

Nurses' Experiences about the challenges of Nurse-Physician Professional Relationships, in 1390

Mahmoodian F¹, Seyed Jafari SM^{*2}, Keshmiri M³, Azimi A⁴, Vosoughi MH²

¹ Faculty member of Department of medical ethics and philosophy of health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

² General Practitioner, Department of medical ethics and philosophy of health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³ MA in Medical Journalism, Department of medical ethics and philosophy of health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁴ Ophthalmology resident, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Introduction: The nurse-physician relationship seriously affects the treatment outcome. Moreover, the treatment process is influenced by the type of clinical relationships and interactions and various challenges are encountered in this regard. Therefore, the present study aimed to evaluate the nurses' experiences about the challenges of nurse-physician professional relationships.

Method: In this qualitative, phenomenological study, the data were gathered from 16 nurses using 12 open ended questions. The participants were selected through purposive sampling. After all, the data were analyzed using qualitative content analysis and Colaizzi method.

Results: The nurses' most important problem was not being respected by the physicians (40%). In addition, lack of coordination mostly resulted from the physicians' unfamiliarity with the nurses' roles (20%) and clinical rounds without the presence of nursing staff (20%). Yet, this relationship was believed to improve by respecting the nurses (33.3%) and team work (73.3%). The phenomenological issues in this study included the nurses' problems in their professional relationships with physicians, lack of coordination among the nurses and physicians, execution of orders by nurses, physicians' features according to nurses' opinions, the nurses' mental image of physicians, nurses' reaction to physicians' notifications, and nurses' ideas about improvement of their professional relationships with physicians.

Conclusion: Considering the importance of respect among the treatment staff in treatment processes, ethics and interactional skills are necessary to be trained in both medical and nursing groups. Moreover, supervising and controlling the professional relationships in treatment centers and hospitals can improve the professional and occupational statuses to a great extent. Yet, further studies are required to be conducted in other treatment centers.

Keywords: Ethics, Relationship, Nurse, Physician, Patient care

Sadra Med Sci J 2013; 2(1): 31-42

Received: Apr. 28th, 2013

Accepted: Dec. 13th, 2013

* Corresponding Author: **Seyed Jafari SM**. General Practitioner, Department of medical ethics and philosophy of health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, smsj1366@yahoo.com

مجله علمی علوم پزشکی صدرا

دوره ۲، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۲، صفحات ۳۱ تا ۴۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۹/۲۲ تاریخ دریافت: ۹۲/۰۲/۰۸

مقاله پژوهشی
(Original Article)

تجربه پرستاران در خصوص چالش‌های روابط حرفه‌ای پزشک و پرستار در سال ۱۳۹۰

فرزاد محمودیان^۱، سیدمرتضی سیدجعفری^{۲*}، مهسا کشمیری^۳، علی عظیمی^۴، محمد حسین وثوقی^۵

^۱ هیات علمی گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز- شیراز- ایران

^۲ پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز- شیراز- ایران

^۳ کارشناس ارشد پرستاری- دانشجوی رشته ی مدیکال ژورنالیسم- شیراز- ایران

^۴ دستیار تخصصی رشته ی چشم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز- شیراز- ایران

^۵ پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز- شیراز- ایران

چکیده

مقدمه: چگونگی ارتباط حرفه ای و شغلی پزشک با پرستار بازده درمانی را تحت تاثیر جدی قرار می‌دهد. از آنجا که فرآیند درمان سخت تحت تأثیر نوع تعاملات و ارتباطات بالینی است و در این راه چالش های متفاوتی وجود دارد، این مطالعه به منظور بررسی تجربه پرستاران در خصوص چالش های موجود در روابط حرفه ای بین پزشک و پرستار انجام شد.

مواد و روش: مطالعه حاضر به صورت کیفی و از نوع پدیدارشناسی بود. داده‌ها با استفاده از ۱۲ سوال بازپاسخ از ۱۶ نفر از کارشناسان پرستاری جمع‌آوری شد. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند، جهت دستیابی به تجربه غنی از موضوع مورد تحقیق انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از تحلیل محتوا با رویکرد استقرایی و با استفاده از روش کلایزی (Colaizzi) تحلیل شد.

یافته‌ها: مهم‌ترین مشکل در تجربه پرستاران، مورد احترام قرار نگرفتن آنها از جانب پزشک‌ها بود (۴۰٪). مهم‌ترین علل ناهماهنگی، عدم شناخت پزشک‌ها از پرستارها (۲۰٪) و راندهای بالینی بدون حضور پرستاران (۲۰٪) بودند. در خصوص عوامل موثر در بهبود این رابطه، ۳۳/۳٪ احترام به پرستارها، و ۷۳/۳٪ انجام درمان بصورت کار گروهی را مطرح نمودند. مضامین پدیدار شده در این مطالعه شامل مشکلات پرستاران در رابطه حرفه‌ای با پزشکان، ناهماهنگی پزشکان و پرستاران، اجرای دستورات توسط پرستاران، صفات شاخص پزشک بر اساس نظرات پرستاران، معیارهای یک پرستار ایده آل براساس نظرات پرستاران، اثرات حضور پرستار در راندهای آموزشی - درمانی از نظر پرستاران، تصویری ذهنی پرستاران از پزشک، عکس العمل پرستار در مواقع تذکر دادن مطالبی از سوی پزشک و نظر پرستاران درباره ارتقاء کیفیت رابطه ی حرفه ای پزشکان و پرستاران بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به ضرورت احترام اعضای تیم درمان در فرآیندها و پروسه‌های درمانی، نیاز به آموزش اخلاق و مهارت‌های ارتباطی به صورت آموزش هم زمان گروه های پزشکی و پرستاری احساس می شود. نظارت و کنترل بر روند ارتباطات حرفه ای و شغلی در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها می تواند با مراقبت از انجام آیین نامه ها و قوانین مرتبط وضعیت حرفه ای و شغلی را به نحو چشمگیری بهبود بخشد. انجام مطالعات در سایر مراکز درمانی توصیه می گردد.

واژگان کلیدی: اخلاق، پرستار، پزشک، ارتباط، مراقبت از بیمار

*نویسنده مسئول: سیدمرتضی سیدجعفری، پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، خیابان زند، دانشکده پزشکی، ساختمان شماره ۳، طبقه نهم ساختمان کتابخانه گرگانی
نژاد، گروه اخلاق پزشکی، شیراز، ایران، smsj1366@yahoo.com

مقدمه

می‌کند. با توجه به این که پرستاران و پزشکان در سبک زندگی حرفه‌ای خود پیوسته با مفاهیم اخلاقی درگیر می‌باشند و پایه‌های سبک زندگی آنان بر اخلاق حرفه‌ای استوار است و این اخلاق به سبک زندگی آنان معنی و جهت می‌دهد و نظر به این که مقوله‌ی اخلاق در سبک ارتباط پرستاران و پزشکان از مهم‌ترین مسایل در درمان است و رابطه شغلی پرستار - پزشک مستقیماً بر نتیجه درمان تاثیر می‌گذارد و با توجه به ضرورت وجود ارتباط و همکاری میان پزشکان و پرستاران در جهت دستیابی به اهداف مشترک درمانی، در جهت ارتقاء کیفیت مراقبتی از بیمار، به منظور کشف کامل علل و حقایق موجود؛ مطالعه حاضر با هدف بررسی تجربه پرستاران در خصوص چالش های موجود در روابط حرفه ای بین پزشک و پرستار به شیوه‌ی مطالعه‌ی کیفی از نوع پدیدارشناسی انجام شد.

مواد و روش

مطالعه حاضر به صورت کیفی انجام شد. در این مطالعات تمرکز بر زمینه‌ی وقوع رفتارها و پدیده‌ها در بستر ظهورشان است (۸). برای دستیابی به هدف مطالعه که تجربه پرستاران بود از روش پدیدارشناسی استفاده شد.

در مطالعات کیفی تعداد مشارکت کننده در پژوهش از پیش قابل تعیین نمی‌باشد و تعداد مشارکت‌کننده‌ها تا اشباع داده‌ها پیش می‌رود (۹). مشارکت‌کنندگان تحقیق (نمونه‌ها) با روش نمونه‌گیری هدفمند که شیوه‌ی مناسبی جهت پژوهش‌های کیفی می‌باشد، انتخاب شدند. به طوری که در این روش، محقق در پی افرادی بود که دارای تجربه غنی از موضوع مورد تحقیق بودند، توان بیان تجارب خود را داشتند و همچنین تمایل به مشارکت در تحقیق را داشتند (۱۰).

شرایط ورود به مطالعه حاضر، فارغ التحصیل مقطع کارشناسی در رشته‌ی پرستاری و داشتن حداقل یک سال سابقه‌ی کار در بخش مورد نظر بود. معیار خروج انصراف شرکت کننده بود. معیار توقف نمونه گیری، تکراری شدن داده‌ها، یعنی اشباع اطلاعاتی بود که اطلاعات تازه و طبقه‌ی جدیدی ایجاد نمی‌گردید. در نهایت پس از اینکه، ۱۶ نفر در مطالعه شرکت کردند، به اشباع داده‌ها دست یافته شد.

اخلاق در لغت، جمع واژه خلق و به معنی خوی‌ها است، از این رو دانش بررسی و ارزشگذاری بر خوی‌ها و رفتارهای آدمی، علم اخلاق نامیده می‌شود (۱). به زبانی دیگر، اخلاق شامل اصول و ارزش‌هایی است که بر رفتارهای فردی و جمعی، تحت عنوان درست یا غلط، حاکمیت دارد (۲). اخلاق حرفه‌ای یکی از شعبه‌های جدید اخلاق است که می‌کوشد به مسائل اخلاقی حرفه‌های گوناگون پاسخ داده و برای آن اصولی خاص متصور است، و به بررسی تکالیف اخلاقی در یک حرفه و مسائل اخلاقی آن می‌پردازد (۳). «اخلاق پزشکی» دانشی میان‌رشته‌ای و جنبه‌ای از اخلاق کاربردی و هنجاری و شاخه‌ای از اخلاق حرفه‌ای است که موضوع آن مسائل و مباحث اخلاقی در حوزه علوم پزشکی است و در شاخه‌های مختلف علوم پزشکی به عنوان حرفه، پژوهش‌های پزشکی و سیاستگذاری نظام سلامت مطرح هستند (۴).

ارتباط بین پزشک و پرستار جلوه‌ی بارز و مهمی از اخلاق حرفه‌ای پزشکی می‌باشد و برای نیل به یک هدف مشترک درمانی که همانا مراقبت از بیمار است، طراحی شده است و به طور مستقیم و غیر مستقیم بر نتیجه درمان تاثیر می‌گذارد. پزشک و پرستار به عنوان اعضای اصلی تیم درمان می‌بایستی با ایجاد یک رابطه کارا و حرفه‌ای خود را در ارزیابی و اجرای طرح مراقبتی بیمار دخیل بدانند (۵).

بسیاری از صاحب نظران، توانایی برقراری ارتباط صحیح را از مهم‌ترین ویژگی‌های کارکنان بهداشتی دانسته‌اند. برقراری ارتباط صحیح، اثرات بسیار مثبتی بر بیماران دارد. به خصوص، در کسانی که به دلایلی نیاز به مراقبت طولانی مدت دارند؛ این نکته اهمیت بیشتری دارد. اثرات ارتباط موثر در سلامتی بیماران شامل کنترل فشار خون، کنترل درد، کاهش اضطراب و افزایش رضایت بیماران می‌شود. از طرف دیگر، وجود اشکال در برقراری ارتباط منجر به اشتباه در تشخیص، کاهش مشارکت بیماران در برنامه‌های درمانی و کاهش ارائه اطلاعات به بیماران می‌شود (۶ و ۷).

تنوع و پیچیدگی ابعاد زندگی حرفه‌ای پرستاران و پزشکان، در بسترهای فرهنگی مختلف، ضرورت نواندیشی و کندوکاو در زوایای پنهان و آشکار مقوله‌ی اخلاق پزشکی را بیشتر

لازم به یادآوری است که تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت دستی و بدون استفاده از نرم‌افزار انجام شد در ضمن در تهیه‌ی پرسشنامه از مطالعات قبلی استفاده شد و پایایی و روایی توسط متخصصین آمار و اخلاق بررسی و تایید شد.

یافته‌ها

مشارکت کنندگان تحقیق ۱۶ پرستار با مدرک کارشناسی بودند. از نظر جنسیت همگی زن و از نظر توزیع سنی اکثریت در محدوده‌ی سنی ۲۶ تا ۵۰ سال با میانگین ۳۶/۰۸ سال و از نظر سابقه‌ی کار از سه سال تا ۲۸ سال سابقه با میانگین ۱۲/۸۳ سال بودند. عبارات، جملات، بندهای متعلق به هرکدام از پرسشنامه‌های بازپاسخ به طور مجزا از پرسشنامه‌های دیگر و با توجه به وجوه مشترک، در قالب مضمون‌ها و زیرمضمون‌ها سازماندهی شدند. به این ترتیب از مجموع ۱۶ پرسشنامه، ۳۰۰ بیانات مهم، سپس با کنار هم قرار دادن و مقایسه مشترکات کدهای حاصل از هر پرسشنامه و درهم ادغام کردن محصول ظهور یافته‌ها ۹ مضمون و ۸۰ زیر مضمون بدست آمد.

۱- رئوس مشکلات پرستاران در رابطه حرفه‌ای با

پزشکان

۱-۱ مشکلات مربوط به برقراری ارتباط مناسب با بیمار و همراه بیمار: پرستار ۲ می‌گوید: «پزشکان بخش به طور مناسبی با بیماران و همراهان ارتباط برقرار نمی‌کنند و آنها در مورد روند درمانی مطلع نمی‌سازد».

۱-۲ مشکلات مربوط به انجام روند درمانی: ۱-۲-۱ عدم حضور براساس برنامه منظم و مدون «پرستاران ۲ و ۵»، ۲-۲ توجه نکردن به روند درمان و ایجاد تغییرات دارویی لازم «پرستار ۲»، ۱-۲-۳ عدم مسئولیت پذیری کافی «پرستار ۵»، ۱-۲-۴ ثابت نبودن و گردشی بودن پزشکان باعث اختلال در درمان بیماران می‌شود (پرستار ۱۲)

۱-۳ مشکلات مربوط به برقراری ارتباط حرفه‌ای مناسب با پرستاران:

۱-۳-۱ عدم اعتماد به پرسنل: پرستار ۱ می‌گوید: «پزشکان در بخش ما به هیچ وجه به پرستاران اعتماد نمی‌کنند»

جهت حفظ نکات اخلاقی، از مشارکت‌کنندگان تحقیق ابتدا رضایت شفاهی و سپس فرم رضایت در پژوهش کتبی دریافت شد. به هر فرد شرکت‌کننده قبل از شروع به پاسخگویی به پرسش‌ها، اطمینان داده شد که پاسخ‌های داده شده به سؤالات، تنها برای طرح تحقیقاتی به کار گرفته می‌شود و نظرات بیان شده، کاملاً به صورت محرمانه حفظ می‌گردد. موازین اخلاقی گمنام بودن، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه، اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شیراز مواردی بودند که رعایت شدند.

جهت جمع‌آوری اطلاعات در میان پرستاران از پرسشنامه باز، نیمه ساختارمند که روایی و پایایی آن مورد تأیید متخصصین آمار و اخلاق واقع شده بود، استفاده شد. این روش به دلیل عمیق بودن و انعطاف پذیری، روشی مناسب جهت تحقیقات کیفی می‌باشد. این پرسشنامه حاوی ۱۲ سؤال اصلی تحقیق که تجربه‌ی پرستار را از اخلاق حرفه‌ای در سبک ارتباط با پزشک در ابعاد مختلف جویا می‌شد، بود. مشارکت‌کنندگان به توضیح در مورد تجارب خود در زمینه اخلاق حرفه‌ای در سبک ارتباط با پزشک پرداختند. علاوه بر این، مشخصات عمومی فردی شامل سن، جنسیت، سطح تحصیلات، سابقه‌ی کار مورد بررسی قرار گرفت.

شیوه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل محتوا با رویکرد استقرایی (روش کلایزی Colizzi) بود (۱۰). واحد تحلیل در این مطالعه، کل پرسشنامه‌ها بود که بعد از تایپ دست نویس‌ها، بارها مورد بررسی قرار داده می‌شد و به این ترتیب واحدهای معنی به صورت جملات یا پاراگراف از بیانات و متون مصاحبه مشخص و کدهای اولیه یا کدهای باز از آن استخراج می‌گردید. سپس طبقات اصلی، تم‌ها (درون‌مایه) انتزاع می‌شد. جریان تجزیه و تحلیل با اضافه شدن داده‌های حاصل از هر پرسشنامه، تکرار و کدها و طبقات استخراج می‌گردید. مراحل هفتگانه تجزیه و تحلیل به روش کلایزی عبارتند از: ۱- مرور و آشنایی با داده‌ها، ۲- استخراج بیانات مهم، ۳- دریافت معنی از بیانات مشارکت‌کننده‌ها، ۴- گروه‌بندی و سازماندهی معانی بدست آمده به صورت خوشه‌هایی از مضامین، ۵- آرایه یک توصیف جامع و کامل، ۶- شناسایی یک ساختار اصلی برای توصیف آرایه شده و ۷- بازنگری اعضاء (۱۱).

مطالب علمی تشخیص داده شود که برخورد پرستاران با پزشک متفاوت است.

- پرستار ۱ می گوید: «در این موارد با پزشک به نحو مطلوب و مؤثر صحبت می کنم و ایشان را متقاعد می کنم که راه بهتری هم هست و به توافق می رسیم و در صورت اصرار بیش از حد مطلب با پزشک ما فوق مطرح شده و طبق نظر ایشان تصمیم گیری می شود.»
و پرستار ۶ ذکر می کند که: «گاهی به دلیل عدم اطلاع کافی از وضعیت بیمار، دستورات عجیب در order های پزشک می بینیم که به آن ها تذکر داده می شود تا تصحیح شود.»

۴- صفات شاخص پزشک براساس نظرات پرستاران

۴-۱ در حیطه علمی و درمانی عبارتند از: داشتن اطلاعات و مهارت کافی و به روز، داشتن تجربه و دانش، توان و معلومات لازم جهت تصمیم گیری سریع و صحیح در هنگام ضرورت، تشخیص و درمان به موقع و پیگیری مناسب بیمار، رعایت حقوق بیمار در تمام شرایط، داشتن باور به اصل درمان تیمی و حمایت کامل از تیم درمان، اعتماد به همکاران پرستار و استفاده از تجربیات آنها، مسئولیت پذیری و وظیفه شناسی و دارا بودن وجدان کاری.
۴-۲ در حیطه رفتاری و انسانی عبارتند از: رفتار براساس سوگند نامه، مهربان، دلسوز، صبور، قابل اعتماد و رازدار، علاقه مند به کار و افتاده و بدون تکبر، مقید به اصول اخلاقی و احترام و ادب، متانت و ایمان کافی، ظاهر آراسته، منظم و سر وقت بودن.

۵- معیارهای یک پرستار ایده آل براساس نظرات پرستاران

معیارهای یک پرستار ایده آل براساس نظرات پرستاران عبارتند از: دانش و مهارت و تجربه کافی، پیگیری و مسئولیت پذیری، دارا بودن شخصیت حرفه ای، توان تصمیم گیری سریع در مواقع لزوم، ادب و احترام، آشنایی و شناخت اخلاق حرفه ای.

۲-۳-۱ عدم انجام کار درمان به صورت تیمی: پرستار ۴ می گوید: «توجه به مشاهدات، تشخیص ها و گزارشات پرستاران از سوی پزشکان دیده نمی شود و در انجام فرایند درمان از سوی پزشکان تک روی دیده می شود.»

۳-۳-۱ عدم برقراری ارتباط اولیه مناسب از سوی پزشک: پرستار ۱ می گوید: «پزشک حتی هنگام ورود به بخش گاهی به پرسنل سلام هم نمی کند.»

۳-۳-۴ عدم لحاظ پرستار به عنوان رکن مهم درمان

۳-۳-۵ برتر دانستن خود نسبت به پرستاران: پرستار ۱۵ معتقد است که عده قلیلی از پزشکان خود را بسیار بالاتر و برتر از پرستاران می دانند.

۲- رئیس علل اصلی ناهماهنگی پزشکان و پرستاران:

۲-۱ مهم ترین علت را می توان عدم وجود رابطه ای حرفه ای مناسب بین گروه های کادر درمانی دانست: پرستار ۳ می گوید: عدم ارتباط صمیمانه در کادر درمانی و بداخلاقی بعضی از پزشکان جلوی هماهنگی مناسب را می گیرد.

۲-۲ چرخشی بودن اساتید از دید پرستاران ۶ و ۷ علت اصلی عدم ایجاد ارتباط منظم و مناسب است و باعث ناهماهنگی می شود.

۲-۳ عدم نظم و انضباط کافی در زمان حضور راند بیماران از دید بعضی پرستاران علت اصلی ناهماهنگی درون بخش ذکر شده است.

۲-۴ نوشتن دستورات نامفهوم و عدم توضیح در مورد آن ها: پرستار ۴ می گوید: «یکی دیگر از علل ناهماهنگی دو تیم درمانی این است که دستورات نوشته شده به صورت کتبی توسط پزشکان به طور مناسب و کافی برای پرستاران توضیح داده نمی شود و این خود باعث اثر منفی بر اجرای مناسب پروسه درمان می شود.»

۳- اجرای order ها توسط پرستاران

اجرای order ها به عنوان رکن مهمی از سیستم درمان تیمی محسوب می شود. کلیه ی پرستاران شرکت کننده اشاره می کنند که اغلب این دستورات را اجرا می کنند؛ مگر هنگامی که این دستورات از دید پرستار نادرست و مغایر با

۸- عکس العمل پرستار در مواقع تذکر دادن مطلبی از سوی پزشک

پرستار ۱ می‌گوید: «در صورتی که بدانم پزشک درست می‌گوید گوش می‌کنم و اگر مطمئن باشیم که پزشک اشتباه می‌کند این مطلب را به او یادآوری می‌کنم.» پرستار ۲ می‌گوید: «اگر بدانم درست می‌گوید قطعاً می‌پذیرد و از یادگیری نکات جدید تشکر خواهیم کرد علاوه بر اینکه سعی خواهیم کرد با مطالعه‌ی بیشتر نکات مربوط به آن را پیدا کنیم اما اگر مطمئن باشیم پزشک اشتباه می‌کند سعی خواهیم کرد که اطلاعات در دسترس خود را با ایشان در میان بگذارم تا آسیبی به بیمار نرسد.» پرستار ۴ می‌گوید: «اگر مطلب درست باشد به پزشک اطمینان می‌دهم که تمامی موارد اجرا خواهد شد اما اگر مطمئن باشیم که پزشک اشتباه می‌کند مطلب را به صورت پیشنهاد به پزشک مطرح می‌کنم و دلایل خود را ذکر می‌کنم.» پرستار ۱۰ هم می‌گوید: «اگر بدانم که پزشک درست می‌گوید با کمال احترام می‌پذیرم اما اگر مطمئن باشیم که درست می‌گوید در نهایت احترام اشتباه او را گوشزد می‌کنم.» پرستار ۱۱ می‌گوید: «اگر بدانم درست می‌گوید اجرا می‌کنم اما اگر مطمئن باشیم اشتباه می‌کنم با مقام بالاتر مطلب را در جریان قرار می‌دهم.» پرستار ۱۲ هم می‌گوید: «در صورتی که مطمئن باشیم پزشک اشتباه می‌کند با دلیل و برهان اشتباه را گوشزد می‌کنم.» پرستار ۱۵ هم می‌گوید: «در صورت اشتباه پزشک با ذکر دلیل نظر ایشان را رد می‌کنم.» و در نهایت، پرستار ۱۶ هم می‌گوید: «اگر بدانم پزشک درست می‌گوید با کمال میل می‌پذیرم و اگر مطمئن باشیم که نادرست می‌گوید با مشورت با سایر همکارانم یا حتی دیگر پزشکان به ایشان تذکر می‌دهم اگر نپذیرفتند از پزشک دیگری می‌خواهم که به ایشان تذکر دهند.»

۹- نظر پرستاران درباره ارتقاء کیفیت رابطه‌ی حرفه‌ای پزشکان و پرستاران

نظر پرستاران درباره ارتقاء کیفیت رابطه‌ی حرفه‌ای پزشکان و پرستاران به دو دسته‌ی کلی تقسیم می‌شود:

۱-۹ ایجاد تیم مکمل درمانی به صورت متحد:

- پرستار ۱ می‌گوید: «پزشک و پرستار اعضای اصلی تیم درمان هستند و حضور هیچ کدام به تنهایی امکان‌پذیر نیست

۶- اثرات حضور پرستار در راندهای آموزشی - درمانی از نظر پرستاران

براساس نظر کلی پرستاران، این حضور کاملاً موثر است به طوری که پرستار ۱۱ می‌گوید این حضور الزامی و صددرصد است و باعث شکل‌گیری اعتماد کافی بیمار (براساس نظر پرستاران ۱ و ۳ و ۶)، در جریان قرار گرفتن پزشک از وضعیت اخیر بیمار (براساس نظر پرستاران ۲ و ۳ و ۸ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۴ و ۱۵)، اتخاذ تصمیم بهتر درمانی (براساس نظر پرستاران ۱ و ۳ و ۷ و ۱۴) و افزایش دانش پرستار (براساس نظر پرستار ۱) می‌گردد. پرستار ۶ می‌گوید: «این طوری بیمار حس می‌کند پرستار همیشه با اوست و حضورش کاملاً مفید است.» پرستار ۱۱ می‌گوید «پرستار مداوم بر بالین بیمار است و در جریان تغییرات روحی و جسمی بیمار بوده و پرستار گزارش‌کننده بهتری می‌باشد و اینگونه تصمیم مناسب برای بیمار گرفته می‌شود.» پرستار ۱۲ می‌گوید «بیشترین وقت بیمار با پرستار طی می‌شود و پرستار مطلع‌ترین فرد در مورد بیمار و وضعیت اوست.»

۷- تصویری ذهنی پرستاران از پزشک

در پاسخ به این سوال که پرستاران شرکت‌کننده چه تصویری از پزشک دارند ۱۵ نفر (۹۳/۷۵ درصد) از پرستاران شرکت‌کننده پزشک را به عنوان راس تیم درمانی (همکار درمانی) و ۱ نفر (۶/۲۵ درصد) پزشک را به عنوان فردی بالادست می‌شناسد.

پرستار ۱۳ می‌گوید: «حضور پزشک به عنوان راس تیم درمانی و به صورت یک همکار مناسب است ولی تصویر پزشک به عنوان بالادست و دستوردهنده حس یک تیم درمانی را کم رنگ می‌کند.» پرستار ۴ می‌گوید: «حضور پزشک به عنوان رأس یک درمان تیمی می‌تواند مؤثر باشد و باعث هماهنگی بین اعضاء شود و بایست تیم مشکلات احتمالی را حل کند.» و پرستار ۱ می‌گوید: «حضور پزشک به صورت بالادست منجر به خستگی روحی می‌شود و در صورتی که او را به عنوان یک کادر بیمارستانی ببینیم کار بدون انگیزه می‌شود.»

ارایه مراقبت‌های پرستاری و لذا رعایت اخلاق در عملکردهای فنی پرستاری از مسایل عام مراقبت حساس‌تر و مهم‌تر است. صاحب‌نظران معتقدند که اخلاق در درون ارایه خدمات پرستاری خوب جای گرفته و پرستار باید استانداردهای اخلاقی حرفه‌ای و اصول حرفه‌ای را که به طور ذاتی در یک ارتباط درمانی وجود دارند، به کار بندد (۱۳).

پیشرفت‌های روزافزون درحیطه‌ی مراقبت‌های سلامت و فناوری‌های مربوطه، جنبه‌های اخلاقی موضوعات سلامتی را نیز دستخوش تغییراتی کرده است؛ به طوری که نگرانی‌های عمومی در ارتباط با چالش‌های اخلاقی در این حیطه در حال افزایش است. از مهم‌ترین چالش‌های اخلاق پزشکی حرفه‌ای روابط پرستار و پزشک است. در سیستم‌های مراقبت بهداشتی، ارایه‌ی خدمات مراقبتی و درمانی مستلزم همکاری و تشریک مساعی گروه‌ها و رده‌های مختلف شغلی در کنار یکدیگر است. در چنین شرایطی تعارض برای همه‌ی کسانی که درگیر امور مشارکتی هستند از جمله پرستاران و پزشکان به سهولت و به ویژه در شرایط پر استرس ایجاد شده و توسعه می‌یابد (۱۴).

ارتباط تعاملی بین حداقل دو انسان می‌باشد که حاصل آن پیامی است که فرستاده و دریافت می‌شود. اهمیت ارتباط در زندگی انسان به حدی است که برخی از صاحب‌نظران اساس تمامی رشد انسانی، آسیب‌های فردی و پیشرفت‌های بشری را در فرایند ارتباط دانسته‌اند (۶). جهت برقراری یک ارتباط مناسب آشنایی به مهارت‌های ارتباطی ضروری است و ضعف مهارت‌های ارتباطی می‌تواند بر عملکرد پرستاران تأثیر منفی بگذارد (۱۵).

به طور خلاصه در طول تاریخ دو الگوی کلی ارتباط بین پزشکان و پرستاران را می‌توان تصور کرد: الگوی وابستگی استقلال و الگوی همکاری و مشارکت

الگوی وابستگی استقلال: این الگویی است که در مسیر گذر از اقتدار سنتی پزشک به نوع اقتدار عقلانی قانونی شکل می‌گیرد. در این مدل، پرستار در عین توانمندی لازم برای ایفای مستقل نقش حرفه‌ای؛ همچنان وابسته به پزشک، بدون اعلام نظر و ارزیابی تخصصی به شیوه الگوی پیشین عمل می‌کند.

و این دو لازم و ملزوم یکدیگر هستند و باید بدون جبهه گیری حرفه‌ای ملی در پویایی هم داشته باشند و احترام متقابل باید نهادینه شود.

- پرستار ۴ هم می‌گوید: «ارتباط بین پزشک و پرستار مانند زنجیر است و در صورتی که مشکلی ایجاد شود هیچگونه به هدف و مقصد خود که همان درمان بیماران است نخواهند رسید و باید با بحث و مشاوره و استفاده از تجربیات یکدیگر به نتیجه مطلوب برسند و اگر نقش پرستار کم رنگ شود مطمئناً پرستار نیز تمایلی به مراقبت اصولی و مناسب از بیمار نخواهد داشت.»

- پرستار ۶ و ۷ پیشنهاد می‌کند که باید جلسات ماهانه بین پرستاران و پزشکان برقرار شود که شناخت و هماهنگی تیم درمانی انجام شود.

- پرستار ۱۲ هم می‌گوید: «درمان بیماری وابسته به کادر درمان می‌باشد هر چه رابطه بین اعضای تیم درمان نزدیک تر و دوستانه‌تر باشد موجب می‌شود از تجربیات و اطلاعات یکدیگر استفاده شود و نتیجه آن بهبود سریعتر بیماران می‌باشد.»

۲-۹ آموزش پرستار و پزشک در زمینه‌های علمی و درمانی - پرستار ۸ می‌گوید: «برگزاری مدون و مطالب به روز جهت آگاهی هر چه بیشتر پرستاران و گذاشتن کلاس‌های معاینه جهت پرستاران لازم است.»

- پرستار ۱۰ هم اشاره می‌کند که: «باید به پزشکان آموزش داده شود که پرستار عضو غیر قابل حذف تیم درمانی است و حضور او در روند درمان بسیار مهم است این موضوع باید برای پزشکان کاملاً جا بیفتد.»

- پرستار ۱۴ می‌گوید: «هم پزشکان هم پرستاران باید از نظر علمی، اخلاقی آموزش کافی ببینند تا هدف که رضایت بیماران است حاصل شود.»

بحث

هر چند موضوع اخلاق از دیرباز با حرفه‌ی پرستاری ارتباطی تنگاتنگ داشته، اما به صورت کلاسیک، پس از ایجاد شورای بین‌المللی پرستاران (The International Council of Nurses (ICN) در سال ۱۸۹۹ مورد توجه ویژه قرار گرفت (۱۲). اخلاق پرستاری عبارتست از رعایت اخلاق حرفه‌ای در

در تصمیم‌گیری سبب فقدان ارزش فردی، احساس جزء و زیردست بودن، کاهش اعتماد به نفس، کاهش رضایت شغلی، یاس و ناامیدی، ناراحتی و عصبانیت، دلسردی و عدم داشتن انگیزه می‌گردد. این در حالی است که مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها تأثیرات مثبتی مانند افزایش اعتماد به نفس، تصمیم‌گیری بهتر، تقویت احترام انسانی و جایگاه اجتماعی، ایجاد انگیزش و علاقه مشترک، تحریک کارکنان به قبول مسئولیت و بهبود روحیه افراد برای کارگروهی، ایجاد نگرش مثبت نسبت به سازمان، افزایش تعهد فرد به سازمان، افزایش رضایت شغلی و افزایش کیفیت مراقبت را در پی خواهد داشت (۱۷).

بر اساس نظر عظیمی و همکاران در سال ۱۳۹۰ در دانشگاه مازندران درحالی‌که سیستم مراقبت بهداشتی تحت فشار فزاینده هزینه‌ها با منابع کمتر می‌باشد، شناخت مهارت‌های بین فردی، نقش مهمی در اثربخشی بالینی، رضایت بیمار و کاهش خطر خطاهای عملکردی دارد. کار تیمی موثر به عنوان راه حلی برای مقابله با رشد فزاینده کمبود پرسنل و هزینه‌های آموزشی، افزایش انتظارات بیماران و نیز از همه مهم‌تر کاهش خطاها، پیشنهاد شده است (۱۱).

بر اساس نظر سنجرى و همکاران در سال ۱۳۹۰ طبق آیین اخلاق پرستاری ایران پرستار باید با تیم درمان ارتباط متقابل مبتنی بر اعتماد برقرار کند و در راستای ارائه‌ی مؤثرتر و بهتر مداخلات پرستاری، همکاری و مشارکت کند و دانش و تجربه‌ی حرفه‌ای خود را با سایر همکاران در میان گذارد و با سایر پرستاران، اساتید و دانشجویان برخورد و رفتاری توأم با احترام داشته باشد و در صورت مواجهه با هر نوع چالش اخلاقی برای تصمیم‌گیری با کمیته‌ی اخلاق بیمارستان مشورت کند (۱۲).

در مطالعه‌ی حاضر که در خصوص سبک زندگی اخلاقی پرستاران با رویکرد کیفی انجام شده است، با این نگاه که اگر پدیده‌ها در بستر وقوع، و با نگاه کسانی که آن را تجربه می‌کنند، مورد تفحص قرار گیرد؛ بسیاری از زوایای پنهان آن‌ها آشکار می‌گردد و در نتیجه منجر به دانش و بصیرت جدید شده و از طرفی شرایط را برای تحقیقات بعدی و عملیاتی کردن مفاهیم انتزاع شده، آسان‌تر می‌کند.

الگوی همکاری و مشارکت: این الگو، نماد حاکمیت اقتدار عقلانیت است که به جای استقرار قدرت‌های ناهمگن در الگوهای پیشین، پزشک و پرستار ضمن مذاکره مطلوب، مرزهای حرفه‌ای مستقل یکدیگر را به رسمیت شناخته و برای حصول نتایج بهینه در عرصه تامین سلامت بیمار، بنا به تخصص خویش، در تصمیم‌گیری‌ها نقش تعیین کننده‌ای ایفا می‌کنند و ضمن مشارکت، هر یک در تامین سلامت بیمار دارای حوزه تشخیص، اقدام و مسوولیت معینی شناخته می‌شوند (۱۶).

مطالعه‌ی ضیغمی و همکاران در سال ۱۳۸۷ در دانشگاه ارومیه نشان داد که مهارت‌های ارتباطی مناسب سبب افزایش ارتباط بین پزشکان و پرستاران و افزایش میزان همکاری و ارتقاء کیفیت مراقبت از بیمار می‌شود (۱۷). نتایج مطالعه هالاس (Hallas) و همکاران در سال ۲۰۰۴ در دانشگاه پیس (Pace University) نیویورک نشان داد که آنها دید مثبتی نیز نسبت به این رابطه دارند و آن را در پیشبرد مراقبت‌های پرستاری موثر می‌دانند (۱۸).

چنانکه مطالعات صورت گرفته در استرالیا، کانادا و انگلستان نیز حاکی از عدم اعتناء پزشکان نسبت به نظرات و پیشنهادات و نگرانی‌های پرستاران می‌باشد (۱۹). این عقیده نقطه مقابل نگرش و دید پرستارانی است که ساعات طولانی را با بیمار سپری کرده، در بسیاری از مواقع به علت عدم دسترسی و عدم حضور به موقع پزشک، تصمیماتشان تعیین کننده مرگ و زندگی بیمار می‌باشد. این عدم اعتناء به نظرات پرستاران؛ علاوه بر ایجاد استرس در پرستاران عوارض دیگری چون تهدید جان بیمار و ایجاد مشکلات قضایی برای پزشکان و پرستاران را به دنبال دارد. اغلب مطالعات بیانگر این واقعیت است که تنش در روابط حرفه‌ای پرستاران و پزشکان پیامدهای منفی دیگری چون ناراضی‌ت شغلی و به دنبال آن غیبت از محیط کار و در بسیاری از موارد ترک حرفه پرستاری یا تغییر شغل را نیز به دنبال دارد (۶).

در مطالعه‌ای که توسط اریک در سال ۲۰۰۳ در دانشگاه تگزاس (University of Texas-Houston Medical School) انجام گرفت؛ مشخص شد که تنها در ۳۳ درصد موارد همکاری و مشارکت مناسب بین پزشکان و پرستاران در تصمیم‌گیری‌های درمانی دیده شد (۲۰). کمی مشارکت

مطالعه نیز نشان داد که نگرش پرستاران به همکاری پزشکان و پرستاران مناسب تر از نگرش پزشکان است (۲۱). نتایج مطالعه کاپتل (Copnell) و همکاران در سال ۲۰۰۴ در مرکز تحقیقات سلطنتی کودکان ملبورن استرالیا (Melborne, Australia) نیز نشان داد که از دیدگاه پزشکان و پرستاران همکاری در سطح مناسبی وجود دارد؛ ولی پزشکان بیشتر از پرستاران اعتقاد داشتند که همکاری آنها بیشتر و مناسب تر است (۲۲). سیرتا (Sirota) در سال ۲۰۰۸ اذعان می کند: ۷۰ درصد از وقایع ناخوشایند گزارش شده در کشیک های بیمارستانی، ناشی از ضعف ارتباط بین پزشک و پرستار بوده است (۱۶).

داشتن اطلاعات و مهارت کافی و به روز، داشتن تجربه و دانش، توان و معلومات لازم جهت تصمیم گیری سریع و صحیح در هنگام ضرورت، تشخیص و درمان به موقع و پیگیری مناسب بیمار، رعایت حقوق بیمار در تمام شرایط، داشتن باور به اصل درمان تیمی و حمایت کامل از تیم درمان، اعتماد به همکاران پرستار و استفاده از تجربیات آنها، مسئولیت پذیری و وظیفه شناسی و دارا بودن وجدان کاری، رفتار براساس سوگند نامه، مهربان، دلسوز، صبور، قابل اعتماد و رازدار، علاقه مند به کار و افتاده و بدون تکبر، مفید به اصول اخلاقی و احترام و ادب، متانت و ایمان کافی، ظاهر آراسته و منظم و سر وقت بودن مهم ترین صفات شاخص پزشک بر اساس نظرات پرستاران شرکت کننده در طرح می باشد. بر اساس نظر قدیانی و همکاران در سال ۱۳۸۴ طبق مبانی اصیل اسلامی طبابت رسالتی الهی و مسؤولیتی شرعی، اخلاقی، انسانی و وظیفه ای اسلامی است که پزشک پس از سال ها ممارست علمی و تهذیب و تقوای نفس با تمام توان و امکانات به آن اقدام می نماید و حق تعلل و سستی در انجام رسالتش، به علل مختلف مادی و . . . ندارد (۲۳).

بر اساس نظر اکبری بیرق و همکاران در سال ۱۳۸۸ صفاتی از قبیل حسن برخورد، رازداری، تواضع، احترام به بیمار، در نظر گرفتن ارزش های اخلاقی در خصوص معالجه، اظهار صمیمیت بین بیمار و پزشک باعث می شود بیمار اطلاعات کافی در اختیار پزشک قرار دهد و همچنین باعث افزایش اعتماد بیمار به پزشک معالج خواهد شد (۴).

عدم حضور بر اساس برنامه منظم و مدون، توجه نکردن به روند درمان و ایجاد تغییرات دارویی لازم، عدم مسئولیت پذیری کافی، ثابت نبودن و گردشی بودن پزشکان، عدم برقراری ارتباط اولیه مناسب از سوی پزشک، عدم اعتماد کافی به پرسنل، عدم انجام کار درمان به صورت تیمی و عدم لحاظ پرستار به عنوان رکن مهم درمان به عنوان رئوس مشکلات پرستاران در رابطه حرفه ای با پزشکان در طرح حاضر مطرح می شود. علل اصلی ناهماهنگی پزشکان و پرستاران بر اساس نظرات مطرح شده از سوی شرکت کنندگان طرح؛ علل اصلی عدم وجود رابطه ی حرفه ای مناسب بین گروه های کادر درمانی، چرخشی بودن اساتید، عدم نظم و انضباط کافی در زمان حضور راند بیماران و نوشتن دستورات نامفهوم و عدم توضیح در مورد آن ها می باشد.

در مطالعه ی ضیغمی و همکاران در سال ۱۳۸۷ میزان رضایتمندی پرسنل پرستاری از کیفیت ارتباط میان پرستار-پزشک در حد متوسط به دست آمد و نشان داد که مهارت های ارتباطی مناسب سبب افزایش ارتباط بین پزشکان و پرستاران می شود. بهبود مهارت های ارتباطی سبب افزایش میزان همکاری و ارتقاء کیفیت مراقبت از بیمار می شود. عدم حمایت، آموزش و اجرای سیاست هایی جهت اجرای کار به شکل تیمی و گروهی احتمالاً می تواند از دلایلی باشد که پرستاران با وجود مهارت های ارتباطی مناسب به طور چشمگیر در تصمیم گیری ها شرکت داده نشوند و از دید پرستاران، مهم ترین فاکتور شغلی منفی بر ارتباط میان پزشک و پرستار، کمبود نیروی کار بود (۱۷).

نتایج مطالعه هالاس و همکاران در سال ۲۰۰۴ در دانشگاه پیس نیویورک نشان داد که از دید پرستاران بخش های مراقبت کودکان تعامل با پزشکان در سطح مناسبی قرار داشت و آنها از این تعامل رضایت داشتند. همچنین، مشخص شد که آنها دید مثبتی نیز نسبت به این رابطه دارند و آنرا در پیشبرد مراقبتهای پرستاری موثر می دانند (۱۸). نتایج مطالعه یلدیریم و همکاران در سال ۲۰۰۷ در دانشگاه مارمارا ترکیه (Marmara University, Istanbul, Turkey) نشان داد که پزشکان و پرستاران ترکیه ای نیز نگرش مثبتی نسبت به همکاری پزشکان و پرستاران داشتند. البته نتایج این

مسأله چنان است که دقیق‌ترین دستورات دارویی، بدون برقراری ارتباط مناسب میان پزشک و پرستار و آموزش صحیح و کافی در مورد نحوه تجویز، ارایه، مصرف دارو، مراقبت‌های خاص آن و ... ممکن است نارسا و بی‌فایده (برای بیمار) باشد. مهم‌ترین راه پیشگیری از بروز اشتباه در کاربرد دارو، از دید تفاق و همکاری دقت کافی و به کارگیری مهارت علمی و عملی لازم است (۱۳). نظرات پرستاران طرح حاضر درباره ارتقاء کیفیت رابطه‌ی حرفه‌ای پزشکان و پرستاران شامل ایجاد تیم مکمل درمانی به صورت متحد و آموزش پرستار و پزشک در زمینه‌های علمی و درمانی می‌باشد.

بر اساس مطالعه‌ی ضیغمی و همکاران در سال ۱۳۸۷ برای پرسنل پرستاری بهبود ارتباط از اهمیت و جایگاه ویژه و بالایی برخوردار است (۱۸) و مروری بر مطالعات در زمینه آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان پزشکی و پزشکان، گویای موفقیت آموزش مهارت‌های ارتباطی در سطح جهان است (۲۵).

بر اساس نظر عظیمی و همکاران در سال ۱۳۹۰ درحالی‌که 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 هر ساله از ارائه 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 نیز از همه مهمتر کاهش خطاها، پیشنهاد شده است. بنا به تعریف لازمه کار تیمی ارتباط کارا بین گروه‌های مختلف تیم درمانی است و اگر ارتباطات در کار تیمی دچار مشکل باشد، نتایج منفی بر پیامدهای بیمار خواهد داشت (۱۱).

پرستاران شرکت‌کننده اشاره می‌کنند که معیارهای یک پرستار ایده آل از دید پزشک عبارت است از: دانش و مهارت و تجربه کافی، پیگیری و مسئولیت پذیری، دارا بودن شخصیت حرفه‌ای، توان تصمیم‌گیری سریع در مواقع لزوم، ادب و احترام و آشنایی و شناخت اخلاق حرفه‌ای. بر اساس مطالعات محمودی‌شن و همکاران در سال ۱۳۸۸ در دانشگاه تربیت مدرس، احساس مسئولیت، وجدان کاری، روابط مناسب با همکاران و رازداری از مسائل مهم اخلاقی در پرستاران است (۱۰).

یافته‌های پژوهش چانگ (Chang) و همکاران در سال ۲۰۰۷ در دانشگاه ملی مینگ تایوان (Tang-Ming University) نشان داد کیفیت مراقبت پرستاری به بکارگیری ترکیبی از دانش حرفه‌ای و رفتارهای انسانی وابسته است. به همین منظور برای مراقبت بهتر یک پرستار بایستی آنچه را که در تجربه عملی بدست می‌آورد، درونی سازد. فرایند خود سازی و بازخورد از یادگیری بینش جدیدی را فراهم می‌نماید و می‌تواند به عنوان یک راهنما جهت آموزش پرستاران در دوره‌های تحصیلی بکار گرفته شود. این موضوع روی عملکرد بالینی پرستاران تاثیر دارد و معیارهای پرستار بر اساس نظر پرستاران خوب تصمیم‌گیری خوب و دقیق، داشتن مهارت حرفه‌ای بالا، داشتن ارتباط خوب بین بیمار و پرستار، اعتماد به نفس بالا می‌باشد (۲۴).

بر اساس نظر کلی پرستاران طرح حاضر، حضور و مشارکت پرستار در راندها به عنوان اصلی‌ترین رکن درمان تیمی کاملاً موثر و الزامی است و باعث شکل‌گیری اعتماد کافی بیمار، تصمیم بهتر درمانی پرستار، در جریان قرار گرفتن پزشک از وضعیت اخیر بیمار و افزایش دانش پرستار می‌شود.

اجرای دستورات پزشکی (order) به عنوان مصداق دیگری از سیستم درمان تیمی محسوب می‌شود. کلیه‌ی پرستاران شرکت‌کننده در طرح حاضر اشاره می‌کنند که اغلب این دستورات را اجرا می‌کنند، مگر هنگامی که این دستورات از دید پرستار نادرست و مغایر با مطالب علمی تشخیص داده شود که برخورد پرستاران با پزشک متفاوت است. عدم توجه کافی به اصول صحیح انجام دستورات دارویی می‌تواند منجر به بروز مشکلات عدیده‌ای همچون درمان نادرست، ناموفق یا ناقص و بالاخره بروز معضلات قانونی گردد. اهمیت این

5. Dechairo-Marino AE, Jordan-Marsh M, Traiger G, Saulo M. Nurse/physician collaboration: action research and the lessons learned. *J Nurs Adm.* 2001; 31(5):223-232.

6. Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. The Viewpoint of Nurses about Professional Relationship between Nurses and Physicians. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery* 2010; 7(1):63-67. [Persian].

7. Sabzevari S, Soltani Arabshahi K, Shekarabi R, Koochpayezadeh J. Nursing Students' Communication with Patients in Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education.* 2006; 6 (1):43-49 [Persian].

8. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-115.

9. Silen M, Tang PF, Ahlström G. Swedish and Chinese nurses' conceptions of ethical problems: a comparative study. *J Clin Nurs.* 2009;18(10):1470-1479.

10. Mahmoudi Shen GH, Alhani F. Ethical issues in the professional life of nurses: a qualitative study with an inductive method of analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2009; 4: 63-78 [Persian].

11. 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):108-125 [Persian].

12. Sanjari M, Zahedi F, Aala M, Paymani M, Parsapoor A, *et al.* Iran Nursing Ethics Regulations. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011; 1: 17-28 [Persian].

نتیجه گیری

با توجه به اینکه در این مطالعه ارتباط بین پزشکان و پرستاران از دیدگاه پرستاران مورد بررسی قرار گرفته است، نتایج آن راهنمایی خوبی برای پزشکان، مدیریت پرستاری و آموزش پزشکان - پرستاری را فراهم می نماید. هرگونه تلاش برای بهبود ارتباط بین پزشک و پرستار نتایج بسیاری مثبتی برای پزشکان و پرستاران و کیفیت مراقبت های آن در پی خواهد داشت. بنابراین پیشنهاد می شود که: پرستاران و پزشکان با تیم درمان ارتباط متقابل مبتنی بر اعتماد برقرار کنند و برخورد و رفتاری توأم با احترام داشته باشد؛ پرستاران و پزشکان دانش و تجربه ای حرفه ای خود را با یکدیگر و سایر همکاران تیم درمانی در میان گذارند؛ در صورت بروز هرگونه تعارض منافع آن را با همکاران ارشد و مسؤولین خود مطرح و چاره جویی کنند. و پرستاران و پزشکان در قالب کلاس ها و کارگاه های دوره ای برای اجرای طرح درمان تیمی و مشارکتی آموزش مداوم ببینند.

References

1. Farhoud D. A review of the history of ethics with a collection of various fields of ethics. [*faslnameh Akhlagh dar oulum va fanavari*] 2007; 2(1): 1-6 [Persian].
2. Mir Kamali SM. Ethic and social responsibility in educational management. *Ravan-shenasi va oulum tarbiati in Tehran University* 2003; 66: 201-222 [Persian].
3. Amiri AN, Hemati M, Mobini M. professional ethic: esensial for organization. In: <http://rasekhoon.net/article/show-93599.aspx>
4. Akbari BH, Javanpourheroy A. Akhlagh pezeshki va enekase on dar adab parsi. Semnan, Semnan University. In http://profs.semnan.ac.ir/hakbari/upload_file/art.300.doc

20. Eric J Thomas, J Bryan Sexton, Robert L Helm Reich Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 2003 Mar; 31 (3):956-959.
21. 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(1): 429–437.
22. Copnell B, Johnston L, Harrison D, Wilson A, Robson A, Mulcahy C, et al. Doctors’ and nurses’ perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice. *J Clin Nurs.* 2004; 13(1): 105-113.
23. Ghadyani MH, Sadr SH, Farbod manesh H. Islamic rules in Medical Ethics. [*Hoghogh va Pezeshki Ghanouni*] 2005; 37: 41-45 [Persian].
24. Chang PF, Chao YM, Chen SY. Good nursing from the perspective of nurses. *Hu Li Za Zhi.* 2007;54(4):26-34.
25. Zamani A, Shams B, Moazzam E. Communication Skills Training for Physicians as a Strategy for Enhancing Patients’ Satisfaction: A Model for Continuing Education. *Iranian Journal of Medical Education* 2004; 11(1): 15-20 [Persian].
- 13- Tefagh MR, Nikbak Nasabadi AR, Mehran A, Dinmohammadi N. The assessment of attention to the professional ethics in implementing directions for use of pharmaceuticals by nurses. *Faslnameh Hayat* 2004; 23: 77-85 [Persian].
14. Busari Payami M, Ebrahimi H, Ahmadi F, Abedi HA. Types and Major Causes of Conflicts Experienced by Nurses: A Qualitative Analysis. *ZUMS Journal.* 2009; 16 (65): 61-76 [Persian].
15. Coeling H, Cukr PL. Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. *J Nurs Care Qual.*2000;14(2): 63-74.
16. Sirota T. Nursing2008 nurse/physician relationships survey report. *Nursing* 2008;1(1) :28-31.
16. Zeighami Mohammadi SH, Hagigi S. The association between nurses’ communication skills and nurse-physician relationship and collaboration. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty* 2009; 4: 188-196 [Persian].
18. Hallas DM, Butz A, Gitterman B. Attitudes and beliefs for effective pediatric nurse practitioner and physician collaboration. *J Pediatr Health Care.*2004; 18(1): 77-86.
19. Asghari A, Kazemi T, Nasiri A. Social pathology of nursing and nursing views about own work environments in Birjand hospital. 3. 2005; 2 (1 and 2) :45-50