری آنان در طول پژوهش داوطلبانه بود. تحقیق با اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی اهواز و ارایه به بیمارستان‌ها و شرکت کنندگان انجام شد. رعایت اصل ضرر و زیان (پژوهش نباید به مشارکت کنندگان زیان برساند) و رعایت اصل رازداری نیز مد نظر قرار گرفت. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.AJUMS.REC.1394.32 بود.

یافته‌ها

در مجموع، ۸ شرکت کننده از پرستاران و ۷ شرکت کننده از پزشکان شاغل در بیمارستان‌های آبادان، شیروان، مشهد و تهران مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. تعداد ۶ نفر از پرستاران دارای مدرک کارشناسی و ۲ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. تعداد ۶ نفر از پزشکان دارای تخصص و یک نفر از آنان پزشک عمومی بود. میانگین سابقه کار پرستاران ۸/۵ سال و میانگین سابقه کار پزشکان ۹/۴ سال بود. از تحلیل داده‌ها پیرامون ارتباط حرفه‌ای آنان با یکدیگر تعداد ۳۱۷ کد، ۱۹ زیرطبقه و ۴ طبقه

جدول ۱. فرایند شکل‌گیری طبقات فرعی، زیرطبقات و طبقات اصلی درک الگوی ارتباط

طبقه اصلی	زیرطبقات	طبقات فرعی
درک الگوی ارتباط	رابطه دستوری و اقتدارگرایی	- سلسله مراتب در ارتباط - احساس بالاتر بودن جایگاه پزشک - پرستار به عنوان زیردست - پزشک به عنوان مدیر و رییس تیم درمان - رابطه همکاری
	تعامل و همکاری	- پرستار به عنوان عضوی از تیم درمان - مشارکت پرستار در تصمیم‌گیری برای بیمار - بی‌توجهی به نظرات پرستار - عدم تعامل و همکاری - سهیم نکردن پرستار در تصمیم‌گیری برای بیمار
	کنار آمدن	- تحمل یکدیگر - درک شرایط یکدیگر - سعه صدر
	سپر بلا بودن	- پرستار به عنوان اولین مجرم - پرستار به عنوان مقصر - پرستار به عنوان سپر بلا

شرکت کنندگان معتقد بودند که سلسله مراتب در ارتباطات باید رعایت شود، اما اعمال قدرت سبب می‌شود که پرستار تحقیر شود و از حرمت پرستاری کاسته می‌شود. حتی پزشکان نیز اظهار داشتند، هنگامی که پزشکان روش‌های غیر دستوری و احترام‌آمیز را در ارتباطات دارند، رضایت پرستاران بالاتر است، اما در عین حال اذعان داشتند که ارتباط آنان با پرستاران در بسیاری از موارد اقتدارگرایانه و دستوری است. شرکت کنندگان در این رابطه بیان کردند که: «پزشک وقتی که در محیط کار قرار می‌گیرد، خودش خیلی در سطح بالاتر قرار می‌دهد و...» (پرستار کد ۱).

«دوست دارم هر کاری رو برای مریض انجام بدم، حتی اگه به چشم مردم زشت باشه، اما از این که پزشک به من بگه چی کار بکن و اون هر دستوری می‌ده انجام بدم، متنفرم. بیشترین مشکل من در ارتباط با پزشک اینه که اونا به من به عنوان یک زیردست نگاه می‌کنن، نه به عنوان یک همکار یا یک حرفه‌ای از این حالت نگاه کردن پزشک به پرستار رنج می‌برم و...» (پرستار کد ۶). «پزشک به عنوان مسؤول تیم است و در مواردی که ضرورت سرعت انجام کار باشه یا آمادگی کافی وجود نداشته باشه که احتمال خطر جانی برای بیمار وجود داشته باشه، برخوردهای جدی اما نه توهین‌آمیز خواهد داشت. به عنوان مسؤول تیم درمان، گاهی لازم می‌شه که امر کنه و دستور بده و این برای بهبود مریض است نه تخریب همکار. هر کار گروهی نیاز به یک مدیر داره. در تیم درمان هم پزشک مدیر تیم است و...» (پزشک کد ۱). «همکاری ما مثل پادگان نظامی یقه پرستار را می‌گیرن و این خوب نیست و...» (پزشک کد ۴).

تعامل و همکاری: تعامل و همکاری مورد دیگری بود که شرکت کنندگان در رابطه با درک الگوی ارتباط به آن اشاره کردند. اکثر پزشکان شرکت کننده در مطالعه معتقد به وجود رابطه تعامل و همکاری بین پزشکان و پرستاران بودند؛ در حالی که اکثریت پرستاران معتقد بودند که چنین رابطه‌ای وجود ندارد. آنان در این خصوص عنوان کردند که: «به نظر من در مجموع یک ارتباط خوب و توأم با همکاری و احترام بین پزشک و پرستار وجود داره و فکر می‌کنم که نظر همکاران دیگرمون هم همین

طوره، ولی اگر اطلاعات پرستار خوب باشه قطعاً پزشک در تصمیم‌گیری‌هایش نظرات پرستار را لحاظ می‌کنه. ببینید الان آقای دکتر از پزشکان قدیمی بیمارستانه و در بسیاری از موارد پرستار را صدا می‌زنه و با پرستار مشورت می‌کنه و به کار تیمی توجه می‌کنه و...» (پرستار کد ۳). «به نظر من پرستاری یک کار تیمیه و نیاز به ارتباط بین پزشک و پرستار وجود داره. هیچ وقت احساس نکرده‌ام که پزشک از موضع مقررات و از موضع بالاتر به من دستور می‌ده. رابطه‌شون با من دوستانه و همکارانه بوده» (پرستار کد ۴). «پزشکان ما را به عنوان افراد حرفه‌ای دارای تحصیلات دانشگاهی قبول ندارن. ما را در تصمیم‌گیری برای بیمار دخالت نمی‌دن» (پرستار کد ۵). «درمان یک کار تیمی است. در این تیم، پزشک و پرستار و سایر بخش‌ها مثل... باید با همدیگر همکاری داشته باشند. رابطه پزشک و پرستار یک رابطه همکاری دو طرفه است. این رابطه هم رابطه علمی هست، هم رابطه دوستانه و عاطفی است و هم یک رابطه کاری. بارها و بارها اتفاق افتاده که پرستار به من در امر نوشتن Order برای بیمار به من کمک کرده» (پزشک کد ۱). «پرستار به عنوان یک همکار و به عنوان عضوی از تیم درمان است. هر کدام از ما (پزشک و پرستار) بنا به دانشی که داریم، تجربه‌ای که داریم، کار و وظیفه‌ای که داریم یک بخشی از کار را بهتر و دقیق‌تر می‌بینیم. حالا اگر همه این دانش‌ها و تجربیات به اشتراک گذاشته بشه، برای تصمیم‌گیری برای بیمار قطعاً به نفع مریض خواهد بود. کار پرستار یک کار تخصصی است و فرد دیگری نمی‌تونه کار او را انجام بده و ما نیاز به ارتباط با اونا داریم» (پزشک کد ۲). «بارها بوده ما دستورات نادرستی را دادیم، ولی پرستار به ما گوشزد کرده و ما پذیرفتیم. اگر نظرات سازنده و صحیح پرستار را نپذیریم، این نشون دهنده جهل و نادانی ما است که نتوانستیم خودمونو با اطلاعات علمی روز هماهنگ کنیم» (پزشک کد ۶). «هر نیروی پرستار تازه‌ای که به بخش میاد، خودم پیش‌قدم می‌شم و خودم رو معرفی می‌کنم و از ایشان می‌خوام که خودشو معرفی کنه و بعد گام به گام و با حوصله نحوه همکاری را آموزش می‌دم و ازش می‌خوام که با من سر ویزیت بیاد و یاد بگیره، خرده‌گیری هم نمی‌کنم» (پزشک کد ۷).

بحث

هدف مطالعه حاضر، تبیین تجارب پرستاران و پزشکان از ارتباط حرفه‌ای آنان با یکدیگر، با توجه به تجارب واقعی آنان بود تا بتوان به دانشی غنی در این رابطه دست یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها و یافته‌های پژوهش در نهایت نشان داد که درک الگوی ارتباط، یکی از طبقات اصلی ارتباط حرفه‌ای پرستاران و پزشکان با یکدیگر است. از این‌رو، این طبقه اصلی مورد بحث قرار گرفت.

درون‌مایه درک الگوی ارتباط، در رابطه با زیرطبقات رابطه اقتدارگرایانه و دستوری، تعامل و همکاری، کنار آمدن و سپر بلا قرار گرفتن بود. یکی از مسایل عمده‌ای که بسیاری از شرکت کنندگان در رابط با طبقه اصلی درک الگوی ارتباط از آن صحبت نمودند، مسأله رابطه اقتدارگرایانه و دستوری بود. شرکت کنندگان (پرستاران و پزشکان) معتقد بودند که سلسله مراتب در ارتباطات باید رعایت شود، اما اعمال قدرت سبب می‌شود که پرستار تحقیر شود و از حرمت پرستاری کاسته شود. حتی پزشکان نیز اظهار داشتند که هنگامی که پزشکان روش‌های غیر دستوری و احترام‌آمیز را در ارتباطات دارند، رضایت پرستاران بالاتر است، اما در عین حال اذعان داشتند که ارتباط آنان با پرستاران در بسیاری از موارد اقتدارگرایانه و دستوری است.

در مطالعه رستمی و همکاران، ۲۹/۱۵ درصد شرکت کنندگان در مطالعه، موافق با این موضوع بودند که رابطه پزشکان با پرستاران یک رابطه ریسی- مرقوسی است و ۴۲/۱ درصد مخالف با این موضوع بودند (۳). در مطالعه عظیمی لولتی و همکاران پرستاران اذعان نمودند که رابطه پزشکان با پرستاران یک رابطه دستوری است. پزشک فکر می‌کند که در رأس هرم می‌باشد و پرستار پایین است (۴). مشارکت کم در تصمیم‌گیری، سبب فقدان ارزش فردی، احساس زیردست بودن و کاهش اعتماد می‌گردد (۱۹).

مطالعات نشان داده است که رابطه دستوری پزشک- پرستار اثرات منفی بر ارتباطات آن‌ها دارد (۲۱، ۲۰). در مطالعه‌ای سه الگو ۱- الگوی فرودست- فرادست، ۲- الگوی وابستگی- استقلال و ۳- الگوی همکاری- مشارکت در

کنار آمدن: کنار آمدن مورد دیگری بود که شرکت کنندگان در رابطه با درک الگوی ارتباط به آن اشاره کردند. بیانات پرستاران شرکت کننده در مطالعه حاکی از تحمل، سعه صدر، خود کنترلی و کنار آمدن آنان در برابر رفتارهای مخرب پزشکان بود. «گاهی اوقات پیش آمده که ارتباط پزشک با من خوب نبوده که اکثراً تحت تأثیر عواملی مثل عصبانیت قبل از شروع، محیط، بحث با خانواده یا همکاران و مسایل دیگر بوده. باید در این شرایط همدیگر را درک کنیم و سعه صدر داشته باشیم» (پرستار کد ۱). «هم پرستار و هم پزشک در محیط‌های پر تنش بیمارستانی باید یکدیگر را تحمل کنند. ببینید، خود پزشکان هم اکثراً عجله دارند و خیلی سریع بیمارستان را ترک می‌کنند تا...» (پرستار کد ۲). «اگر هم پرستار خطایی داشت، باید اصلاح کنیم نه توهین» (پزشک کد ۷). «گاهی اوقات همکار پرستار ما موقعیت خاصی دارد. مثلاً بارداره، من رعایت حالش رو می‌کنم و پرستار از این که درکش می‌کنم بسیار خوشحال می‌شن» (پزشک کد ۴).

سپر بلا بودن: سپر بلا بودن مسأله دیگری بود که برخی از شرکت کنندگان در مورد درک الگوی ارتباط از آن صحبت نمودند. آنان اشاره داشتند که پرستاران در بسیاری از مواقع سپر بلا قرار می‌گیرند. «یک سری یک مریض بدحال شده بود، با خانم دکتر تماس گرفتیم اومد تو بخش و قبل از انجام هر کاری سریعاً به پرستار می‌توپید و من در مقابلش ایستادم و گفتم که ما کوتاهی نکردیم. من به دکتر گفتم ما از سر شب با شما تماس گرفتیم. باید زودتر می‌اومدی، چرا تقصیر خودت را می‌ندازی گردن ما؟» (پرستار کد ۸). «اگر اتفاقی بیفته، دنبال این که یک مجرم به نام پرستار پیدا کن» (پرستار کد ۵). «هر مشکلی که پیش میاد، می‌گن کارهای پرستاری درست انجام نشده و تقصیر را گردن پرستار می‌اندازن» (پرستار کد ۶). «پرستار نباید سپر بلا قرار بگیره. اگر مشکلی به وجود آمد، باید بررسی بشه چه کسی مقصر بوده. گاهی اوقات ممکنه بعضی از پزشکان تقصیرات را به گردن پرستار بیندازن، اما به نظر من این کار غیر حرفه‌ای است» (پزشک کد ۴).

روابط حرفه‌ای به دست آمد. حاکمیت الگوی فرودست-فرا دست و وابستگی-استقلال بیشتر از الگوی همکاری-مشارکت است. از این رو، روابط حرفه‌ای پرستار و پزشک به صورت عمودی و نابرابری قدرت حرفه‌ای تعریف شده است. در الگوی فرودست-فرا دست، پزشک دارای یک نقش فعال و مسلط بر کار خود و نیز واجد قدرت کنترل بر کار پرستار است، اما در مقابل پرستار نقشی منفعل و تابع داشته و تنها بر اساس دستورات پزشک عمل می‌کند. در الگوی وابستگی-استقلال، پرستار در عین توانمندی برای ایفای نقش مستقل حرفه‌ای، همچنان وابسته به پزشک، بدون اعلام نظر و ارزیابی تخصصی عمل می‌کند. در این جا مانع جدی استقلال، عدم توانایی پرستار نیست، بلکه عدم شکل‌گیری خودآگاهی و خودباوری حقیقی او است. این موضوع باعث شده پرستاران هنوز احساس کنند که نیازمند متابعت از پزشک هستند. در الگوی همکاری-مشارکت، پزشک و پرستار ضمن مذاکره مطلوب، مرزهای حرفه‌ای مستقل یکدیگر را به رسمیت می‌شناسند و هر یک در تأمین سلامت بیمار دارای حوزه تشخیص، اقدام و مسؤولیت‌های مشخصی هستند (۲۲).

در محیط‌های بهداشتی-درمانی با فرهنگ سلسله مراتبی، پزشکان در رأس قرار می‌گیرند؛ در حالی که پرستاران و دیگر کارکنان بهداشتی درمانی احساس می‌کنند که در قسمت‌های پایین‌تر سلسله مراتب قرار دارند و تمایل دارند که در مورد مسایل صحبت نکنند و نگرانی‌های خود را بیان نکنند. رفتار تهدیدآمیز افراد بالای سلسله مراتب نیز می‌تواند یک مانع ارتباطی باشد (۲۳). دیدگاه کلیشه‌ای موجود در جامعه که پرستاران را به عنوان مشارکت کننده، کمک کننده و پزشکان را به عنوان تشخیص دهنده و بالادست می‌داند، سبب مشکلات ارتباطی و سوء تفاهات می‌شود (۲۴). ارتباط پزشک و پرستار بر اساس ارتباط بالادست-زیردست اثرات منفی بر این ارتباط می‌گذارد (۴). به هر حال، ارتباط دستوری از بحث برانگیزترین طرح‌های ارتباطی است. ارتباط دستوری مانعی برای شرکت فعال پرستاران بر اساس دانش و صلاحیت‌های حرفه‌ای در فرایند تصمیم‌گیری است و منجر به جدایی پزشکان و پرستاران از هم و مهار کننده ارتباط

است. در گذشته، به علت وجود نظام سلسله مراتبی و یک جانبه بودن خطوط ارتباطی و تصمیم‌گیری در بیمارستان، همه کارکنان بیمارستان زیر نظر پزشکان انجام وظیفه می‌کردند، اما سازمان جدید بیمارستان حکم می‌کند که خطوط ارتباطی در تمام سطوح از سلسله مراتب بیمارستان جریان داشته باشد. بسیاری از پرستاران علت بروز رفتارهای نامناسب پزشکان نسبت به پرستاران مانند توهین، تحقیر، گستاخی، بی‌ادبی، بی‌توجهی و تهدید را ناشی از سنت سلسله مراتبی می‌دانند که در آن پزشک در رأس قرار می‌گیرد و به پرستاران به عنوان خدمتکار نگریسته می‌شود، تا این که به آنان به عنوان همکاران حرفه‌ای ارزشمند نگریسته شود (۱۳).

تعامل و همکاری مورد دیگری بود که شرکت کنندگان در رابطه با درک الگوی ارتباط به آن اشاره کردند. اکثر پزشکان شرکت کننده در مطالعه معتقد به وجود رابطه تعامل و همکاری بین پزشکان و پرستاران بودند؛ در حالی که اکثریت پرستاران معتقد بودند که چنین رابطه‌ای وجود ندارد. در مطالعه زمانی و همکاران نیز پزشکان اذعان به رعایت همکاری با پرستاران در تجویز داروها را داشتند، ولی پرستاران معتقد بودند که پزشکان چنین همکاری ندارند (۲۵). مطالعه‌ای نشان داد که بسیاری از پزشکان نظرات پرستاران را برای مدیریت بیمار در نظر نمی‌گیرند و وقت کافی را برای مشارکت و تعامل با پرستاران ندارند و بیشتر عجله داشته و شتابزده هستند (۲۶). مطالعه مهرابی نیز نشان داد که الگوی مشارکت و همکاری بین پزشک-پرستار حاکمیت کمتری نسبت به دو الگوی فرادست-فرودست و وابستگی-استقلال دارد (۲۲). در مطالعه رستمی و همکاران از دیدگاه پرستاران فقط ۱۳/۴ درصد از پزشکان ارتباط خوبی با پرستاران داشتند و عدم نظرخواهی پزشکان از پرستاران مهم‌ترین عامل ایجاد کننده اختلال در ارتباط حرفه‌ای آنان بود. در مطالعه آنان فقط ۲۰/۷ درصد پرستاران عنوان نمودند که پزشکان فرصت مشارکت در تصمیم‌گیری را برای پرستاران فراهم می‌کنند (۳). همکاری و مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی کم ذکر شده است (۲۸، ۲۷).

ارتباط پزشک و پرستار شامل تعامل متقابل در امر مراقبت

ارزش کار پرستاران را درک نکنند، تمایلی به همکاری با پرستاران نخواهند داشت و به صحبت‌های پرستاران در مورد بیمار اهمیت نخواهند داد. باید توجه داشت، زمانی که رویکرد بر اساس فلسفه بیمارمحوری باشد، بهترین نوع تعامل و همکاری به وجود خواهد آمد (۱۳). مهم‌ترین راه حل در زمینه ایجاد همکاری میان پرستاران و پزشکان، ایجاد کلاس‌های مشترک میان آنان جهت مشخص شدن توقعات، انتظارات و تعیین شرح وظایف جهت افزایش ضریب اطمینان و کاهش تداخل در وظایف است (۹).

کنار آمدن، مورد دیگری بود که شرکت کنندگان در رابطه با درک الگوی ارتباط به آن اشاره کردند. بیانات پرستاران شرکت کننده در مطالعه حاکی از تحمل، سعه صدر، خودکنترلی و کنار آمدن آنان در برابر رفتارهای مخرب پزشکان بود. این نتیجه، با نتایج مطالعات زیر همخوانی دارد. عظیمی لولتی و همکاران نیز بر کنار آمدن و سازگاری تأکید کرده و معتقدند که برای سازگاری با تغییرات، فشارها و نیازهای بهداشتی و مراقبتی پیچیده، نیازمند پرستارانی است که از تحمل کافی برخوردار باشند (۴). در مطالعه زمانی و همکاران نتایج به دست آمده نشان داد که ۹۶/۳ درصد پزشکان موافق و به طور کامل موافق با این موضوع بودند که در ارتباط با پرستاران باید به شرایط روحی و ذهنی طرف مقابل توجه شود و آن‌ها را درک کرد (۲۵). واقعیت این است که برخی از پزشکان چنین ایده‌هایی در عمل رعایت نمی‌کنند و تجارب شرکت کنندگان در مطالعه حاضر نیز حاکی از این مسأله بود.

صاحب‌نظران کنار آمدن (Coping) را به عنوان تلاش‌های رفتاری و شناختی شخص برای کنترل خواسته‌های درونی و بیرونی در مواجهه با محیط احاطه کننده فرد تعریف کرده‌اند (۳۰). واکنش‌های کنار آمدن نسبت به تنش شامل فعالیت‌هایی در بعد اجتماعی و معنوی فرد می‌باشد. این واکنش‌ها در حقیقت به عنوان عامل آرام کننده و ثبات‌بخشی نگریسته می‌شود که می‌تواند افراد را در حفظ و نگهداری آرامش روانی خود در طی رخدادهای پراسترس یاری نماید. بنابراین، واکنش واقعی به یک واقعه محیطی

از بیمار برای دستیابی به یک هدف درمانی است (۵). فرایند ارتباط از ماهیتی تعاملی و پویا برخوردار است (۲۹). مشارکت کم در تصمیم‌گیری سبب کاهش ارزش فردی، احساس زیردست بودن، کاهش اعتماد به نفس، کاهش رضایت شغلی، یأس و ناامیدی و نداشتن انگیزه می‌شود؛ در حالی که مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها اثرات مثبت زیادی مانند افزایش اعتماد به نفس، تصمیم‌گیری بهتر، تقویت احترام انسانی و جایگاه اجتماعی، ایجاد انگیزه، مسؤولیت‌پذیری و بهبود روحیه کار گروهی می‌شود (۱۹). همان طور که ملاحظه گردید، ادراکات پرستاران و پزشکان در خصوص تعامل و همکاری متفاوت بود. پرستاران به طور خاص احساس رضایت کمتری نسبت به پزشکان در رابطه با الگوهای تعاملی داشتند. آنان اظهار داشتند، نیاز دارند که نظرات آن‌ها باید بیشتر مورد توجه پزشکان قرار گیرد. به نظر می‌رسد که این تفاوت ادراک ناشی از نگرش‌ها، آموزش‌ها، آداب و رسوم و هنجارهای حرفه‌ای آنان باشد. متأسفانه، در فرایند جامعه‌پذیری حرفه‌ای، هر یک از حرفه‌ها بر دیسپلین حرفه خود تأکید دارند و به نقاط قوت سایر رشته‌ها توجه نمی‌کنند تا باعث تقویت مهارت‌های همکاری بین آنان گردد. همکاری میان رشته‌ای برای افراد با مجموعه مهارت‌ها و دانش پایه مختلف منجر به تولید راه حل‌های خلاقانه برای مراقبت از بیمار می‌گردد. برای دستیابی به این راه حل‌های خلاقانه، هر یک از حرفه‌ها باید از ایجاد پیش‌فرض‌ها در مورد دیگر حرفه‌ها اجتناب کنند و تلاش خود را صرف یادگیری دیدگاه‌های حرفه‌های دیگر نمایند (۷). مسأله دیگر توجه به تفاوت در رویکردهای پرستاران و پزشکان در مورد همکاری است. اکثر پزشکان به مهارت‌های همکاری و ارتباط به عنوان یک قسمت از آموزش‌های عمومی پزشکی فکر نمی‌کنند و بسیاری از آن‌ها از ابراز عواطف خودداری می‌کنند و به نقطه نظرات پرستاران در مورد مراقبت از بیمار گوش نمی‌کنند. عامل دیگری که می‌تواند به این تفاوت ادراک دامن بزند، مسأله تفاوت استقلال و اقتدار است. یکی دیگر از فاکتورهای مؤثر در این زمینه، این است که پزشکان خود را در مرتبه‌ای بالاتر از پرستاران می‌دانند. تا زمانی که پزشکان ندانند و یا ارزش مشاهدات و قضاوت و

سعی در سازگاری و تحمل معضلات داشته باشند و به نحوی با مثبت‌نگری، گذشت و فداکاری سعی در کاهش مشکلات ارتباطی داشته باشند (۳۳). به عنوان یک پرستار و یک پزشک مهم است که همدیگر را درک کرد، تفاوت‌های یکدیگر را تحمل نمود و به مصلحت و سودرسانی به یکدیگر اندیشید تا مراقبت بهتری از بیمار به عمل آید (۳۴). جهت بهبود کیفیت ارتباطات و مراقبت‌های پرستاری، پرستاران باید از سیاست تساهل و مدارا بهره گیرند (۳۵).

سپر بلا بودن مسأله دیگری بود که برخی از شرکت کنندگان در مورد درک الگوی ارتباط از آن صحبت نمودند. آنان اشاره داشتند که پرستاران در بسیاری از مواقع سپر بلا قرار می‌گیرند. این یافته با نتایج حاصل از دیگر مطالعات هماهنگی دارد (۳۷، ۳۶، ۲۶، ۳). Daniel و Rosenstein در مطالعه خود دریافتند که در طول یک سال در ۹۰ درصد موارد حداقل یک بار پرستاران در معرض آزار کلامی پزشکان قرار گرفته بودند (۳۶). در بسیاری از موارد مانند عصبانی بودن و فشار کاری پزشک، پرستاران سپر بلا قرار می‌گیرند و برخوردهای نامناسبی با پرستاران صورت می‌گیرد (۲۹). در پژوهشی عنوان گردید که اگر کوچکترین مشکل در امر مراقبت و درمان بیمار به وجود آید، اولین کسی مورد انتقاد قرار می‌گیرد، پرستار است. همین کافی است تا پرستاران نسبت به کارشان بی‌علاقه شوند (۲۶). در مطالعه رستمی و همکاران ۳۱ درصد پرستاران معتقد بودند که در صورت بدتر شدن وضعیت بیمار، پزشکان پرستاران را مورد مؤاخذه قرار می‌دهند (۳).

در مطالعه حاضر، هم پزشکان و هم پرستاران ادراکاتی مبنی بر سپر بلا واقع شدن پرستاران داشتند. باید توجه داشت که سپر بلا قرار دادن پرستاران، یک کار غیر حرفه‌ای و بی‌فایده است. تمایل و شجاعت برای پذیرش بار مسئولیت در قبال نتایج به دست آمده برای بیمار باعث ایجاد همکاری توأم با احترام و اعتماد خواهد شد. اجتناب از سرزنش پرستاران باعث تقویت کار گروهی مثبت و جلوگیری از یأس و ناامیدی پرستاران خواهد شد. سپر بلا قرار دادن پرستاران نوعی ظلم به آنان است و باعث تخریب احترام آنان خواهد شد (۱۳).

ممکن است به اندازه خود رخداد مهم باشد (۳۱). در حرفه پرستاری نیز چند نظریه و مدل در ارتباط با چگونگی کنار آمدن و سازگاری با تنش‌ها مطرح گردیده است که مدل سازگاری Roy از آن جمله است. در مدل سازگاری Roy انسان به عنوان یک سیستم سازگار چند بعدی است که در تعامل دایم با محیط داخلی و خارجی می‌باشد و وظیفه اصلی سیستم انسان حفظ یکپارچگی در مواجهه با محرک‌های محیطی است. سازگاری (Adaptation) به فرایند و پیامدی اطلاق می‌شود که موجب آن تفکر و احساس افراد یا گروه‌ها با بهره‌گیری از آگاهی هوشیارانه و انتخاب، یکپارچگی انسان با محیط را خلق می‌نمایند. یکی دیگر از مدل‌های مطرح در پرستاری در ارتباط با سازگاری و کنار آمدن با تنیدگی‌ها می‌توان از مدل پرستاری حفاظتی Levene نام برد که بر اساس این مدل افراد از طریق محافظت می‌توانند هنگام مواجهه با موانع با آن‌ها تطابق یابند و فردیت خود را حفظ کنند. در مدل Levene، هر فرد دارای محیط داخلی و خارجی است و به اعتقاد وی محیط خارجی هر فرد دارای سه سطح ادراکی، عملیاتی و پنداشتی است و تعامل بین محیط‌های درونی و بیرونی زمانی برقرار می‌شود که توافق فردی وجود داشته باشد و این منجر به سازگاری بین شخص و محیط می‌شود (۳۲). Lambert و Lambert نیز درباره گروهی از مطالعات خود با هدف بررسی روش‌های کنار آمدن پرستاران کشورهای چون چین، استرالیا، ژاپن، کره، نیوزلند و ایالت متحده به صورت مطالعات کمی و با استفاده از پرسش‌نامه Lazarus و Folkman، اشاره کردند که استراتژی‌های به کار گرفته شده توسط پرستاران کشورهای مختلف برخلاف استرسورهای مشابه (مرگ و فشار کاری بالا) دارای تنوع و تغییراتی بوده، اما با این حال پرستاران کشورهای مختلف تمایل دارند چهار استراتژی حل مسأله، جستجوی حمایت اجتماعی، خودکنترلی و ارزیابی مثبت دوباره را برای کنار آمدن در محیط‌های کاری استفاده نمایند (۳۰).

ارتباط در پرستاری فرایندی پویا، پیوسته، مداوم و اجتناب‌ناپذیر است که با صبر، تحمل و گذشت همراه است. پرستاران برای هویت حرفه‌ای و اجتماعی شدن حرفه‌ای باید

نتیجه‌گیری

بر اساس تجارب زیسته پرستاران و پزشکان از درک ارتباط حرفه‌ای، می‌توان گفت که ارتباط حرفه‌ای بین پزشک و پرستار پدیده‌ای است که با درک الگوی ارتباط نمایان می‌شود و برای ارتقای کیفیت مراقبت و درمان بیماران و رضایت شغلی پرستاران و پزشکان لازم و ضروری است. ارتباط حرفه‌ای پرستاران و پزشکان با یکدیگر، فرایندی است که عواملی مانند تعامل، همکاری و کنار آمدن، باعث تسهیل آن می‌شود و عواملی همچون عدم تعامل و همکاری، رابطه دستوری و اقتدارگرایانه و سپر بلا واقع شدن، این فرایند را تهدید می‌کند. ارتباط در همه جنبه‌های کاری و حرفه‌ای کاربرد دارد. از

این‌رو، پیشنهاد می‌گردد که در بحث‌های ارتباط حرفه‌ای به این مضامین بیشتر توجه شود. نتایج به دست آمده می‌تواند برای هدایت مطالعات بعدی در مورد ارتباط حرفه‌ای و موضوعات مرتبط با آن مهم و کمک کننده باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند، از همکاری صمیمانه ریاست دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، مدیر محترم گروه، معاونت محترم آموزشی و پژوهشی و تمامی پرستاران و پزشکانی که در انجام پژوهش، ما را یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Fathi Azar E. Teaching methods. 2nd ed. Tabriz, Iran: University of Tabriz Publications; 2011. [In Persian].
2. Shives LR. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
3. Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. The viewpoint of nurses about professional relationship between nurses and physicians. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery 2017; 7(1): 63-72. [In Persian].
4. 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. [In Persian].
5. Hughes RG. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
6. Smith IJ. The Joint Commission Guide to Improving Staff Communication. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2005.
7. Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. J Interprof Care 2014; 28(6): 526-33.
8. Flicek CL. Communication: A dynamic between nurses and physicians. Medsurg Nurs 2012; 21(6): 385-7.
9. Thompson DR, Stewart S. Handmaiden or right-hand man: Is the relationship between doctors and nurses still therapeutic? Int J Cardiol 2007; 118(2): 139-40.
10. Tabak N, Orit K. Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. J Nurs Manag 2007; 15(3): 321-31.
11. Snelgrove S, Hughes D. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. J Adv Nurs 2000; 31(3): 661-7.
12. Zeighami Mohammadi S, Hagigi S. The association between nurses communication skills and nurse-physician relationship and collaboration. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2008; 6(4): 189-96. [In Persian].
13. Sirota T. Nurse/physician relationships: Improving or not? Nursing 2007; 37(1): 52-5.
14. Yildirim A, Ates M, Akinci F, Ross T, Selimen D, Issever H, et al. Physician-nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. Int J Nurs Stud 2005; 42(4): 429-37.
15. Morinaga K, Ohtsubo Y, Yamauchi K, Shimada Y. Doctors' traits perceived by Japanese nurses as communication barriers: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud 2008; 45(5): 740-9.
16. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care - an integrative review. BMC Fam Pract 2013; 14: 132.
17. LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice. 6th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2005.

18. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Trans. Khachian A, Shokati M. Tehran, Iran: Salemi Publications; 2010. [In Persian].
19. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res* 2005; 54(2): 74-84.
20. Knoll M, Lendner I. Nurses' perspective on interprofessional communication on an intensive care unit. *Pflege* 2008; 21(5): 339-51. [In German].
21. Nedd N. Perceptions of empowerment and intent to stay. *Nurs Econ* 2006; 24(1): 13-8, 3.
22. Mehrabi M. Sociological study of the relationship between the profession of nurse and physician [Research]. Tehran, Iran: Iranian Sociological Association; 2009. [In Persian].
23. Mark BA, Russell SF, Lindley L, Jones CB. Nurse Working Conditions and Nursing Unit Costs. *Policy Polit Nurs Pract* 2009; 10(2): 120-8.
24. Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesh M, Hallberg IR. Patient advocacy: Barriers and facilitators. *BMC Nurs* 2006; 5: 3.
25. Zamani AR, Zamani N, Sherafat Z. Assessment and compare of nurses and physicians views about Dr-nurse relationship cycle in Alzahra hospital. *J Isfahan Med Sch* 2011; 28(120): 1529-36. [In Persian].
26. Tjia J, Mazor KM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz JH. Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *J Patient Saf* 2009; 5(3): 145-52.
27. Carey L. Practice nursing. Edinburgh, UK: Bailliere Tindall; 2000. p. 14-20.
28. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003; 168(3): 271-5.
29. Sobhani G. The Islam ethical system. 9th ed. Qom, Iran: Boostan Book Institution; 2012. p. 106. [In Persian].
30. Lambert VA, Lambert CE. Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian J Palliat Care* 2008; 14(1): 38-44. [In Persian].
31. Ahangarzadeh Rezaei S, Shams S, Saghizadeh M. Survey of job stressors and coping strategies on nurses in psychiatric and general centers in urmia. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2008; 6(1): 50-67. [In Persian].
32. Shahsavari Esfahani S, Peyravi H. The theories of nursing and their applications. Tehran, Iran: Boshra Publications; 2010. [In Persian].
33. Colon-Emeric CS, Ammarell N, Bailey D, Corazzini K, Lekan-Rutledge D, Piven ML, et al. Patterns of medical and nursing staff communication in nursing homes: implications and insights from complexity science. *Qual Health Res* 2006; 16(2): 173-88.
34. Vegesna A, Coschignano C, Hegarty SE, Karagiannis T, Polenzani L, Messina E, et al. Attitudes towards physician-nurse collaboration in a primary care team-based setting: Survey-based research conducted in the chronic care units of the Tuscany region of Italy. *J Interprof Care* 2016; 30(1): 65-70.
35. Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A, Askari F. Nurses' experiences from clinical challenges: a qualitative study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2009; 7(4): 245-52. [In Persian].
36. Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive behavior and clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *Am J Nurs* 2005; 105(1): 54-64.
37. Ghiyasvandian S, Zakerimoghdam M, Peyravi H. Nurse as a facilitator to professional communication: a qualitative study. *Glob J Health Sci* 2014; 7(2): 294-303.

Nurses' and Physicians' Experiences of the Pattern of their Professional Relationship with Each Other: A Phenomenological Study

Abolfazl Farhadi¹, Nasrin Elahi², Rostam Jalali³

Original Article

Abstract

Introduction: Given the common work scope of nurses and physicians, and the complementarity of the two professions, professional communication is inevitable. Effective communication between physicians and nurses is shown to enhance patient care and increase professional successfully and satisfaction. This study aimed to assess nurses' and physicians' experiences of the pattern of their professional relationship with each other.

Method: This was a qualitative research using phenomenological method. 15 semi-structured interviews were carried out with 8 nurses and 7 physicians. They described their experiences related to professional communication. The interviews were recorded and transcribed and the data were then analyzed using Colaizzi analysis method.

Results: 317 codes, 4 themes, and 19 subthemes which influenced the nurse-physician relationship were emerged from data analysis. One of the main themes was perception of the relationship pattern. Professional relationships between physicians and nurses were described based on this theme.

Conclusion: Based on the experience lived by nurses and physicians, to understand the professional relationship, perception of the relationship pattern should be known. It is an exponential relationship that improves the quality of patient care and nurses' and physicians' job satisfaction. Nurse-physician professional relationship improves via cooperation, interaction, and dealing, and threatens by authoritarian and relationship, lack of cooperation and interaction, and scapegoating.

Keywords: Professional practice, Nurses, Physicians, Qualitative research

Citation: Farhadi A, Elahi N, Jalali R. **Nurses' and Physicians' Experiences of the Pattern of their Professional Relationship with Each Other: A Phenomenological Study.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(2): 201-13.

Received date: 20.01.2016

Accept date: 03.09.2016

1- Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery AND Nursing Care Research Center in Chronic Diseases, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Corresponding Author: Nasrin Elahi, Email: elahi-n@ajums.ac.ir