ORIGINAL ARTICLE

Experience of Professional Communication among Nurses Working in Educational Hospitals: A Phenomenological Study

Hamideh Azimi Lolaty [1],
Tahereh Ashktorab[2],
Masoumeh Bagheri Nesami [3],
Rahim Bagherzadeh Ladari [3]

[1] Psychiatric and Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 10, 2010 ; Accepted August 1, 2011)

Abstract

Background and purpose: Nursing is a profession that establishes various cultural and social communications in the context of work environment. The purpose of this study was to determine the description and perception of the nurses working in educational hospitals about the professional communication experiences.

Materials and methods: This study is a qualitative research using phenomenology method. Thirteen semi-structured interviews were carried out with 11 female and 2 male nurses. They described their experiences related to professional communication. The interviews were recorded and transcribed and the data were then analyzed using the Colizzii analysis method.

Results: Seven themes emerged from the data showing the nurses perception and description of the communication with patients, colleagues, nursing supervisors and physicians. The following themes showed the experienced patterns of communication by the nurses: being special, altruism, psychosocial support, updated knowledge and skills for interactions management, reaction to actions related to different factors, complement of patient-physician communication deficiency, and professional identity and socialization basis of communication.

Conclusion: The findings revealed a clear image of participants' experiences of communication in their profession. Recognition of nurses, description and perception of communication can present valuable data for professional planning and decreasing or eliminating the communication problems. Also improving the professional communication can guarantee the quality of professional services to the patients.

Key words: Professional communication, nurses, phenomenology

J Mazand Univ Med Sci 2011; 21(85): 108-125 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و یکم شماره ۸۵ آذر سال ۱۳۹۰ (۱۲۵-۱۰۸)

تجربه ارتباط حرفه‌ای پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی: یک پژوهش پدیدارشناسی

حمیده عظیمی لولتی[۱]
طاهره اشک تراب[۲]
معصومه باقری نسامی[۳]
رحیم باقرزاده لداری[۴]

چکیده

سابقه و هدف : پرستاری حرفه‌ای است که در متن محیط کار، ارتباطات گوناگونی را در طیف وسیعی از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی برقرار می‌سازد. هدف از این مطالعه توصیف و درک پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی از تجربیات ارتباط حرفه‌ای در این حرفه می‌باشد.

مواد و روش ها : این مطالعه با استفاده از روش تحقیق کیفی پدیدار شناسی انجام گرفت. به این منظور ۱۳ مصاحبه نیم‌ساختاری با ۱۱ پرستار زن و ۲ پرستار مرد صورت گرفت. پرستاران تجربیات خود را در خصوص ارتباط در حرفه پرستاری بیان و توصیف نمودند. مصاحبه‌ها ضبط شده و داده‌های بدست آمده از آن به صورت مکتوب درآمد و سپس با آنالیز کولایزی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها : هفت مضمون از یافته‌ها استخراج شد که عبارت است از درک و توصیف پرستاران از تجربه ارتباط حرفه‌ای با بیماران، پرستاران همرده و مافوق و پزشکان بوده است. طرح‌های ارتباط تجربه شده پرستاران بر اساس مضامین زیر تبیین شد که شامل: ویژه بودن، بشر دوستی، حمایت روانی- اجتماعی، دانش و مهارت‌های به روز جهت مدیریت تعاملات، واکنش به کنش ناشی از عوامل گوناگون، مکمل نقصان رابطه پزشک- بیمار، واساس هویت و اجتماعی شدن حرفه ای بوده است.

استنتاج : یافته های این مطالعه تصویری واضحی از تجربیات پرستاران مشارکت‌کننده از ارتباطات موجود در حرفه پرستاری را ارائه می‌نماید. شناخت توصیف و درک پرستاران از ارتباط آن‌ها در ابعاد گوناگون می‌تواند داده‌های ارزشمندی در کاهش و رفع مشکلات موجود و برنامه‌ریزی در این حرفه را بیان دارد، به طوری که با بهبود و اصلاح ارتباطات حرفه‌ای بتوان کیفیت ارایه خدمات حرفه‌ای به بیماران را تضمین نمود.

واژه‌های کلیدی: ارتباط حرفه‌ای، پرستاران، پدیدارشناسی

مقدمه

در حالی‌که سیستم مراقبت بهداشتی تحت فشار فزاینده هزینه‌ها با منابع کمتر می‌باشد، شناخت مهارت‌های بین فردی، نقش مهمی در اثر بخشی بالینی، رضایت بیمار و کاهش خطر خطاهای عملکردی دارد(۱). هر ساله از ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی انتظار می‌رود که با تعداد کمتر و با امنیت بالاتری کار کنند. کار تیمی موثر به عنوان راه حلی برای مقابله با رشد فزاینده کمبود پرسنل و هزینه‌های آموزشی، افزایش انتظارات بیماران و

مولف مسئول: طاهره اشک تراب- تهران: خیابان ولی عصر نبش بزرگراه نیایش، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی E-mail: tashktorab@yahoo.com
۱. مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری- مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، (دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
۲. گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری- مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳. گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۴. دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت : ۸۹/۸/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۹۰/۴/۲۸ تاریخ تصویب : ۹۰/۵/۱۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

نیز از همه مهم‌تر کاهش خطاها، پیشنهاد شده است. بنا به تعریف لازمه کار تیمی ارتباط است و اگر ارتباطات در کار تیمی دچار مشکل باشد نتایج منفی بر پیامدهای بیمار خواهد داشت(۲). در سال‌های اخیر، تاکید بر حرفه‌ای بودن پرستاری شده است، که در این رابطه سیستم مراقبت بهداشتی نیازمند پرستارانی است که به طور موفقیت آمیزی با اعضای تیم چند رشته‌ای و بیماران و خانواده آنان ارتباط برقرار نمایند(۳).

در تلاش برای سازگاری با تغییرات ناشی از پیشرفت‌های دانش علمی، فشارهای اقتصادی و تغییرات در ویژگی‌های دموگرافیک جمعیت‌ها و نیازهای مراقبت بهداشتی پیچیده، ضروری است که نقش‌های پرستاران در بهترین راه‌هایی که بتواند نیازهای بیماران، خانواده‌ها و اجتماعات را برآورده شود مجدداً بازنگری و تعیین شود(۴). Doran و همکاران معتقدند که پرستاران بالینی در خلا (ایزوله) کار نمی‌کنند، آن‌ها باید با تیم مراقبت از سلامتی برای ارتقاء کیفیت مراقبت بیماران رابطه برقرار نمایند(۵). مقوله ارتباط در پرستاری همواره چالش برانگیزترین مسائل موجود در پرستاری بوده است. چون پرستاری حرفه‌ای است که جهت درمان و ارتقا سلامت بیمار نیاز به کار تیمی دارد. ارتباط تیمی عامل کلیدی در تسهیل توانمندی و بازتوانی بیماران می‌باشد(۶). تحقیقات زیادی در خصوص اهمیت ارتباط در سیستم مراقبت بهداشتی و نتایج آن بر پیامدهای بالینی، آموزشی و حرفه‌ای برای بیمار انجام گردیده است. به طور معمول تحقیقات در این رابطه به بررسی ارتباط پزشک و پرستار از جنبه‌های گوناگون تمرکز داشته است و غالب این تحقیقات به روش‌های کمی پژوهش انجام شده است(۷). نتایج تحقیقات نشان داده است که کار گروهی بین حرفه‌ای مراقبین بهداشتی، منجر به نتایج بالینی مفید، نیز رضایت بیماران شده و هم‌چنین می‌تواند سبب کاهش هزینه‌های موسسه‌ای می‌شود(۸).

در حال حاضر که سیستم مراقبت بهداشتی مواجهه با کمبود پرستاران می باشد،گزارشات حاکی از آن است که جزیی از کمبود پرستاران به دلیل عدم رضایت از روابط بین حرفه‌ای در پرستاران می‌باشد. به دلیل نیاز آشکار به حضور پرستاران جدید الورود، کاهش انگیزه برای کار در حرفه پرستاری و به دلیل عدم رضایت از روابط پزشک- پرستار، نیاز جدی به انجام تغییرات مثبت در جهت مشارکت بین حرفه‌ای وجود دارد(۹).

علی‌رغم توجه زیاد بر ارتباط پزشک و پرستار، ارتباط بیمار با پزشکان و پرستاران و وجود تحقیقات با رویکرد کمی و کیفی بر جنبه‌های مختلف این ارتباطات نظیر اثر آن بر کیفیت مراقبت، رضایت بیمار، رضایت پرستار، کاهش خطاهای پزشکی، تحقیقاتی کیفی راجع به تجربه پرستاران از کل فرایند ارتباط انجام نشده است. در همین رابطه نتایج یک تحقیق نیمه تجربی جهت بکارگیری برنامه آموزش اداره تضاد در روابط پزشک و پرستار با گروه مورد و شاهد، تفاوتی را در دو گروه، در حل تضاد در روابط پزشک و پرستار نشان نداد. یکی از دلایل مطرح شده توسط محققین برای این یافته، لزوم شناسایی عوامل موثر در روابط پزشک- پرستار و درک و تجربه آن‌ها از این ارتباط، آمادگی و تمایل این دو حرفه جهت بکارگیری این روش‌ها قبل از اقدام به انجام مداخلات عنوان گردید. در همین رابطه انجام مطالعات کیفی جهت درک و تجربه پرستاران و پزشکان از این ارتباطات بسیار مهم و ضروری می‌باشد(۱۰).

علی‌رغم مطالعات در زمینه اهمیت روابط حاکم در سیستم مراقبت‌های بهداشتی، هیچ یک از مطالعات به طور کامل کلیه جنبه‌های ارتباطات پرستاری را با هم مورد بررسی قرار نداده است و در این میان دیدگاه پرستاران، به عنوان یکی از شاغلین در این سیستم، نسبت به این پدیده در حرفه بررسی نشده است و عمدتاً تمرکز تحقیقات برموانع رابطه پزشک- پرستار متکی بوده و جنبه‌های دیگر ارتباط در پرستاری مورد توجه ویژه و عمیق قرار نگرفته است. با توجه به این‌که محوری‌ترین نقطه جهت انجام تغییرات در ارتباطات تیم درمانی شناخت روابط، تجربه و احساسات آنان می‌باشد، لذا

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

درک تجربیات ارتباطی در اعضای این تیم می‌تواند منجر به خود آگاهی و کاهش پیش فرض‌ها و کاهش تفاسیر نادرست شود. لذا این پژوهش با رویکرد کیفی و با هدف ادراک و توصیف تجربه ارتباط حرفه‌ای و نیز موانع و منابع آن، به روش پدیده‌شناسی توصیفی طراحی و انجام شده است. محققین امیدوارند تا براساس نتایج این مطالعه ارتباطات حرفه‌ای و بین حرفه‌ای تیم سلامت به روز، علمی و حرفه‌ای‌تر گردد.

مواد و روش ها

این مطالعه با رویکرد کیفی به روش پدیده‌شناسی توصیفی انجام شده است. روش پدیده‌شناسی فرآیند ساخت معنای تجربه انسانی از طریق گفتگو با اشخاصی است که با این تجربه زندگی می‌کنند(۱۱) در این پژوهش با توجه به هدف مطالعه، شرکت کنندگان براساس نمونه‌گیری هدفمند ازبین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، انتخاب و تحت مصاحبه نیمه ساختاری قرار گرفتند. معیارهای ورود به این مطالعه، دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه کار به عنوان پرستار و دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، بوده است.

در تحقیق کیفی تعداد مشارکت‌کننده در پژوهش از پیش قابل تعیین نمی‌باشد و تعداد مشارکت کننده‌ها تا اشباع نظری مقولات پیش می‌رود. در روش پدیده‌شناسی حداقل تعداد مشارکت کننده‌ها ۶ نفر می‌باشد(۱۲). شرکت کنندگان در این پژوهش ۱۳ پرستار شاغل بودند که بین ۵ الی ۱۸ سال سابقه کاری داشته، ۲ نفر مرد و ۱۱ نفر زن بودند.۴ نفر مسئول بوده و ۲ نفر نیز سابقه مسئولیت را دارا بودند. تنها ۲ نفر از آن‌ها دارای مدرک فوق لیسانس بودند. محل انجام تحقیق دو بیمارستان مرکزی و آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران و جامعه پژوهش پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی، سوختگی، ترمیمی، داخلی، جراحی، زایشگاه و جراحی زنان بوده‌اند.

روش جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش مصاحبه بود. از روش مصاحبه نیمه ساختاری استفاده شد. مصاحبه یکی از رایج‌ترین روش‌های جمع‌آوری داده‌ها است. مصاحبه با سوالات باز این امکان را برای شرکت‌کنندگان به وجود می‌آورد که تجربیات خود را در مورد پدیده مورد نظر کاملاً توضیح دهند(۱۲). سوالات مصاحبه در این پژوهش در قالب فرم راهنمای مصاحبه نیمه ساختاری به صورت باز تهیه و تنظیم شدند.

مصاحبه‌ها ضبط شده و سپس توسط پژوهشگر به صورت دست نوشته درآمدند. طول مدت مصاحبه بین ۲۲ تا ۸۸ دقیقه و با میانگین ۴۳ دقیقه بوده است. محقق مصاحبه را به صورت فردی با تعیین وقت قبلی و با لحاظ آن‌که انجام مصاحبه به انجام وظایف پرستاران خللی وارد نیاورد، انجام داده است.

به منظور دستیابی به هدف پژوهش سوال باز زیر مطرح گردید و پرستاران مشارکت‌کننده بر اساس درک و تجربه خود به آن پاسخ‌های متنوعی داده‌اند.

- با توجه به تجربه تان ارتباط حرفه‌ای در پرستاری را چگونه توصیف می‌کنید؟
- ارتباطات متنوع در محیط کاری‌تان را چگونه تجربه کرده‌اید؟
- با توجه به تجربه تان چه عواملی در ارتباطات حرفه‌ای شما تسهیل کننده بوده‌اند؟
- با توجه به تجربه تان چه عواملی در ارتباطات حرفه‌ای شما عوامل بازدارنده بوده‌اند؟

تحلیل داده‌ها به روش کلایزری[1] انجام گردید. تجزیه و تحلیل مراحل هفت گانه این روش عبارتند از:

۱- مرور و آشنایی با داده‌ها[2]

۲- استخراج بیانات مهم[3]

۳- دریافت معنی از بیانات مشارکت‌کننده‌ها[4]

1. Colaizzi
2. Review & become familiar with the data
3. Extract of significant statements
4. Formulating of meaning

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

۴- گروه‌بندی و سازماندهی معانی بدست آمده به صورت خوشه‌هایی از مضامین[1]

۵- ارایه یک توصیف جامع و کامل[2]

۶- شناسایی یک ساختار اصلی برای توصیف ارایه شده[3]

۷- بازنگری اعضاء[8] (۱۳).

براساس مراحل هفت‌گانه این روش توصیف‌های شرکت‌کنندگان به منظور درک و هم احساس شدن با آن‌ها توسط پژوهشگر مطالعه و پس از مرور مطالب جملات مهم در رابطه با پدیده مورد مطالعه استخراج شد و سپس سازماندهی کدها، دسته‌ها و خوشه‌ها انجام گرفت. با ترکیب کردن کلیه عقاید استنتاج شده یک توصیف کامل و جامع از جزییات پدیده تحت مطالعه به دست آمد.

عبارات، جملات، بندهای متعلق به هر کدام از مصاحبه‌ها به طور مجزا از مصاحبه‌های دیگر و با توجه به وجوه مشترک، در قالب مضمون‌ها و زیر مضمون‌ها سازماندهی شدند. به این ترتیب از مجموع ۱۳ مصاحبه ۴۴۲ بیانات مهم، سپس با کنار هم قرار دادن و مقایسه مشترکات کدهای حاصل از هر مصاحبه و در هم ادغام کردن محصول ظهور یافته‌ها ۷ مضمون و۳۳ زیر مضمون بدست آمد (جدول شماره ۱).

جهت حصول به دقت و استحکام داده‌ها مقبولیت[4]، قابلیت انتقال[5]، قابلیت وابستگی[6] و قابلیت اعتماد[7] داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت(۱۴،۱۳). برای اطمینان از صحت یافته‌ها محققین زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفتند و با رفت و برگشت مکرر داده‌ها در گیری طولانی مدت[8] خود را حفظ نمودند. درگیری مستمر ذهنی با داده‌ها، افزایش وسعت اطلاعات و عمق اطلاعات را امکان‌پذیر نمود. در این تحقیق تلاش شد تا با انتخاب مشارکت کنندگان در رده‌های مختلف

جدول شماره ۱: مضامین و زیرمضامین توصیف ارتباط حرفه‌ای در پرستاری

	مضامین و زیر مضامین
توصیف تجربه ارتباط حرفه ای در پرستاری	*ویژه بودن*
	- تیمی و گروهی
	- هدفمندی : کمک به بیمار نیازمند
	- ماهیت پیوسته و مداوم
	- تخصصی و ویژه
	- شمول طیفی از تفاوت های فرهنگی و اجتماعی
	بشر دوستی
	- بعد اخلاقی
	- بعد عاطفی
	- بعد معنوی
	حمایت روانی اجتماعی
	- حمایت پزشک از پرستار
	- حمایت همکار
	- حمایت مافوق پرستار از پرستار
	- حمایت وابسته به موقعیت
	نیاز به دانش و مهارت های به روز جهت مدیریت تعاملات
	- دانش و مهارت های ارتباطی به روز
	- دانش و مهارت های مدیریتی به روز
	واکنش به کنش ناشی از عوامل مختلف
	- ارتباط دستوری
	- دیدگاه متناقض جامعه نسبت به دو رشته پرستاری و پزشکی
	- خود خواهی حرفه ای (نگرش مثبت پزشکان نسبت به حرفه خود و نگرش منفی نسبت به حرفه پرستاری)
	- فاصله مالی غیر منطقی موجود بین دو رشته پرستاری و پزشکی
	- نقش عوامل اقتصادی
	- برخورداری ازسلامت ورفاه
	- نیاز به کسب اعتماد اجتماعی
	- نیاز به کسب اعتماد علمی
	مکمل نقصان ارتباط پزشک- بیمار
	- واسطه ارتباط
	- ارتباط جبرانی
	- ارتباطی افزاینده اعتبار(پزشک نزد بیمار)
	اساس هویت و اجتماعی شدن حرفه‌ای
	- رعایت حد و مرزها و حد و مرز جنسیتی
	- صمیمیت همراه با حفظ حریم
	- اساس سلسله مراتب
	- حمایت مافوق
	- اتحاد حرفه ای
	- اعتماد به نفس حرفه ای
	- ایفای نقش الگویی
	- گذار از روش‌های سنتی به روش‌های جدید و مشارکتی ارتباطات

1. Grouping & organizing the meaning in a cluster of themes
2. Present of an exhaustive description
3. Identifying of the fundamental structure for each exhaustive description
4. Credibility
5. Transferability
6. Dependability
7. Trustworthiness
8. Prolong engagement

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

پرستاری، تلفیق[1] نمونه‌ها حاصل شود. برای تایید اعتبار محتواهای به دست آمده، از بازنگری اعضا در جلسه‌ای دیگر، موارد با ۹ نفر از مشارکت‌کنندگان در میان گذاشته شد و نظرات نهایی ایشان جمع‌بندی گردید برای کسب اطمینان از این که دیدگاه‌های شخصی محقق در ساخت مضامین به شکل حداقلی بوده است، نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان متناسب با مضامین، ارایه گردیده است. قابلیت وابستگی داده‌ها از طریق بازنگری همکاران[2] و اعضای تیم تحقیق، تایید گردید. قابلیت انتقال‌پذیری داده‌ها، از طریق بازنگری یافته‌ها توسط ۵ نفر از پرستاران که در فرایند تحقیق حضور نداشتند به لحاظ تناسب یافته‌ها، حاصل گردید. برای دستیابی به قابلیت اعتماد دو معیار قابلیت کاربرد[3] و خنثایی[4] مدنظر قرار داده شد. برای کسب قابلیت کاربرد، تلاش شد تا بین زمینه‌های فرهنگی و یافته‌های تحقیق تناسب و سازگاری منطقی موجود داشته باشد. خنثایی نیز به شکل پرانتزگذاری[5] و عدم دخالت دیدگاه‌های محقق در تفسیر ابتدایی داده‌ها ممکن گردید.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، با تعیین وقت قبلی و قبل ازشروع مصاحبه هدف تحقیق برای شرکت‌کنندگان بازگو شد و از آن‌ها برای شرکت در تحقیق و استفاده از ضبط صوت برای ضبط مصاحبه اجازه و رضایت نامه کتبی گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق استفاده خواهد گردید و دراختیار افرادی غیر از تیم تحقیق گذاشته نمی‌شود و نتایج کلی به شکل مقاله انتشار خواهد یافت. در طول تحقیق و بعد از آن نیز نامی از آن‌ها برده نخواهد شد و ادامه همکاری آنان در طول پژوهش نیز داوطلبانه خواهد بود. در صورت تمایل آنان یافته‌های مطالعه در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار خواهد گرفت.

1. Triangulation
2. Peer check
3. Applicability
4. Neutrality
5. Bracketing

یافته ها

مضمون هایی که از داده های این مطالعه ظهور یافته اند، همگی پیرامون تجربه ارتباط پرستاران شاغل بر اساس اهداف مطالعه یعنی جستجو، ادراک و توصیف پدیده ارتباط در پرستاری بود. در این پژوهش مشارکت کنندگان در توصیف تجربه ارتباطات حرفه‌ای، ماهیت این ارتباط را در تجربه ارتباط با بیمار، پزشک، همکاران و مافوقان پرستاری توصیف نمودند. جدول شماره ۱ بیانگر تحلیل داده‌های به دست آمده از مصاحبه عمیق با مشارکت کنندگان می باشد.

در جدول فوق مضامین ارتباطات حرفه‌ای در پرستاری شامل ویژه بودن، بشر دوستی، تامین حمایت روانی- اجتماعی، دانش و مهارت‌های به روز جهت مدیریت تعاملات، واکنش به کنش ناشی از عوامل مختلف، مکمل نقصان ارتباط پزشک- بیمار و اساس هویت و اجتماعی شدن حرفه ای به همراه زیر مضامین مربوطه بوده است، که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

ویژه بودن

مشارکت کنندگان در خصوص ارتباط حرفه‌ای در پرستاری، آن را ارتباطی ویژه تجربه نمودند ودر این رابطه به ویژگی‌هایی اشاره داشتند که بعضی از آن‌ها منحصر به فرد بوده و در ارتباطات حرفه ای پرستاران تجربه شده است.

ارتباط تیمی و گروهی ویژگی است که مشارکت کننده‌ای در این رابطه بیان داشت: "ما تیمی کار می‌کنیم، لازم الملزوم هم هستیم، این رابطه انسانی تیمی باید برقرار باشد، تا بتوانیم خدمت کنیم."

هدفمند بودن ارتباط به ویژه در کمک به بیمار نیازمند، از دیگر ویژگی بوده است که مشارکت‌کننده‌ای در این خصوص اظهار داشت: "این ارتباط با انسان است نه یک انسان معمولی بلکه یک انسان نیازمند، این

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

است که این مسئله در هیچ نوع ارتباط بجز ارتباط پرستار و ارتباط پزشک وجود ندارد."

ماهیت پیوسته و مداوم ارتباط در پرستاری ویژگی است که مشارکت کنندگان بر آن اذعان داشته و آن را ویژگی منحصر به فرد در ارتباطات پرستاری بیان نمودند: "درمان اصلاً متفاوت از کارهای دیگر است. کارهای دیگر زمان کاری محدودی دارند. پرستار زمان کار مشخص شده‌ای ندارد ما باید ۲۴ ساعته به درمان خدمت کنیم. این زمان پیوسته است، همیشه است. این «دنبال هم بودن» باعث می‌شود که ما بهتر ارتباط برقرار کنیم. این باعث شده که کار ما متمایز باشد. همه کارها تمام می‌شود اما کار ما تمام شدنی نیست. ارتباط ما پشت‌هم است، من از روند درمان از ارتباط با همکاران آگاه می‌شوم."

"ارتباط در پرستاری تخصصی است یعنی هیچ‌کس نمی‌تواند نقش پرستار را اجرا کند حتماً باید کسی باشد که Nurse (پرستار) باشد." این گفته بیان مشارکت کننده‌ای است که بر تخصصی بودن ارتباط در پرستاری اشاره می‌نماید.

شمول طیف وسیعی از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در ارتباط از دیگر تجارب بیان شده در خصوص ویژگی ارتباط در پرستاری بوده است در این رابطه مشارکت کننده‌ای بیان داشت: "من پرستار، در جامعه با افراد مختلفی برخورد می‌کنم، از یک سطح فرهنگی بالا مثلا دکترها و یا یک مریضی که سطح فرهنگی بالا یا متوسطی ممکن است داشته باشد و یا همکارم."

بشر دوستی (بعد اخلاقی، بعد عاطفی، روانی و بعد معنوی)

بشر دوستی یکی دیگر از مضامینی بوده است که در ارتباطات پرستاری پدیدار شد. ابعاد اخلاقی، عاطفی و معنوی این ارتباط در بیانات مشارکت کنندگان آشکار بود. درخصوص بعد اخلاقی، مشارکت کننده‌ای اظهار داشت: "در این رشته با همه قشرها سروکار داریم. برای این باید دارای ویژگی باشد. فکر می‌کنم خیلی به گذشت احتیاج دارد. خیلی باید از خودت مایه بگذاری اگر نگذاری، کار به چشم نمی‌آید. می‌گذرد اما احساس خوبی به تو دست نمی‌دهد، طرف مقابلت احساس نمی‌کند که تو وجود داری."

ضرورت بکارگیری اصول ارزشی و انسانی شکل دیگر بعد اخلاقی ارتباط در پرستاری بوده است. در این خصوص مشارکت کننده‌ای اشاره نمود: "یک پرستار نباید ابتدا به سرم و دستگاه نگاه کند، بلکه اول باید به بیمار توجه کند و بیمار احساس کند پرستار برای کمک به او می‌آید نه این‌که چند دستگاه را چک کند."

آمیزه‌ای از بکارگیری اصول انسانی و کاری- مسئولی (پرستاری) این ارتباط را به این‌گونه توصیف می‌کند: "اگرچه ارتباط پرستار با سرپرستار یا سوپروایزر ارتباط براساس مقام است و جنبه دیگر ارتباط پرستار و سرپرستار، ارتباط نزدیک و تنگاتنگ است. در این ارتباط سرپرستار باید او را درک کند. با او نزدیک باشد، او را لمس کند. همدیگر را از لحاظ بعد انسانی و اخلاقی و ارزش انسانی درک کنند. علاوه براین در ارتباط کاری، تعارف نداریم. باید وظایفش را به نحو احسن انجام دهد. اگر انجام نداد، باید با او برخورد کرد."

بعد عاطفی ارتباط در ارتباطات پرستاری از مواردی است که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند. این بعد بیشتر در ارتباط پرستار- بیمار مطرح بوده است. به طوری که مشارکت کننده‌ای در بیانی شیوا آن را این گونه اظهار داشت:"همه رشته‌ها، پایه و اساس علمی دارند. یک ویژگی در پرستاری بحث عاطفی است. این که مریض پرستار را به حکم یار، مادر، دوست و رفیق می‌بیند و مریض، کسی که با او ارتباط عاطفی برقرار کرد، را انتخاب می‌کند."

نیاز به همدلی و حتی همدردی در روابط شکل دیگر ظهور بعد عاطفی ارتباط در پرستاری بوده است. مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت: "مراجعینی که ما داریم،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

ما نسبت به آن‌ها احساس دلسوزی و ترحم داریم. این احساس همدردی که با مریض داریم. با مریض درد می‌کشیم این احساس جاهای دیگر نیست فقط در بیمارستان و در پرستارها است. جای دیگر من این را تجربه نکردم."

در این بعد نیز پرستاران به کسب انرژی روانی از ارتباط با بیمار اشاره داشتند و از دست دادن آن را، تجربه فقدان ذکر نمودند. مشارکت کننده‌ای این تجربه را به این گونه بیان داشت:"حالا که یک موقعیتی پیش آمده که می‌خواهم به قسمت آموزش بروم، خیلی ناراحتم. شاید باورتان نشود خیلی ناراحت هستم که این ارتباط را از دست می‌دهم، یعنی فکر می‌کنم، خیلی توی این زمینه دچار فقدان می‌شوم."

تجربه و مواجهه با پدیده مرگ در پرستاری منجر به شکل دادن بعد عاطفی در روابط شده است. در این خصوص مشارکت کننده‌ای بیان داشت: " من احساس می‌کنم پرستارها به نسبت به دیگران، حتی گذشت آن‌ها بیشتر است. می‌دانید به خاطر چی؟ به خاطر نوع کاری که انجام می‌دهند، چون می‌بینند که آدم‌ها خوش‌بختی‌شان به یک تار مویی بسته است. حداقل می‌فهمند که مرگ نزدیک است."

تجربه معنویت در ارتباطات پرستاران از زیرمضامین بشر دوستی بوده است. در این رابطه مشارکت کننده‌ای بیان داشت: "مسئله اعتقاد من است، من به دعاهای آن‌ها خیلی معتقدم. ارتباط با بیماران را دوست دارم. من اگر پرستاری را دوست دارم به خاطر ارتباط با بیماران است."

تامین حمایت روانی- اجتماعی

نیاز به تامین حمایت روانی- اجتماعی از دیگر مضامین به دست آمده از تجارب بیان شده مشارکت‌کنندگان در خصوص ارتباط حرفه‌ای بوده است. در این خصوص مشارکت‌کنندگان بر نیاز به حمایت شدن از طرف پزشکان، همکاران و مافوقان پرستاری و اثرات آن بر پرستاران تاکید داشتند: در این خصوص انتظار حمایت از پزشکان را این‌گونه بیان داشته‌اند: "پزشکان حامی پرستاران نیستند، من احساس می‌کنم هر چه درخت پربارتر باشد. باید حمایت بیشتری از دیگران داشته باشد." ارتباط با همکار در بیان مشارکت کنندگان ارتباطی ضروری و اولیه نسبت به ارتباط با بیمار بیان گردید که پرستاران حمایت شدن در این ارتباط را تجربه می نمایند: "ارتباط با بیمار داشته باشم، اما اگر ارتباط با همکار نداشته باشیم، کارها پیش نمی‌رود حتی در کار با بیمار." بعلاوه مشارکت‌کننده‌ای از ارتباط با همکاران ناراضی بوده و بیان داشت که حمایت کافی در این رابطه وجود ندارد:" یک عیبی که نسبت به خودشان (پرستاران) دارند، از هم حمایت نمی‌کنند. حامی هم نیستند. اکثراً در ارتباط پرستار- پزشک، پرستارها سعی می‌کنند همکار خود را ضایع کنند. این چیزی است که من اکثر جاها آن را دیدم."

کسب حمایت از مافوقان پرستاری، انتظاری بوده است که در بیانات مشارکت‌کننده مطرح بوده است. مشارکت کننده‌ای در این رابطه اظهار نمود: " امروزه روابط مترون، سوپزوایزرها آن‌قدر تشریفاتی شده که پرستاران مدافعی ندارند."

تجربه مشارکت و کار گروهی یکی از جنبه‌های کسب حمایت در ارتباطات حرفه‌ای بیان شده که به ویژه در شرایط بحرانی ملموس بوده است. در این رابطه مشارکت کننده‌ای این تجربه را این‌گونه توصیف نمود: "در شرایط بحرانی، مقام (بالاتر بودن مقام) مهم (نیست) نبود، کار تیمی انجام می‌شود. در شرایط بحرانی، اختلافی وجود ندارد. در این زمان‌ها پرستاران در موقع کار همدیگر را پوشش می‌دهند و هر چه اختلاف نظر داشته باشند کنار می‌گذارند، هم فکری، همدلی و همکاری دارند و با هم متحدند. در شرایط بحرانی اختلافی وجود نداشت (ندارد) در این شرایط آدم احساس غرور می‌کند، نشاط برانگیز است."

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

نیاز به دانش و مهارت های به روز جهت مدیریت تعاملات

ارتباطی نیازمند دانش و مهارت به روز جهت مدیریت تعاملات، این مضمون اشاره به ضرورت درک تجربه شده توسط پرستاران در خصوص نیاز به دانش و مهارت‌های ارتباطی و مدیریتی به روز جهت اداره ارتباطات متنوع در محیط کاری پرستاران دارد که مشارکت‌کنندگان در بیانات خود برآن تاکید داشتند.

ارتباط حرفه‌ای در پرستاری ارتباطی متاثر از مهارت‌های ارتباطی است به طوری که مشارکت‌کننده‌ای بیان نمود: " به نظر من در محیط کار برای پرستارها سواد شان بهترین و مهارت‌های ارتباطی‌شان کمک‌کننده‌ترین چیزی است که می‌تواند احترام آن‌ها را نزد پزشکان بالا ببرد. ما باید بتوانیم سواد خودمان را آشکار کنیم. که این به وسیله مهارت‌های ارتباطی ممکن است. " مشارکت کننده‌ای دیگر به فقدان مهارت‌های ارتباطی با مضمون فقدان هنر ارتباطی اشاره نمود: "بعضی‌ها نمی‌توانند خوب صحبت کنند. همیشه سعی می‌کنند که فقط گوش بدهند. یا این‌که، هنر ارتباطی ندارند، که بتوانند ارتباط برقرار کنند."

ارتباط نیازمند تجربه، علم و مهارت مدیریتی است، مشارکت کننده‌ای در این رابطه اذعان نمود: "بالا بودن سطح علمی، هنر مدیریتی، تجربه کاری باعث می‌شود که در ارتباط با پزشکان مشکل نداشته باشم." ایجاد وحدت بین رده‌های مختلف مدیریت در پرستاری از ویژگی‌های مدیر پرستاری است که در ارتباطات حرفه‌ای موثر است. مشارکت‌کننده‌ای بیان نمود: "اگر وحدت بین رده‌های بالای مدیریت با مدیریت پرستاری وجود نداشته باشد. این شکاف در روند کار پرستاران اثر سوء دارد. بایستی مدیر پرستاری با سعه صدر خود این مشکل را حل کند، باید بین پرسنل و حوزه ریاست وحدت ایجاد کند. اگر رده‌های بالای مدیریت پرسنل را درک کنند، احترام به وجود آید، در نتیجه منجر به افزایش کارایی می‌شود. اگر وحدت باشد، آرامش حاکم می‌شود."

بکارگیری شیوه‌های نادرست در مدیریت و اثرات منفی آن بر ارتباط، توسط مشارکت کننده‌ای این‌گونه بیان شد: "سیستم پرستاری، سیستمی که ناظر پرستاری است طوری برنامه‌ریزی شده که ما پرستارها به هم خیلی اعتماد نداریم. در کل این ارتباط را خیلی جالب نمی‌بینم، قابل اطمینان نیست. آدم را جذب نمی‌کند، رضایتمندی از این ارتباط ندارم. این مدیر است که ارتباطات بین همکاران را شکل می‌دهد."

تقدیر و تشکر به عنوان یک راهبرد مدیریتی، از جمله مواردی بود که بر ارتباطات مشارکت کنندگان موثر بوده و در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود: "یک معضل اصلی وجود دارد و برای پرستارهایی که سال‌ها خوب کار می‌کند، عدم تقدیر و تشکر است. انسان مگر چقدر ظرفیت دارد. بعضی‌ها سعی می‌کنند با خدا ظرفیت معنوی خود را پر کنند. ولی همه این‌جوری نیستند. به طور کلی تقدیر و تشکر کم است. این روی ارتباط اثر می‌گذارد."

تاکید بر ارتباطات حضوری و چهره به چهره با پزشک، شکلی از ارتباطات بین حرفه‌ای است که پرستاران مشارکت‌کننده بر اثربخشی درمانی و سازمانی آن تاکید داشتند. در این رابطه مشارکت کننده ای بیان داشت: " پزشکان وقتی را در ارتباط، نه برای بیمار و نه پرستار نمی‌گذارند. حضور فیزیکی (پزشک) در بخش خیلی موثر است. آن‌ها باید در بخش بیشتر حضور داشته باشند، تا همدیگر را ببینیم رو در روی هم بودن و صمیمیت کردن، در پیشبرد اهداف بخش موثر است. ارتباط و حضور به نحوی که، از همدیگر اطلاعات بگیریم و اطلاعات بدهیم. (این سبب می‌شود) ارتباط بین پزشک، پرستار و بیمار با همدلی صورت گیرد."

واکنش به کنش ناشی از عوامل مختلف

واکنش به کنش ناشی از عوامل مختلف، اعم از عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، از مضامین مهمی بوده است که اشاره به تلاش‌های پرستاران در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

مواجهه با عوامل مختلف فردی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی موثر در ارتباطات حرفه‌ای و مقابله با آن‌ها را دارد.

عوامل زیر در تجارب ارتباطی پرستاران موثر شناسایی شده است. این عوامل با شاهد هایی از بیانات مشارکت کنندگان ارایه شده است. یکی از این عوامل ارتباط دستوری بوده است. مشارکت کننده‌ای این ارتباط را این‌گونه توصیف نموده است: "ارتباط پرستار و پزشکان (مکث) کلاً بگم نسبت به پرستارها خیلی خوب نیست. پزشک فکر می‌کند من غلام حلقه به گوش او می‌باشم. او فکر می‌کند در راس هرم است من این پایین هستم." *وجود دیدگاه‌های متناقض جامعه نسبت به دو رشته پرستاری و پزشکی* از دیگر عوامل می‌باشد، در این رابطه مشارکت کننده‌ای بیان داشت: "رتبه پزشکان در جامعه خیلی بالاست. در کل خیلی به رشته پرستاری بها داده نشده است" و نیز *وجود نگرش مثبت پزشکان نسبت به حرفه و نیز نگرش منفی آنان نسبت به حرفه پرستاری (خود خواهی حرفه‌ای):* "از اول دیدشان آن بود که پرستار نمی‌خواهد کار کند، پرستارها اشتباه می کنند انگار فقط دل پزشکان برای بیمار می‌سوزد. اما پرستارها نه. در حالی‌که بیشترین ارتباط را ما با مریض‌ها داریم. بیماران که از این‌جا می‌روند همه شان از این بخش راضی هستند. ولی آن‌ها (پزشکان) همه اش ایراد می‌گیرند."

فاصله مالی غیر منطقی موجود بین دو حرفه از دیگر عوامل موثر تجربه شده است: "اگر از لحاظ مالی تعدیل صورت گیرد، این احساس هم تعدیل می‌شود" و نیز نقش *عوامل اقتصادی* به عنوان عامل موثر بیان شده است: "مسائل مالی روی کار خیلی اثر می‌گذارد. من این حس را داشتم که مشکلات و معضلات مالی خیلی زیاد در حرکات، رفتار و ارتباط موثر است." *برخورداری ازسلامت و رفاه* نیز موثر بر ارتباط حرفه‌ای تجربه شده است: " برای یک ارتباط سلامت جسمی و روانی سالم شرط است.کمبودها و مشکلاتی که در محیط کار وجود دارد. گاهی می‌خواهی چیزی به مریض بدهی، اما نمی‌توانی، می‌خواهی چیزی به همکارت بدهی، نمی‌توانی." "اگر پرستاری که توانمند است و کشیک‌های زیادتری ارائه می‌دهد. حقوق او به موقع پرداخت شود مسلماً نتایج بهتری در کارکرد، در برخوردها، در ارتباطات، خواهد داشت"، این عوامل بر ارتباطات پرستاری موثر شناخته شده است.

به علاوه واکنش پرستاران به این عوامل متعدد بوده است. در این رابطه واکنش پرستاران به ارتباط دستوری پزشکان متنوع بوده است. این واکنش‌ها به شکل *اضطراب*: "پزشکانی که یک مقدار سخت برخورد می‌کردند، برای من اضطراب زا بود، تا کی کارد می‌شدم"، سکوت: "یکی از چیزها که باعث میشه من در مقابل پزشک در ارتباط با بیما ر نتوانم حرف بزنم. به ویژه در موقع ویزیت (آن است که) ممکن است حرمت شکنی کند. لذا من احساس می‌کنم که اگه کمی دست به عصا رفتار کنم بهتر است. یک وقت چون بی‌حرمتی می‌کنند. بچه‌ها به خاطر حرمت شکنی‌شان سعی می‌کنند سکوت کنند"، *نادیده گرفتن* خود: "اینکه پزشک رعایت می‌کند یا نه، (اما) من وظیفه‌ام را انجام بدهم. من حریم خودم را رعایت می‌کنم. من وظیفه دارم با او به ویزیت بروم. من وظیفه دارم اگر پزشک دستوری را فراموش کند به او یادآوری کنم (اگر پرستار این گونه رفتار کند) در این صورت مشکلی پیش نمی‌آید. پس فقط وظیفه کاری‌اش را انجام می‌دهد. دیگر صمیمی نمی‌شود"، *مقابله به مثل*: "همان‌گونه که پزشکان در رفتار خود با پرستاران انتخابی عمل می‌کنند، من پرستار هم پزشک را انتخاب می‌کنم"، *تلاش در جهت ابراز* خود: " من تا به حال با پزشکان مشکل نداشتم. خیلی وقت‌ها سر ویزیت آن‌چه دیده‌ام را توضیح می‌دهم. اینجا پزشکان به نظرات ما اهمیت می‌دهند خیلی مواقع نظرات ما را قبول کرده‌اند"، تجربه شده است.

کسب اعتماد اجتماعی از جمله تلاش پرستاران به دیدگاه جامعه به پرستاری است. در این رابطه مشارکت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

کننده‌ای این تلاش را این‌گونه بیان می‌دارد: "اول این‌که ارتباط پرستاری خیلی توی دید است. دید همکاران، بیماران، همراهان بیمار، همه می‌بیند و به چشم می‌آید. این ارتباط باید طوری باشد که هم خود بیمار، هم همکاران، هم پزشک و هم همراهان بیمار راضی باشند. بعد چون با آدم‌های مختلفی سروکار داریم باید یک جوری رفتار ما قابل توجیه از لحاظ فرهنگی و اجتماعی باشد. طوری نباشد که رفتار ما ظاهر بدی داشته باشد."

از طرفی کسب اعتماد علمی نیز از دیگر تلاش‌های پرستاران در انطباق با دیدگاه‌های متفاوت و نادرست در رابطه با پرستاران می‌باشد. مشارکت کننده‌ای در این رابطه بیان داشت: "پزشک باید به پرستار خود اعتماد کند. هر چه مهارت ما بیشتر باشد، بهتر ارتباط برقرار می‌کنیم. (اگر) هم از لحاظ علمی و هم از لحاظ عملی بالاتر باشیم بهتر می توانیم کنار بیاییم. اعتماد علمی اگر وجود داشته باشد، ارتباط (با پزشک) را تسهیل می‌کند. من به واسطه علم و رفتارم این اعتماد را ایجاد کردم."

مکمل نقصان ارتباط پزشک- بیمار

پنجمین مضمون اصلی ارتباط حرفه‌ای در پرستاری مکمل نقصان ارتباط پزشک- بیمار بوده است. این مضمون شامل زیر مضامین زیر بوده است که با شاهدهایی از بیانات مشارکت کنندگان ارایه می‌گردد.

واسطه ارتباط: "نقش پرستار در تسهیل ارتباطات پزشک- بیمار، به نظر من خیلی زیاد است. چون ارتباط او با بیمار بیشتر از پزشک است و بیمار ساعت (یا زمان) کمتری پزشکش را می‌بیند"، ارتباطی جبرانی: "احساس می‌کنم دارم حق او (بیمار) را به او می‌دهم، او حق دارد که بداند و می‌خواهم این حق او را ادا کنم و کم کاری پزشک را جبران کنم" و ارتباطی افزاینده اعتبار (پزشک نزد بیمار): "من فکر می‌کنم ما باید با پزشکان محترمانه برخورد کنیم. اعتبار پزشک را پیش بیمار خیلی بالا ببریم این شرایط را بوجود بیاوریم که بیمار ما به پزشکش اعتماد پیدا کند و ما در ایجاد این اعتماد خیلی موثر هستیم."

اساس هویت و اجتماعی شدن حرفه ای

اساس هویت و اجتماعی شدن حرفه‌ای، این مضمون، ارتباطات در پرستاری را با رعایت بعضی از معیارها به شکلی حرفه‌ای مطرح می‌سازد و با رعایت آن‌ها هویت حرفه‌ای پرستاران تحکیم می‌گردد. مشارکت‌کننده‌ای در این خصوص اظهار نمود: "به نظر من کسی که پرستار است باید با اصول ارتباط آشنا باشد. چون چه بخواهد چه نخواهد باید با دیگران ارتباط داشته باشد. یعنی چه طبق میل او باشد چه خلاف آن. چون بدون این ارتباط شغل او پیشرفت نمی‌کند و اصلاً موثر نیست. در پرستاری ارتباط نقش اول را به عهده دارد."

رعایت حد و مرزها و حد و مرز جنسیتی، زیر مضمونی است که اساس هویتی و اجتماعی حرفه را مشخص می‌کند. در این رابطه مشارکت کننده‌ای بیان داشت: "من فکر می‌کنم غیر از این‌که افراد باید کمی رسمی برخورد کنند، در این‌جا مثل خانواده هستیم. اما این ارتباط باید حد و مرز داشته باشد بخصوص رشته ما که ارتباط با آقایان هم داریم. ارتباط با آقایان باید حد و مرزی داشته باشد."

زیر مضمون صمیمیت همراه با حفظ حریم، به این‌گونه توصیف گردید: "در ارتباط باید صمیمیت وجود داشته باشد. صمیمیتی که حریم‌ها در آن شکسته شود، مشکل ایجاد می‌کند. صمیمیت با حفظ حریم خیلی خوب است."

ارتباطات بر اساس سلسله مراتب در حرفه پرستاری اساس هویتی و اجتماعی حرفه را نشان می‌دهد: "یک سری سلسله مراتب هم در ارتباطات باید رعایت شود. من که سابقه کمی دارم، باید به کسی که سابقه کاری بیشتری دارد از لحاظ تجربه، احترام خاص بگذارم. من به «احترام رئیس و مرئوس معتقدم»."

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

هویت حرفه ای وابسته به حمایت مافوق و اتحاد حرفه‌ای در پرستاری است. درخصوص زیر مضمون حمایت مافوق مشارکت کننده‌ای اظهارداشت: "باید از مترون شروع کرد. این مسئولیت بالاترها است زیرا آن‌ها هستند که سیستم ارتباط حرفه‌ای را شکل می‌دهند."

اتحاد حرفه‌ای به این‌گونه بیان شده است: "ما باید رتبه پرستاری را بالا ببریم اگر نتوانیم تغییر کلی به وجود بیاوریم. باید خودمان بین خودمان احترام بگذاریم. (به طوری که) به همه احترام می‌گذاری ولی از حقوق (خودت هم) در مقابل دیگران به موقع و به جا دفاع می‌کنی. ما پرستارها باید خودمان از خودمان دفاع کنیم هم از خودم و و هم همکار پرستارم."

زیر مضمون اعتماد به نفس پایین حرفه‌ای عامل ارتباط ناموفق حرفه‌ای تجربه شده است: "به خاطر این‌که اعتماد به نفس ندارند. رشته خود را دوست ندارند، رشته شان را خیلی پایین‌تر می‌بینند، رشته خودش را پیش پا افتاده می‌بینند، این باعث می‌شود در ارتباط خودش را نبیند."

ارتباطی نیازمند ایفای نقش الگویی، اشاره به شکلی از روابط است که در آن پرستاران الگویی نقشی را ابراز می‌کنند. با بکارگیری این شیوه در ارتباطات، هویت حرفه‌ای پرستاران رشد یافته و ارتقا می‌یابد: "باید پرستارهای با تجربه‌تر به پرستارهای جدید یک حس خوب بدهند. ما باید عشق را در آن‌ها بوجود بیاوریم. باید اول محبت کنیم خودمان دست آن‌ها را بگیریم، به راحتی تجربه‌های خود را در اختیار آن‌ها قرار بدهیم و بعد در حین این‌که به آن‌ها محبت می‌کنیم به آن‌ها یاد بدهیم با بیماران هم به این شکل برخورد کنند. او یاد می‌گیرد که با بیمار چگونه برخورد کند (نقش الگویی در مافوق) و آن‌هم راه درست می‌رود."

از دیگر یافته‌های این پژوهش، بیان تجربه‌گذار از روش‌های سنتی به روش‌های جدید و مشارکتی در ارتباطات بوده است که این خود بر هویت و حرمت حرفه‌ای تاثیر می‌گذارد. مشارکت کننده‌ای در این خصوص بیان کرد: "اعمال قدرت سبب می‌شود که پرستار تحقیر شود. این سبب می‌شود که از حرمت پرستاری کاسته شود. من احساس می‌کنم پرستاری نسبت به گذشته بهتر شده، آن نظم و خشونت که قبلاً در پرستاری وجود داشت، الان نیست. فکر می‌کنم اگر همه با هم کار کنیم، هم‌تراز هم کار کنیم، هم اندازه هم‌کار کنیم، این‌طوری سریعتر به نتیجه می‌رسیم."

بحث

هدف از این مطالعه توصیف و ادراک تجربه پرستاران از مفهوم ارتباط حرفه‌ای بوده است. در این پژوهش مشارکت‌کنندگان ارتباط حرفه‌ای در پرستاری به‌طور ویژه توصیف نمودند. مضمون ویژه بودن یکی از مضامینی است که درک پرستاران مشارکت کننده را از ارتباطات حرفه‌ای در پرستاری توصیف نموده و ماهیت ارتباط در پرستاری را از دیگر حرف جدا می‌سازد و حیاتی بودن آن را در کمک به سلامت بیمار نشان می‌دهد. این مضمون و زیر مضامین مرتبط با آن از مضامین جدیدی است که در این پژوهش آشکار گردیده است. بشر دوستی به عنوان یکی از معیارهای یک حرفه شناخته شده است(۱۶،۱۵). ظهور مضمون بشر دوستی نشانه اهمیت این مضمون در ارتباطات تجربه شده مشارکت‌کنندگان بوده است. اگرچه تحقیقات گوناگون موید نقش پرستاران در ایجاد جو عاطفی و معنوی در ارایه مراقبت‌ها و اثرات آن در رابطه با بیمار داشته است(۱۷،۱۸) اما در این پژوهش توجه پرستاران به کسب انرژی روانی در ارتباط با بیماران یک نتیجه منحصر به فرد در این پژوهش بوده است و موید آن است که اثر بخشی ارتباط پرستار و بیمار دو طرفه می‌باشد و پرستاران در این ارتباط در تلاش و جستجوی معنی می‌باشند.

تامین حمایت اجتماعی- روانی

حمایت شدن بوسیله پذیرش، یاری شدن و دفاع

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

شدن توسط دیگران در محیط کاری درک می‌شود. مطالعات نشان داد، عناصر یک محیط حمایت‌کننده در پرستاری کار تیمی، پذیرش و احساس اهمیت شخصی، آزادی برای پرسش سوالات و ابهامات، روابط کاری خوب می‌باشد. این عوامل حرفه‌ای شدن و خود مختاری در پرستاری را ارتقاء می‌دهد. ولی در عمل بسیاری از پرستاران چنین محیط کاری حمایتی را تجربه نمی‌نمایند و نیاز به تلاش بیشتر برای کسب حمایت دارند(۱۹) در همین رابطه پرستاران مشارکت‌کننده نیز بر جنبه حمایتی محیط کار و آشکار شدن این حمایت در روابط آنان با پزشکان، مافوق پرستاری و همکاران پرستار تاکید داشته و نیاز به آن را به شیوه‌های گوناگون بیان داشتند.

تجربه مشارکت وکارگروهی درشرایط بحرانی یکی از جنبه‌های کسب حمایت در ارتباطات حرفه‌ای بیان گردید. در حالی‌که فشارهای ارتباطی در محیط کار پر استرس، نظیر بخش فوریت‌ها، چالشی‌هایی را برای ارائه یک مراقبت با کیفیت بالا ایجاد می‌کند و در این شرایط ارتباطات نامناسب و ناکافی کادر درمان به ویژه در قبال بیماران و خانواده آنان علل اصلی صدمات بالینی و اتفاقات ناخوشایند شناخته شده است(۲۰)، تجربه ارتباطی در شرایط پرفشار از دید پرستاران مشارکت کننده در این پژوهش خوشایند و نشاط برانگیز تلقی شده است. این ادراک به واسطه تجربه رابطه مشارکتی و تیمی برای ارائه خدمات بوده است.

ارتباط موثر یک مهارت ضروری برای عملکرد پرستار حرفه‌ای شناخته شده است(۵). نیاز به دانش و مهارت‌های به روز جهت مدیریت تعاملات، از مضامین مهمی است که منتج به ارتباط موثر می‌گردد که در این پژوهش بر آن تاکید شده است. مطالعات نشان داد هنگامی که پزشکان روش‌های غیر دستوری و احترام‌آمیز را در ارتباطات دارند، رضایت پرستاران بالاتر است(۲۱) که نتایجی مشابه با تحقیق حاضر بوده است که نشان‌دهنده لزوم بکارگیری مهارت‌های ارتباطی هم توسط پرستاران و هم پزشکان می‌باشد. به عبارتی رضایت در ارتباط نسبی بوده و بسته به دانش، مهارت و بکارگیری آن توسط طرفین ارتباط دارد.

در خصوص تعاملات غیر رسمی و نقش آن در بهبود ارتباطات، مطالعه اتنوگرافی در رابطه با مشارکت بین حرفه‌ای محیط‌های بالینی نشان داد، راندهای بین حرفه‌ای و ارتباطات غیر رسمی نظیر مکالمات در کریدور[1]، تعدادی از راهبردهای مفید برای فائق آمدن بر مشکلات ارتباطی کارکنان درمانی با همدیگر، بوده است(۲۲). در پژوهش حاضر نیز، نیاز به حضور و تعامل بیشتر پزشکان و پرستاران و تبادل اطلاعات از همدیگر از طریق ارتباط حضوری و چهره به چهره از موارد مطرح در بهبود ارتباطات حرفه‌ای بیان گردید.

شناسایی عوامل تاثیرگذار بر رضایت شغلی و بهبود آن از اهمیت ویژه‌ای برخورداراست. در یک مطالعه مروری آشکار گردید که عواملی نظیر ارتباط با مافوق در محیط کاری و روش‌های مشارکتی در تصمیم‌گیری‌ها از عوامل مهم در تعهدات سازمانی و رضایت کاری بوده است(۲۳). در این پژوهش بکارگیری شیوه‌های نامناسب در مدیریت عامل ارتباطات ناموفق همراه با بدبینی، سوءظن و ناامیدی و نارضایتی در محیط کاری بوده است. و از طرفی مشارکت‌کنندگان بالا بودن سطح علمی و هنر مدیریتی و تجربه کاری را از موارد مهم در مدیریت تعاملات قلمداد نمودند. در همین رابطه یک مطالعه مروری آشکار نمود، عوامل فشارزا و شیوه‌های مدیریتی، روابط غیر موثر مافوق(۲۴) و نیز رفتار حمایتی مدیر(۲۵) عواملی اثرگذار بر رضایت‌مندی پرستاران می‌باشند. نتایج پژوهش حاضر حاکی از تجربه اثرات این عوامل بر ارتباطات حرفه‌ای مشارکت‌کنندگان بوده و در این رابطه نارضایتی وجود داشته است.

ارتباط حرفه‌ای در پرستاری شدیداً وابسته به مهارت‌های مدیر در ارتباط با رده‌های بالای مدیریتی

1. corridor conversations

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

است. در همین رابطه بکارگیری روش‌های مشارکتی توسط مدیران پرستاری هم بر پیامدهای بیماران موثر بوده و هم می‌تواند به عنوان الگویی توسط کارکنان بکار گرفته شود(۲۱). در این پژوهش نیز نحوه ارتباط مافوق در پرستاری با رده‌های بالای مدیریتی منجر به اثرات مطلوب بر محیط کاری پرسنل بیان گردید.

مطالعات نشان داد که فقدان تقدیر و تشکر منجر به کناره‌گیری و گوشه نشینی در پرستاران شده و این عوامل می‌تواند بر رضایت کاری موثر باشد(۲۶). به‌علاوه مراقبت موثر از بیمار، نیازمند نیروی انسانی ارزش گذاشته شده و تقدیر شده است(۲۷). در پژوهش حاضر نیز فقدان تقدیر و تشکر عامل ممانعت کننده در ارتباطات پرستاری و از عوامل مهم نارضایتی بیان شده است.

واکنش به کنش ناشی از عوامل مختلف

نتایج یک مطالعه آشکار نمود، دیدگاه کلیشه‌ای موجود در جامعه که پرستاران را به عنوان مشارکت‌کننده و کمک‌کننده و پزشکان را به عنوان تشخیص‌دهنده و بالادست می‌داند، سبب مشکلات ارتباطی و سوءتفاهمات می‌گردد(۲۸). نتایج تحقیق کنونی نیز بر این موضوع تاکید دارد به طوری که مشارکت کنندگان با ذکر این عوامل از اثرات منفی آن بر ارتباط شکایت داشته‌اند. در بین ارایه دهندگان خدمات بهداشتی، ارتباط کلید دستیابی به کیفیت خدمات شناخته شده است. طرح‌های ارتباطی (افقی یا مشارکتی و عمودی یا دستوری) موجود بین پزشکان و پرستاران از لحاظ کمک آن‌ها به جریان و سیر اطلاعات، تنوع شناختی، خود سازمان‌دهی و نوآوری و خلاقیت با هم متفاوت هستند(۲۹). ارتباط دستوری از بحث انگیزترین طرح‌های ارتباطی بوده است که همخوانی با بسیاری از تحقیقات انجام شده، داشته است نتایج تحقیقات نشان داده است، که ارتباطات دستوری مانعی برای شرکت فعال پرستاران براساس دانش و صلاحیت‌های حرفه‌ای در فرایند تصمیم‌گیری است. به علاوه حد و مرزهای موجود در روابط سلسله مراتبی منجر به جدایی پزشکان و پرستاران از هم و نیز مهارکننده ارتباط است(۲۱). مطالعات نشان داد رابطه دستوری پزشک- پرستار، اثرات منفی بر پرستاران و پزشکان، بر سیر و جریان اطلاعات راجع به بیمار بین پزشک و پرستار(۳۰) و بر رضایت کاری و بقا پرستاران داشته است(۲۴). نتایج یک مطالعه کیفی نشان داد اگرچه اعتماد، احترام و ابراز صلاحیت حرفه‌ای از عوامل کلیدی در ارتباط بین حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان توسط مشارکت کنندگان عنوان گردید و نیز با این‌که بعضی پرستاران و پزشکان به طور فردی روابط خوبی را با هم گزارش کردند، اما این تجربه در بین مشارکت‌کنندگان عمومیت نداشته است(۳۱). در این پژوهش اگر چه پرستاران به وجود رابطه دستوری پزشکان اذعان نمودند اما عواملی نظیر وجود اعتماد علمی و احترام دو جانبه در روابط کاری به ویژه در ارتباط با پزشکان و نیز ابراز توانایی‌های علمی و عملی و نیز ابراز قاطعیت در روابط را در ارتباطات با پزشکان تسهیل‌کننده و موثر دانسته‌اند. این نتیجه نیز یکی از نتایج منحصر به فرد در این پژوهش بوده است.

عوامل اقتصادی، برخورداری از سلامت روانی و جسمی و نیز تسهیلات و امکانات از دیگر موارد مطرح شده در واکنش پرستاران در ارتباطات بوده است. تفاوت زیاد حق‌الزحمه بین پزشکان و پرستاران هم به عنوان یک عامل اثرگذار در روابط پزشکان و پرستاران و هم به عنوان عاملی برای ایجاد فاصله طبقاتی که سبب ایجاد فشار و استرس در روابط پرستاران با دیگران می‌شود، به آن توجه شده است. این یافته به عنوان یک عامل اثرگذار در روابط در مطالعات دیگر نیز بیان گردیده است(۳۳،۳۲،۲۴).

مکمل نقصان ارتباط پزشک- بیمار

این مضمون اشاره به تلاش‌های پرستاران در جهت کاهش اثرات سوء نقصان ارتباط پزشک- بیمار دارد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

این مضمون از جمع بندی زیر مضامین واسطه ارتباط، ارتباط جبرانی و افزاینده اعتبار پزشک نزد بیمار، به دست آمده است. نتایج مشابه با این پژوهش در مطالعه‌ای با روش تحلیل محتوی بدست آمد که طرح‌های ارتباطی پزشک و پرستار در رابطه با بیمار را مشخص نمود، به طوری که بررسی اطلاعات با پزشک مربوطه، واضح سازی اطلاعات ارایه شده به بیمار، تشویق بیمار به مشاوره با پزشک، دفاع از صلاحیت پزشک نزد بیمار از جمله این طرح‌های ارتباطی بوده است(۱). اگرچه ارائه اطلاعات به بیمار یکی از حقوقی است که مورد توجه بسیاری از صاحب نظران می‌باشد و به بیمار جهت تصمیم‌گیری در درمان خود کمک می‌کند اما از مسئولیت‌هایی است که وضوح مشخصی ندارد. در حالی‌که پزشکان خود را تنها فرد مسئول برای ارائه اطلاعات به بیماران می‌دانند، پرستاران معتقدند که علاوه بر پزشکان، خود را موظف به ارایه اطلاعات به بیمار می‌دانند. به علاوه درمیان گذاردن اطلاعات در تیم مراقبت بهداشتی کیفیت اطلاعات ارائه شده بیمار را تضمین می‌کند. در حالی‌که بالعکس فقدان هم بستگی و بی‌ثباتی‌ها بین پزشک و پرستار و روش‌های متفاوت ارائه این اطلاعات به بیمار، اغلب موجد اضطراب و منجر به دریافت اطلاعات ناکافی می‌شود(۳۴). ارتباط تیم درمان و حضور کافی در بخش، که خود منجر به تبادل اطلاعات با همدیگر (پرسنل درمانی و به ویژه با پزشکان) و نیز ارتباط با همدلی می‌شود، از جمله موارد مهمی بوده که در تحقیق حاضر در بیانات مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشته‌اند. این موارد بر جنبه‌های گوناگون نقش پرستاران در ارتباط حرفه‌ای با پزشکان اشاره می‌کند.

اساس هویت و اجتماعی شدن حرفه‌ای

این مضمون اشاره دارد که ارتباط حرفه‌ای براساس هویت حرفه‌ای و اجتماعی شدن حرفه‌ای شکل می‌گیرد. حرفه‌ای شدن موضوعی مطرح در نظام‌های بهداشتی است(۲۰). در اطلاق یک شغل به عنوان یک حرفه، معیارهایی نظیر دارا بودن اساس دانش مرتبط، داشتن کد اخلاقی، دریافت اجرت براساس کار انجام شده، سازماندهی برای ارائه خدمات به مردم، داشتن استقلال در عمل، اجازه برای کار با استفاده از جواز مورد تایید، در نظر گرفته می‌شود(۳۵) در همین رابطه علاوه بر این معیارها در توصیف حرفه‌ای شدن پرستاری، ارتباط به طور فزاینده‌ای به عنوان معیار کیفیت پرستار حرفه‌ای مدنظر قرار دارد(۲۰).

اذعان به رعایت حد و مرزها و صمیمیت همراه با حفظ حریم و رعایت سلسله مراتب در روابط در ایفای وظایف حرفه‌ای در بیانات مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، نه تنها بیان یک اصل در روابط انسانی و سازمانی می‌باشد بلکه می‌تواند نشان‌دهنده توجه پرستاران به این فاکتورها به ویژه فرهنگی و مذهبی نیز باشد. تاکید نیاز به رعایت این اصول، یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد در این پژوهش بوده است.

تجربه حمایت شدن و اتحاد یکی از ملزومات در حرفه‌ای شدن است به طوری که شاغلین یک حرفه برای دستیابی به اهداف حرفه‌ای نیازمند حمایت و تشکیل انجمن‌ها و اتحادیه‌ها برای دستیابی به اهداف حرفه‌ای می‌باشند(۳۶). در این پژوهش علی‌رغم احساس نیاز مشارکت‌کنندگان به اتحاد حرفه‌ای متاسفانه کمبود ملموسی در این رابطه وجود داشت.

مشارکت‌کنندگان در ارتباطات حرفه‌ای به نقش الگویی که پرستاران می‌توانند ایفا نمایند، اشاره نمودند. مطالعات نشان داد نقش الگویی سبب ورود و ماندگاری پرستاران در این حرفه خواهد شد. به علاوه مطالعات بیانگر آن است که اجتماعی شدن حرفه‌ای پرستاران شدیداً تحت تاثیر ایفای نقش الگویی پرستاران در بالین و در حرفه قرار دارد(۳۷). اجتماعی شدن فرایندی اجتناب ناپذیر در هر حرفه است و نقش مهمی در توسعه و ارتقاء هویت حرفه‌ای بازی می‌کند. این فرایند با کسب اعتماد به نفس همراه می‌باشد(۳۸). مطالعات نتایج

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

متناقضی را در کسب اعتماد به نفس حرفه‌ای، نشان می‌دهند. به طوری که بعضی از مطالعات نشان دادند که پرستاران اعتماد به نفس پایین دارند(۴۱-۳۸) و تعدادی دیگر، پرستاران را قاطع و دلیر توصیف کرده‌اند(۳۸، ۴۴-۴۲). از دلایل این تفاوت‌ها می‌تواند عوامل قدرت حرفه‌ای، ساختار سلسله مراتبی و سیستم‌های حمایتی را نام برد(۳۸).

در همین رابطه مطالعات نشان داده بکارگیری روش‌های دستوری و خشک در ارتباطات حرفه‌ای اثرات منفی بر هویت حرفه‌ای پرستاران داشته و رشد روش‌های جدید ارتباطی و مشارکت می‌تواند هویت حرفه‌ای پرستاران را ارتقا دهد(۴۶،۴۵،۱۹). در این پژوهش مشارکت کنندگان نیز با اذعان به وجود روابط دستوری، به تغییر در شیوه‌های ارتباطی از روش‌های سنتی به روش‌های جدید و مشارکتی اشاره داشته‌اند که می‌تواند عامل موثری در ایفای نقش حرفه‌ای پرستاران باشد.

این مطالعه تجربه و ادراک پرستاران در خصوص ارتباطات در پرستاری را نشان می‌دهد و ممکن است این مطالعه شباهت‌ها و تفاوت‌هایی با دیدگاه‌های پزشکان و دیگر پرستاران داشته باشد. قدر مسلم تحقیقات بیشتر در این رابطه در فرهنگ‌های مختلف و نیز در بخش‌های خاص می‌تواند روشن‌کننده ابهامات در این رابطه باشد. در جمع‌بندی کلی مضامین می‌توان گفت ارتباط در پرستاری فرایندی، پویا، پیوسته و مداوم و اجتناب‌ناپذیر با ویژگی‌های منحصر به فرد و چند بعدی است که با صبر و تحمل و گذشت همراه شده و وابسته به رعایت حد و مرزها و اصول علمی ارتباطی و مدیریتی می‌باشد. در این میان ارتباطات با بیمار، منبع انرژی روحی و روانی برای پرستاران و ارتباط با پزشک، ارتباطی نسبی و در طی گذار از روش‌های سنتی به سمت روش‌های جدید و مشارکتی است و نیز وابسته به تجربه، توانایی‌های ارتباطی، مدیریتی و علمی پرستاران می‌باشد. ارتباط با همکار ارتباطی خوشایند، کمک‌کننده، یاری رسان و صمیمی و گاهی غیر حمایتی و نیز ارتباط با مافوق ارتباطی منوط به کارگیری روش‌های درست مدیریت در پرستاری و شکل دهنده سیستم ارتباطی در بین کلیه کادر پرستاری و نیز ارتباطی نسبی و مشروط می‌باشد.

پرستاران در توصیف این مفهوم آن را چالشی بزرگ در نظام سلامت دیده و سعی در سازگاری با معضلات بوجود آمده نموده و به نحوی با مثبت نگری، گذشت و فداکاری سعی در کاهش اثرات سوء و مشکلات ارتباطی موجود نموده است. تا در این رهگذر از اثرات آن بر روی سلامت بیمار بکاهند. برنامه ریزان آموزش حرفه پرستاری می‌توانند از این یافته‌ها در بهبود کیفیت ارتباطات در کلیه جنبه‌های آن بهره‌گرفته و در آموزش‌های دانشگاهی این دو رشته، مقوله‌های ارتباط حرفه‌ای و بین حرفه‌ای را جدی گرفته و با برنامه‌ریزی جهت فراگیری این مفاهیم به ویژه در برنامه‌ریزی‌های آموزشی بین این دو حرفه سعی نمایند تا از دوران دانشجویی نگرش‌ها نسبت به این دو حرفه اصلاح شده و با آشنایی با روش‌های جدید و مشارکتی و انجام کارآموزی‌ها و کارورزی‌های توام مربوط به این دو رشته بتوانند همکاری و مشارکت دانشجویان و شاغلین آینده این دو حرفه را جلب نموده و آن‌ها را برای انجام کار تیمی و مشارکتی آماده نمایند. زیرا از دید سازمانی، در سیستم مراقبت بهداشتی، برای رسیدن به مرحله خود سازماندهی و نوآوری و خلاقیت نیازمند شیوه‌های نوین و موثر ارتباطات در محیط کاری می‌باشیم تا با اجرای آن اطلاعات جریان واضحی داشته و تنوع شناختی واقع شود و مرحله خود سازماندهی موثر و نوآوری در سازمان شروع گردد(۲۹). تا به واسطه آن هدف نهایی نظام سلامت که ارتقاء سطح سلامت بیمار و جامعه می‌باشد، محقق گردد.

در ادامه پیشنهاد می‌شود در خصوص مفهوم ارتباط، دیدگاه پزشکان نیز مورد بررسی قرار گرفته تا دید جامع و منصفانه‌ای نسبت به این مفهوم جهت هماهنگی‌ها و بیان انتظارات و مداخلات لازم، به دست آید.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

سپاسگزاری

در پایان از مساعدت و همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در اجرای این تحقیق دانشجویی مرتبط با درس چالش‌ها در پرستاری و نیز اساتیدی را که زحمت بازنگری مطالعه را داشته‌اند، سپاسگزاری می‌گردد. را به علاوه ازهمکاری مسئولین محترم بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مشارکت‌کنندگان در پژوهش که در اجرای این پژوهش و در دستیابی به نتایج بر اساس هدف پژوهش حاضر، محققین را کمک و یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Williams CA, Gossett MT. Nursing communication: advocacy for the patient or physician? Clin Nurs Res 2001; 10(3): 332-340.
2. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. Crit Care Med 2003; 31(3): 956-959.
3. Apker J, Propp KM, Zabava Ford WS, Hofmeister N. Collaboration, credibility, compassion, and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. J Prof Nurs 2006; 22(3): 180-189.
4. MacDonald JA, Herbert R, Thibeault C. Advanced practice nursing: Unification through a common identity. J Prof Nurs 2006; 22(3): 172-179.
5. Doran DI, Sidani S, Keatings M, Doidge D. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. J Adv Nurs 2002; 38(1): 29-39.
6. Parissopoulos S, Kotzabassaki S. Orem's self-care theory, transactional analysis and the management of elderly rehabilitation. ICUS Nursing Web Journal 2004; 17: 1-11
7. McGrail KA, Morse DS, Glessner T, Gardner K. "What is found there": qualitative analysis of physician-nurse collaboration stories. J Gen Intern Med 2009; 24(2): 198-204.
8. Hojat M, Gonnella JS, Nasca ThJ, Fields SK, Cicchetti A, Scalzo Al. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. Int J Nurs Stud 2003; 40(4): 427-435.
9. Steinbrook R. Nursing in the crossfire. N Engl J Med 2002; 346(22): 1757-1766.
10. Boone BN, King ML, Gresham LS, Wahl P, Suh E. Conflict Management training and nurse-physician collaborative behaviors. J Nurses Staff Dev 2008; 24(4): 168-175.
11. LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: Methods, critical appraisal and utilization. 5th ed. St. Louis, Mo: Mosby, 2002.
12. Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative research methods. Tehran: Booshra Publication, 2004.
13. Polit DF, Beck ChT. Nursing research, generation and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelfia: Wolters Kluwer Health/ lippincott Williams & Wilkins, 2008
14. MacNee CL, McCabe S. Understanding nursing research: using research in evidence-based practice. 2nd ed. Philadelphia, Pa. : Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
15. Vanaki Z, Memarian R. Professional ethics: beyond the clinical competency. J Prof Nurs 2009; 25(5): 285-291.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

16. Surdyk PM, Lynch DC, Leach DC. Professionalism: identifying current themes. Curr Opin Anaesthesiol 2003; 16(6): 597-602.
17. Bolton SC. Who cares? Offering emotion work as a 'gift' in the nursing labour process. J Adv Nurs 2000; 32(3): 580-586.
18. Wright KB. Professional, ethical, and legal implications for spiritual care in nursing. Image J Nurs Sch 1998; 30(1): 81-83.
19. MacIntosh J. Reworking professional nursing identity. West J Nurs Res 2003; 25(6): 725-741.
20. Slade D, Scheeres H, Manidis M, Iedema R, Dunston R, Stein-Parbury J, et al. Emergency communication: the discursive challenges facing emergency clinicians and patients in hospital emergency departments. Discourse & Communication 2008; 2(3): 271-298.
21. Manojlovich M, Antonakos C. Satisfaction of intensive care unit nurses with nurse-physician communication. J Nurs Adm 2008; 38(5): 237-243.
22. Conn LG, Lingard L, Reeves S, Miller KL, Russell A, Zwarenstein M. Communication channels in general internal medicine: a description of baseline patterns for improved interprofessional collaboration. Qual Health Res 2009; 19(7): 943-953.
23. Kangas S, Kee CC, McKee-Waddle R. Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. J Nurs Adm 1999; 29(1): 32-41.
24. Coomber B, Barriball KL. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of research literature. Int J Nurs Stud 2007; 44(2): 297-315.
25. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Aff (Millwood) 2001; 20(3): 43-53.
26. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. J Adv Nurs 2000; 32(2): 454-464.
27. Horton K, Tschudin V, Forget A. The value of nursing: a literature review. Nurs Ethics 2007; 14(6): 716-740.
28. Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesh M, Hallberg IR. Patient advocacy: barriers and facilitators. BMC Nurs 2006; 5: 3.
29. Colón-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): 173-188.
30. Knoll M, Lendner I. Nurses' perspective on interprofessional communication on an intensive care unit. Pflege 2008; 21(5): 339-351
31. Pullon S. Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. J Interprofe Care 2008; 22(2): 133-147.
32. Stein-Parbury J, Liaschenko J. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. Am J Crit Care 2007; 16(5): 470-477.
33. Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. Am J Nurs 2005; 105(1): 54-56.
34. Moret L, Rochedreux A, Chevalier S, Lombrail P, Gasquet I. Medical information delivered to patients: Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. Patient Education and Counseling 2008; 70(1): 94-101.
35. Pinkerton S. The Future of Professionalism in Nursing. 2008. Available at: http://

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

findarticles.com/p/articles/mi_m0FSW/is_3_19/ai_n18612039. Accessed July 11, 2011.

36. Bruhn JG. Being good and doing good: the culture of professionalism in the health professions. Health Care Manag (Frederick) 2001; 19(4): 47-58.
37. Price SL. Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. J Adv Nurs 2009; 65(1): 11-19.
38. Mooney M. Professional socialization: the key to survival as a newly qualified nurse. Int J Nurs Pract 2007; 13(2): 75-80.
39. Begley CM, White P. Irish nursing students' changing self-esteem and fear of negative evaluation during their preregistration programme. J Adv Nurs 2003; 42(4): 390-401.
40. Clark JM, Maben J, Jones K. Project 2000: perceptions of the philosophy and practice of nursing: shifting perceptions—a new practitioner? J Adv Nurs 1997; 26(1): 161-168.
41. Philpin SM. The impact of 'Project 2000' educational reforms on the occupational socialization of nurses: an exploratory study. J Adv Nurs 1999; 29(6): 1326-1331.
42. Gerrish K. Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse. J Adv Nurs 2000; 32(2): 473-480.
43. Amos D. An evaluation of staff nurse role transition. Nurs Stand 2001; 16(3): 36-41.
44. Evans K. Expectations of newly qualified nurses. Nurs Stand 2001; 15(41): 33-38.
45. Laschinger HKS, Shamian J, Thomson D. Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout quality of care, and work satisfaction. Nurs Economics 2001; 19(5): 209-219.
46. Nedd N. Perceptions of empowerment and intent to stay. Nurs Econ 2006; 24(1): 13-18.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]