

تبیین تجربیات پرستاران و پزشکان نسبت به خود مراقبتی اخلاقی، در زمینه ی ارتباط حرفه ای آنان با یکدیگر، بر اساس پژوهشی پدیدار شناسی

ابوالفضل فرهادی^{*۱}

۱- دکترای تخصصی پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیروان، شیروان، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.9, No.1&2, Spring & Summer 2020

چکیده

مقدمه: ارتباط پزشک و پرستار شامل تعامل متقابل در امر مراقبت از بیمار برای دستیابی به یک هدف درمانی است. وجود ارتباطات حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان امری اجتناب ناپذیر می باشد. مراقبت معنوی و اخلاقی در تمام حرفه ها امری ضروری است. روابط حرفه‌ای مطلوب موجب بهبود مراقبت‌های بهداشتی و کسب موفقیت پزشکان و پرستاران می‌گردد. این پژوهش با هدف تبیین تجربیات پرستاران و پزشکان از خود مراقبتی اخلاقی در ارتباط حرفه‌ای آنان با یکدیگر انجام شد.

روش کار: این تحقیق با رویکرد کیفی و از نوع پدیدارشناسی توصیفی است که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. در مجموع ۱۵ شرکت‌کننده از پرستاران و پزشکان طبق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه از آنان، داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند جمع‌آوری گردیدند. مصاحبه‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع ادامه یافت. تمام مصاحبه‌ها، ضبط و روی کاغذ بازنویسی و مرور شدند. از روش کلایزی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید و درون مایه‌ها استخراج شدند.

یافته‌ها: با آنالیز مستمر داده‌ها و تجزیه و تحلیل دست نوشته‌های حاصل از مصاحبه‌ها، تعداد ۳۳۷ کد، ۲۴ مضمون اولیه و ۵ مضمون اصلی پدیدار شد که یکی از این درون مایه‌ها، خودمراقبتی اخلاقی بود. بر اساس این مضمون، ارتباط بین پزشکان و پرستاران توصیف گردید.

نتیجه‌گیری: براساس تجربیات زیستی پرستاران و پزشکان از درک خود مراقبتی اخلاقی در ارتباط حرفه‌ای می‌توان گفت: ارتباط حرفه‌ای بین پزشک و پرستار پدیده‌ایست که با درک خودمراقبتی اخلاقی نمایان می‌شود و برای ارتقای کیفیت مراقبت و درمان بیماران و رضایت شغلی پرستاران و پزشکان لازم و ضروری است.

واژگان کلیدی: ارتباط حرفه‌ای، خود مراقبتی، اخلاق، پرستار، پزشک، پدیدارشناسی

J Educ Ethics Nurs 2020;9(1&2):70-82

مقدمه

جویی و پیشگیری از قضاوت را به دنبال دارد [۲]. با توجه به اهمیت مسائل اخلاقی در مراقبت‌های پرستاری می‌توان گفت توجه، دقت و رعایت مسائل اخلاقی موجب ارائه‌ی مراقبت بهتر و اصولی در بیماران می‌شود [۳]. عبدل رانی (Abdul Rani) و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تقویت اخلاق و معنویت پرستاران کشور مالزی در دوره دانشجویی باعث بهبود عملکرد آن‌ها در دوره فعالیت می‌شود [۴]. پژوهش آپدگراف (updegraff) (۲۰۱۳) نشان داد که پایین بودن پرستاران و سایر کارکنان مراکز درمانی و بهداشتی به مسائل اخلاقی، باعث بهتر

رعایت نکات اخلاقی و معنوی در همه حرفه‌ها و مشاغل و مخصوصاً در مشاغل بهداشتی و درمانی که با منافع عمومی و سلامت انسان در ارتباط است امری ضروری است. خودمراقبتی اخلاقی عملی است که فرد از باورها و آموزه‌های اخلاقی به عنوان یک منبع کنترل رفتار استفاده می‌کند و تأثیر بسیار شگرفی بر روابط بین فردی دارد [۱]. بسیاری از رفتارها و عملکردهای انسان ریشه در اصول و ارزش‌های اخلاقی دارد. در نظر گرفتن اصول اخلاقی نتایج مهمی از جمله؛ تشخیص سریع رنج دیگران، توان مهار بی‌رحمی، وسوسه‌های بی‌مورد، به تأخیر انداختن حس انتقام

*نویسنده مسئول، نشانی: دکترای تخصصی پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیروان، شیروان، ایران.

پست الکترونیک: farhadie_1967@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۹۱۵۵۸۶۵۷۵۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۲۴

شدن خدمات آن‌ها به بیماران می‌شود [۱]. توانایی برقراری ارتباط صحیح، یکی از مهارت‌های اساسی زندگی اجتماعی است. در حرفه‌های بهداشتی و درمانی، ارتباط و مهارت‌های ارتباطی نقش بسیار مهمی در رضایت کارکنان، بیماران و حل مشکلات آنان دارد [۵]. پرستاران، عضوی از جامعه بزرگ مراقبت سلامت هستند. پرستاری حرفه‌ای است که نیاز به کار تیمی و ارتباط دارد. برخی از صاحب نظران معتقدند که پرستاری توانایی برقراری ارتباط مناسب می‌باشد که آن را قلب تمامی مراقبت‌های پرستاری می‌دانند. مقوله ارتباط همواره یکی از چالش بر انگیزترین مسائل موجود در پرستاری بوده است [۶]. منظور از ارتباطات حرفه‌ای وجود احترام متقابل نسبت به ارزش‌های حرفه‌ای، توانایی‌های فردی، استفاده از دانش و تجربیات همکاران، نظرخواهی و مشورت با همکاران برای تصمیم‌گیری است [۵]. با توجه به حوزه کاری مشترک پرستاران و پزشکان و مکمل بودن این دو حرفه، وجود ارتباطات حرفه‌ای اجتناب‌ناپذیر است. تحقیقات نشان داده است که ارتباط مؤثر بین پزشک و پرستار می‌تواند منجر به نتایج مثبتی مثل: افزایش تبادل اطلاعات، مداخلات مؤثر، بهبود ایمنی و امنیت، ارتقای روحیه کارکنان، افزایش رضایت بیماران و خانواده آنان، و کاهش مدت اقامت در بیمارستان شود [۸،۷]. Cassandra در پژوهش خود دریافت که ارتباط نامناسب بین پزشکان و پرستاران باعث کاهش کیفیت مراقبت، افزایش خطاهای پزشکی، کاهش ایمنی بیماران و افزایش زمان بستری شدن بیمار می‌گردد [۹]. شواهد موجود حاکی از وجود تنش در ارتباط حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان است [۵، ۱۰-۱۲]. بررسی Hughes و Snelgrove نشان داد که از دیدگاه پرستاران رابطه بین پرستاران و پزشکان در سطح مناسبی نبوده است (۱۳). Theodor در تحقیق خود اشاره می‌کند که هنوز رفتارهای مخرب پزشکان نسبت به پرستاران وجود دارد. این رفتارهای نامناسب، به طور معناداری در بی‌علاقگی، کاهش رضایت شغلی، کاهش مراقبت از بیماران و ترک شغل پرستاران، مؤثر بوده است [۱۴]. برخی از پژوهش‌ها نیز ارتباط بین پزشک و پرستار را در حد متوسط ذکر کرده‌اند [۵، ۱۵، ۱۶]. بررسی عظیمی لولتی و همکاران پیشنهاد کرد که در خصوص مفهوم ارتباط بین پزشک و پرستار، باید دیدگاه پزشکان نیز مورد بررسی قرار گیرد تا دید جامع و منصفانه‌ای نسبت به این مفهوم جهت هماهنگی‌ها و بیان انتظارات و مداخلات لازم به دست آید [۶]. برخی از تحقیقات نیز نشان داده است که پزشکان دیدگاه‌های مثبت‌تری را در مورد همکاری و ارتباط با پرستاران دارند [۱۶، ۱۷]. البته تنش در روابط حرفه‌ای از دیرباز به شکل پنهان وجود داشته است [۵]. امروزه عواملی چون گسترش و توسعه نقش‌های پرستاری، آکادمیک شدن حرفه پرستاری، توانایی قدرت تصمیم‌گیری،

افزایش دانش پرستاران، گسترش حیطه‌ی کاری پرستاران و اطاعت نکردن محض از پزشکان منجر به تشدید مشکل گشته است [۱۲]. سال‌هاست که بحث‌های زیادی برای بهبود ارتباط بین پزشک و پرستار صورت گرفته است، اما هنوز این مشکل مبهم و بحث‌انگیز باقی مانده است [۸]. اگر چه برخی از پرستاران و پزشکان عنوان می‌نمایند که روابط بین پرستاران و پزشکان در حال حاضر بهبود یافته است؛ اما شواهد بسیار کمی در این خصوص وجود دارد و حمایت از این دیدگاه نیاز به شواهد تحقیقاتی دارد [۵]. علیرغم وجود تحقیقات فراوان با رویکرد کمی در مورد ارتباط پزشک و پرستار، هنوز ادراکات و تجارب پرستاران و پزشکان نسبت به این پدیده به خوبی بررسی نشده است و تمرکز تحقیقات عمدتاً بر موانع ارتباط بین پزشک و پرستار بوده و سایر جوانب این ارتباط مورد توجه ویژه و عمیق قرار نگرفته است. بنابراین این سؤال مطرح می‌شود که: پرستاران و پزشکان، ادراکات و تجربه‌های خود را از ارتباط حرفه‌ای با یکدیگر چگونه توصیف می‌کنند؟ به نظر می‌رسد بررسی درک و تجربه‌های پرستاران و پزشکان از این ارتباط می‌تواند منجر به افزایش آگاهی و کاهش پیش‌دوری‌ها و تفاسیر نادرست شود. بنابراین این پژوهش با هدف تبیین و توصیف تجارب پرستاران و پزشکان از خود مراقبتی اخلاقی در ارتباط حرفه‌ای آنان با یکدیگر و با رویکرد کیفی و از نوع پدیدارشناسی انجام شد. پژوهشگر امیدوار است نتایج این تحقیق به درک عمیق‌تری از روابط حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان منجر شود.

روش کار

این پژوهش با رویکرد کیفی و از نوع پدیدارشناسی توصیفی است که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. در مجموع ۱۵ شرکت‌کننده از پرستاران و پزشکان طبق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند جمع‌آوری گردیدند. تمام پژوهش‌ها بر دیدگاه فلسفی خاصی استوار هستند که به آن پارادایم گفته می‌شود. انتخاب نوع رویکرد پژوهش، به سؤالات پژوهش و پارادایم پژوهش بستگی دارد [۱۸]. با توجه به اینکه پدیده مورد توجه پژوهش حاضر، ارتباط حرفه‌ای بین پزشکان و پرستاران است و هدف آن توصیف و تبیین تجربه‌های پرستاران و پزشکان از ارتباط حرفه‌ای آنان با یکدیگر به هنگام انجام کار بالینی است، بر پدیدارشناسی هاسرلی (پدیدارشناسی توصیفی) تمرکز گردیده و از روش کلایزی (۱۹۷۸) برای تحلیل داده استفاده شده است. استفاده از این روش به دلیل توانایی آن در ارائه یک توصیف کامل و جامع از پدیده مورد تحقیق می‌باشد که شامل مراحل زیر است [۱۹]:

پژوهشگر چندین بار مطالعه شد. در مرحله چهارم مطالب مهم در رابطه با پدیده مورد تحقیق استخراج و زیر عبارات مهم خط کشیده شدند. در مرحله پنجم، معانی عبارات مهم فرموله گردید و کدها استخراج شدند. در مرحله ششم هم گروه کردن کدها و سازماندهی مجموع معانی شکل گرفته در خوشه‌هایی از مضامین انجام شد. بدین ترتیب سایر کدها نیز دسته‌بندی و سایر مضامین اولیه به دست آمد. سپس مضمون‌های اولیه دسته‌بندی شدند و مضامین اصلی نوشته شد. تمام کدها و مضامین استخراج شده از مصاحبه‌ها جهت تبادل نظر و رسیدن به توافق کلی در مورد آن‌ها برای اساتید راهنما ارسال می‌شد. دست نوشته‌ها و کدهای استخراج شده از آن‌ها توسط شرکت‌کنندگان مرور و از نظرات تکمیلی آنان استفاده شد. به طور کلی، جملات و بندهای متعلق به هر کدام از مصاحبه‌ها به طور مجزا از مصاحبه‌های دیگر و با توجه به وجوه مشترک، در قالب مضمون‌ها و زیر مضمون‌ها سازماندهی شدند. در مرحله هفتم با ترکیب کردن تمام عقاید استنتاج شده یک توصیف کامل و جامع از جزئیات پدیده تحت بررسی به دست آمد. در مرحله هشتم و نهم برای تأیید توصیفات به شرکت‌کنندگان مراجعه و داده‌های جدید به توصیف جامع اضافه شدند.

دقت (Rigor) و اعتبار علمی پژوهش

اصل قابلیت اعتبار (Credibility)، قابلیت اعتماد و وابستگی داده‌ها (Dependability)، اصل تأیید پذیری (Confirmability)، قابلیت انتقال (Transferability)، از اصولی هستند که محقق جهت کسب دقت و استحکام داده‌ها در این تحقیق مورد توجه قرار داد [۲۰] و اقدامات زیر صورت گرفت:

محقق زمان کافی را جهت جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفت و رفت و برگشت بین متن مصاحبه‌ها و مضامین استخراج شده به طور مداوم تکرار شد و درگیری طولانی مدت (Prolong engagement) خود را حفظ نمود. در این پژوهش از شرح مبسوط مراحل و چگونگی گردآوری و تحلیل داده‌ها استفاده شد تا توسط ناظران خارجی قابل حساسرسی باشد. برای کسب اطمینان از اینکه دیدگاه‌های شخصی محقق در ساخت مضامین به شکل حداقلی بوده است، نقل و قول‌های مشارکت‌کنندگان متناسب با مضامین، ارائه گردیده است. مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و استفاده از نظرات تکمیلی آنان نیز به عمل آمد. محقق تمامی مصاحبه‌ها را ضبط کرد. همچنین بررسی دقیق داده‌ها توسط دو ناظر مجرب نیز انجام شد. پژوهشگر در زمان گزارش نتایج تحقیق تمام مراحل کار را به طور دقیق و جزء به جزء ذکر نموده تا امکان استفاده از آن در سایر تحقیقات فراهم شود.

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

در مرحله دوم، برای جمع‌آوری توصیف‌های شرکت‌کنندگان از پدیده، انتخاب عرصه پژوهش و انتخاب مشارکت‌کنندگان صورت گرفت. محل اجرای تحقیقات کیفی عرصه می‌باشد. دلیل اجرای فرایند در عرصه، دسترسی به محل طبیعی است که پدیده‌ها در آن رخ می‌دهند. بر این اساس محل انجام تحقیق از پرستاران و پزشکان شهرهای شیروان و مشهد استفاده گردید. معیارهای انتخاب شدن شرکت‌کنندگان در این تحقیق، دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه کار به عنوان پرستار و حداقل مدرک کارشناسی پرستاری برای پرستاران، و داشتن حداقل ۵ سال سابقه کار و مدرک تحصیلی پزشکی عمومی و بالاتر برای پزشکان بود. همچنین تمایل به بیان تجربه‌ها و دادن رضایت نامه آگاهانه از دیگر شرایط ورود به پژوهش بود. تعداد شرکت‌کنندگان در مصاحبه ۱۵ نفر بودند. جمع‌آوری اطلاعات تا اشیاع داده‌ها پیش رفت. در بررسی حاضر اشیاع داده‌ها در مصاحبه یازدهم رخ داد. اما برای اطمینان بیشتر مصاحبه با ۴ مشارکت‌کننده دیگر نیز انجام گشت.

در این پژوهش با توجه به هدف تحقیق، شرکت‌کنندگان براساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و تحت مصاحبه نیمه ساختاری قرار گرفتند. زمان و مکان مصاحبه‌ها با نظر شرکت‌کنندگان و بنا بر تمایل آن‌ها بود. پژوهشگر قبل از هر مصاحبه از شرکت‌کنندگان رضایت گرفت. در دو مصاحبه اول از سؤالات کلی و اصلی استفاده شد. بنابراین مصاحبه‌های اول و دوم بدون ساختار انجام شدند. بعد از تحلیل مصاحبه‌های اول و دوم با توجه به مفاهیم استخراج شده، مصاحبه‌های بعدی به صورت نیمه ساختارمند با سؤالات هدایت‌کننده پیرامون ادراکات آنان از این ارتباط و شرایط مؤثر بر ارتباط حرفه‌ای پزشک و پرستار انجام گردیدند. مدت هر جلسه مصاحبه ۳۰-۶۰ دقیقه بود. محقق در حین مصاحبه بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان، برای روشن شدن جزئیات مربوط به پاسخ آن‌ها، با طرح سؤالات ژرف‌کاو و پیگیر در زمان مناسب، مصاحبه را به سمت روشن شدن پدیده مورد تحقیق پیش برد. در حین مصاحبه از یادداشت‌برداری نیز در مورد تعاملات و رفتارهای غیر کلامی مشارکت‌کنندگان استفاده شد. در مرحله سوم، مصاحبه‌ها بر روی کاغذ نوشته و توصیف‌های هریک از شرکت‌کنندگان به منظور درک و هم‌احساس شدن با آن‌ها، توسط

ملاحظات اخلاقی پژوهش

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، با تعیین وقت قبلی و قبل از شروع مصاحبه، بیان هدف تحقیق برای شرکت‌کنندگان، اجازه استفاده از ضبط صوت برای ضبط مصاحبه و گرفتن رضایت‌نامه کتبی به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف تحقیق استفاده و در اختیار افرادی غیر از تیم تحقیق گذاشته نخواهد شد و نتایج به صورت مقاله انتشار خواهد یافت. در طول تحقیق و بعد از آن نیز نامی از آن‌ها برده نشد و ادامه همکاری آنان در طول پژوهش داوطلبانه بود. رعایت اصل ضرر و زیان (پژوهش نباید به مشارکت‌کنندگان زیان برساند) و رعایت اصل رازداری نیز مد نظر قرار گرفت.

یافته‌ها

در مجموع ۸ شرکت‌کننده از پرستاران و ۷ شرکت‌کننده از پزشکان شاغل در بیمارستان‌های شیروان و مشهد مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. تعداد ۶ نفر از پرستاران دارای مدرک کارشناسی و ۲ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. تعداد ۶ نفر از پزشکان دارای تخصص و یک نفر از آنان پزشک عمومی بود. میانگین سابقه کار پرستاران ۸/۵ سال و میانگین سابقه کار پزشکان ۹/۴ سال بود. از تحلیل داده‌ها پیرامون ارتباط حرفه‌ای آنان با یکدیگر تعداد ۳۳۷ کد، ۲۴ مضمون اولیه و ۵ مضمون اصلی پدیدار گشت که یکی از این درون مایه‌ها، درک خود مراقبتی اخلاقی بود. بر اساس این مضمون، ارتباط بین پزشکان و پرستاران توصیف گردید. این مضمون اصلی دارای ۶ مضمون اولیه (نقصان رعایت احترام، قدردانی، خصوصیات شخصیتی، معنویت و اخلاق مداری، رابطه دستوری و اقتدارگرایانه، سپر بلا بودن) بود (جدول ۱).

نقصان رعایت حریم‌ها و احترام، یکی از عوامل بسیار مهم در ارتباطات حرفه‌ای، وجود احترام متقابل نسبت به ارزش‌های حرفه‌ای و رعایت حریم انسانی، فردی و حرفه‌ای طرف مقابل است. احترام از عوامل کلیدی ارتباط حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان می‌باشد. احترام دو جانبه در روابط کاری به ویژه در ارتباط با پزشکان بسیار مؤثر است. رعایت حد و مرزها و صمیمیت همراه با حفظ و رعایت حریم‌ها در روابط حرفه‌ای به عنوان یک اصل در روابط انسانی و سازمانی است. ادب عمومی برای ایفای نقش حرفه‌ای مهم است [۲۱]. نقصان رعایت حریم‌ها و احترام، یکی از زیر طبقه‌های بود که بیشتر شرکت‌کنندگان در رابطه با حرفه‌ای بودن از آن صحبت کردند. آنان در این رابطه گفتند: «هر کسی در حیطة کاری و عملکردی خودش، تو راه خودش بره. متأسفانه خودمون تشخیص پرستاری داریم اما می‌ریم توی تشخیص‌های پزشکی، درمان پزشکی. اگر پرستار می‌اومد تو

همان فرآیند پرستاری خودش و پزشک می‌رفت تو فرآیند پزشکی خودش اینجور برخوردها به وجود نمی‌اومد». «یکی از مشکلات اینه که این‌ها پا تو کفش همدیگه می‌کنند» (پرستار کد ۱). «پزشکی که نگاه احترام آمیز به پرستارش نداشته باشه در ارتباط کاریش با پرستاران در بیمارستان موفق نخواهد شد... آرزوی من اینه که حریم‌ها در ارتباط حفظ شود» (پرستار کد ۲). «من از خود پزشک شنیدم که می‌گفت شما مثل همان غلام سیاه‌های زمان قدیم هستید و دقیقاً همون جور که از اونا استفاده می‌شد، شما هم همون حالت رو دارید. فقط یک مقدار شکل ظاهری تون تغییر کرده، وگرنه باید همان کارها را انجام دهید و این صحبت‌ها را دقیقاً به زبان می‌آورد... توی بخش‌ها نیز همین حالت بود. بی‌احترامی و توهین زیاد بود. اون هم به خاطر اینکه فکر می‌کردن سوادشون بیشتره» (پرستار کد ۶). «از این حالت نگاه کردن به پرستار و بی‌احترامی پزشک به پرستار رنج می‌برم ... حتی من موردی را دیدم که پزشک جراح پرونده را محکم به پشت پرستار زد و اون را از اتاقش انداخت بیرون» (پرستار کد ۷). «متأسفانه بسیاری از همکاران ما خیلی کم پرستار را قابل احترام می‌دانند و این خوب نیست. اکثر همکارای ما نقش واقعی پرستاران را برایشان قابل نیستند. اگر هم پرستار خطایی داشت باید اصلاح کنیم نه توهین. طرز برخورد نامناسب پزشکان باعث سرخوردگی پرستار می‌شه» (پزشک کد ۴).

قدردانی

حق‌شناسی و سپاسگزاری از کسانی که با آنان کار می‌کنیم باعث تحکیم روابط می‌شود. در واقع تشکر و قدردانی نوعی استفاده از امور مطلوب پس از انجام عمل برای افزایش یا تثبیت عمل است. بنابراین تشکر و قدردانی یک نظام کنترل رفتاری برای افزایش اعمال مطلوب است. وقتی که از کسی تشکر می‌شود، آن فرد نهایت تلاش خویش را به کار می‌بندد تا از عهده سپاس برآید [۲۲]. تعدادی از شرکت‌کنندگان از تقدیر و تشکر صحبت کردند. آنان در این رابطه گفتند: «... ما باید از زحمات پرستار تشکر کنیم و حتی حمایت مالی و تشویق معنوی کنیم...» (پزشک کد ۱). «... رابطه پزشک و پرستار یک رابطه عاطفی است... اگر پزشک اشتباه داشته باشد پرستار باید بگوید. من یکسری در معاینه بیمار متوجه شکستگی فمور او نشده بودم و پرستار این را به من گفت و من در یک جلسه مهم از ایشان تشکر کردم...» (پزشک کد ۳). «... کاملاً ضروری است که ارتباط ما با پرستار باز باشه، توأم با صداقت و احترام باشه...» (پزشک کد ۲). «... پزشک باید پرستار را تکریم کند و پرستار دیده شود...» (پزشک کد ۳).

خصوصیات شخصیتی

است... «(پزشک کد۳)». «... پزشک و پرستار در ارتباط کاریشان باید وجدان داشته باشند. ارتباط پزشک با پرستار باید مؤمنانه باشد. پرستار و پزشک مؤمن احساس مسولیت داره...» «(پزشک کد۴)». «... در رابطه با بیمار و درمان و مراقبت باید غرور و تکبر رو کنار بگذاریم...» «(پزشک کد۶)». «... مهمه که کسی که هدایت تیم رو بر عهده داره تیم رو شاد و پویا بار بیاره تا احساس مسؤلیت زیاد بشه اگه پزشک بد اخلاق باشه میزان غیبت از کار و مرخصی‌های پرستار زیاد میشه و علاقه به کار نخواهد داشت. ما طوری با همکاری پرستارمون در بخش اطفال برخورد کرده‌ایم که باعث شده به کارشون علاقه‌مند بشن...» «(پزشک کد۷)».

رابطهٔ دستوری و اقتدارگرایانه

این مفهوم بر اهمیت نداشتن رابطهٔ دستوری و اقتدارگرایانه در ارتباط بین پزشکان و پرستاران تأکید دارد. شرکت‌کنندگان معتقد بودند سلسله مراتب در ارتباطات باید رعایت شود، اما اعمال قدرت سبب می‌شود که پرستار تحقیر شود و از حرمت پرستاری کاسته می‌شود. حتی پزشکان نیز اظهار داشتند که هنگامی که پزشکان روش‌های غیر دستوری و احترام آمیز را در ارتباطات دارند، رضایت پرستاران بالاتر است، اما در عین حال ادعان داشتند که ارتباط آنان با پرستاران در بسیاری از موارد اقتدارگرایانه و دستوری است. شرکت‌کنندگان در این رابطه گفتند: «پزشک وقتی که در محیط کار قرار می‌گیره... خودش خیلی در سطح بالاتر قرار می‌ده...» (پرستار کد۱). «دوست دارم هر کاری رو برای مریض انجام بدم حتی اگه به چشم مردم زشت باشه. بیشترین مشکل من در ارتباط با پزشک اینه که اونا به من به عنوان یک زیر دست نگاه می‌کنن نه به عنوان یک همکار یا یک حرفه‌ای از این حالت نگاه کردن... از برخورد پزشک به پرستار رنج می‌برم...» (پرستار کد۶). «... پزشک به عنوان مسؤل تیم است و در مواردی که ضرورت سرعت انجام کار باشه یا آمادگی کافی وجود نداشته باشه که احتمال خطر جانی برای بیمار وجود داشته باشه برخوردهای جدی اما نه توهین آمیز خواهد داشت. به عنوان مسؤل تیم درمان، گاهی لازم میشه که امرکنه و دستور بده و این برای بهبود مریض است نه تخریب همکار. هر کار گروهی نیاز به یک مدیر داره در تیم درمان هم پزشک مدیر تیم است...» «(پزشک کد۱)». «همکاری ما... مثل پادگان نظامی یقه پرستار را می‌گیرن و این خوب نیست...» «(پزشک کد۴)».

سپر بلا بودن

سپر بلا بودن مسألهٔ دیگری بود که برخی از شرکت‌کنندگان در مورد درک الگوی ارتباط از آن صحبت نمودند. آنان اشاره داشتند که پرستاران در بسیاری از مواقع سپر بلا قرار می‌گیرند.

پرستاران و پزشکان هنوز در ارتباطاتشان مشکلاتی دارند و بسیاری از این مشکلات و رفتارها ریشه در شخصیت افراد دارد و به حرفه یا موقعیت شغلی آنان مربوط نمی‌شود. با اینحال بروز خصوصیات و رفتارهای نامناسب فردی در موقعیت‌های حرفه‌ای دور از انتظار است. بنابراین افراد حرفه‌ای باید تلاش نمایند تا اخلاق حرفه‌ای را جایگزین خصوصیات و رفتارهای نامناسب فردی نمایند [۲۳]. تعدادی از شرکت‌کنندگان خصوصیات شخصیتی را مدنظر داشتند و اظهار نمودند: «... یک مقداری پزشکان خودخواه و خودشیفته هستند. بعضی از پزشکان هم تمایل به شروع برقراری ارتباط دارن و این بستگی تیب شخصیتی افراد داره. بعضی از پزشکان شخصیتی عصبی و پرخاشگر دارن. اما خب عده‌ی این جور پزشکان خیلی کمه... معمولاً پرستاران تمایل بیشتری به شروع برقراری ارتباط دارن...» «(پرستار کد۲)». «... بعضی از پزشکان خیلی نامنظم‌اند... معمولاً پرستاران تمایل بیشتری به شروع برقراری ارتباط دارن... البته بعضی از پزشکان هم تمایل به شروع برقراری ارتباط دارن... و در ارتباطشان بسته نیستند... ولی خب خیلی از پزشکان تمایل ندارن...» «(پرستار کد۳)». «... ولی خب دکتر از من کینه بدل گرفته بود... و طعنه مینداخت...» «(پرستار کد۴)». «... ارتباط پزشکان با ما بستگی به خصوصیات اونا داره بعضی‌ها میان و آموزش‌ها را میدن و میرن و با ما کاری ندارن. بعضی‌هاشون خوبن ولی بعضی‌ها اینجور نیستن... بعضی از پزشکا هم شخصیت آرومی دارن و رابطهٔ خوبی با پرستار دارن...» «(پرستار کد۵)». «... خصوصیات اخلاقی پزشکان هم در ارتباط مهم است...» «(پرستار کد۶)». «... بسته به شخصیت افراد (پزشک) این برخورد ممکن است محترمانه باشه یا به شکل دیگری باشه...» «(پزشک کد۱)». «... پزشک تکبر داره... چون فکر می‌کنند درس بیشتری خوانده‌اند با تکبر برخورد می‌کنند...» «(پزشک کد۴)». «... مهمه که کسی که هدایت تیم رو بر عهده داره تیم رو شاد و پویا بار بیاره تا احساس مسؤلیت زیاد بشه. اگه پزشک بد اخلاق باشه میزان غیبت از کار و مرخصی‌های پرستار زیاد میشه و علاقه به کار نخواهد داشت...» «(پزشک کد۷)».

معنویت و اخلاق مداری

در عرصهٔ عمل ما با یکسری رفتارها برخورد می‌کنیم که آن‌ها را خوب یا بد می‌دانیم. اخلاقیات و معنویات به شخصه این احساس را می‌دهند که چه چیزی درست و چه چیزی نادرست است. بعضی از شرکت‌کنندگان نیز به معنویات و اخلاقیات اشاره داشتند. آنان در این رابطه گفتند: «... رابطهٔ پزشک و پرستار یک رابطه ... و اخلاقی است پرستار اگر متدین باشد، ارتباط کاری خوبی با پزشک خواهد داشت... معنویت عامل مهمی در کار پزشکی و پرستاری

کارهای پرستاری درست انجام نشده و تقصیر را گردن پرستار می‌اندازن...» (پرستار کد۶). «... پرستار نباید سپر بلا قرار بگیرد اگر مشکلی به وجود آمد باید بررسی بشه چه کسی مقصر بوده... گاهی اوقات ممکنه بعضی از پزشکان تقصیرات را به گردن پرستار بیندازن ... اما بنه ظر من اینکار غیر حرفه‌ای است ...» (پزشک کد۴).

«...یکسری یک مریض بدحال شده بود با خانم دکتر تماس گرفتیم اومد تو بخش و قبل از انجام هر کاری سریعا به پرستار می‌توید و من در مقابلش ایستادم و گفتم که ما کوتاهی نکردیم. من به دکتر گفتم ما از سرشب با شما تماس گرفتیم باید زودتر میومدی چرا تقصیر خودت رو میندازی گردن ما؟...» (پرستار کد۸). «...اگر اتفاقی بیفته دنبال اینن که یک مجرم بنام پرستار پیدا کنن...» (پرستار کد۵). «... هر مشکلی که پیش میاد می‌کن

جدول ۱: فرآیند شکل‌گیری کدها، مضامین اولیه و مضمون اصلی درک الگوی ارتباط

مضمون اصلی	مضامین اولیه	کدها
درک خود مراقبتی اخلاقی	نقصان رعایت حریم ها و احترام	-توهین به پرستار. - بی احترامی به پرستار. -دخالت در کار یکدیگر. -برخورد فیزیکی. -رفتار تحقیر آمیز. - عدم رعایت حریم حرفه‌ای. -بی توجهی به نظرات پرستار. - تشکر از پرستار.
	قدردانی	
	خصوصیات شخصیتی	-شخصیت آرام پزشک. -باز بودن در ارتباط. -مؤدب بودن. -انتقامجویی و آزار کلامی. -خودخواهی. -خود برترینی.
	معنویت و اخلاق مداری	نقش اخلاق در ارتباط. -نقش دین در ارتباط. -نقش معنویت در ارتباط. - نقش ایمان در ارتباط.
	رابطه دستوری و اقتدارگرایانه	- سلسله مراتب در ارتباط. -احساس بالاتر بودن جایگاه پزشک. -پرستار به عنوان زیر دست. -خودبرتر بینی.
	سپر بلا بودن	پرستار به عنوان اولین مجرم. -پرستار به عنوان مقصر. - پرستار به عنوان سپر بلا.

بحث

درون مایه درک خود مراقبتی اخلاقی، در رابطه با زیر طبقات نقصان رعایت احترام، قدردانی، خصوصیات شخصیتی، معنویات و اخلاقیات، رابطه دستوری و اقتدارگرایانه، سپر بلا قرار گرفتن بود. یکی از مسائل عمده‌ای که بسیاری از شرکت‌کنندگان در رابط با مضمون اصلی درک خود مراقبتی اخلاقی از آن صحبت نمودند، تجربه‌های پرستاران و پزشکان از ارتباط حرفه‌ای آنان با

هدف این پژوهش، تبیین تجربه‌های پرستاران و پزشکان از ارتباط حرفه‌ای آنان با یکدیگر، با توجه به تجارب واقعی آنان بود تا بتوان به دانشی غنی در این رابطه دست یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها و یافته‌های این پژوهش در نهایت نشان داد که درک خود مراقبتی اخلاقی، یکی از مضامین اصلی ارتباط حرفه‌ای پرستاران و پزشکان با یکدیگر است. بنابراین این مضمون مورد بحث قرار گرفته است.

یکدیگر نشان داد که با چالش‌های زیادی در ارتباط حرفه‌ای خود رو به رو هستند.

رعایت نشدن احترام و حریم حرفه‌ای پرستاران موردی بود که بسیاری از شرکت کنندگان (پزشکان و پرستاران) در رابطه با حرفه‌ای بودن به آن اشاره داشتند. تحقیقات نیز نشان داده است که رفتارهای مخرب پزشکان نسبت به پرستاران به طور معنا داری در بی‌علاقگی و کسالت پرستاران و کاهش رضایت شغلی و ترک شغل پرستاران مؤثر بوده است. در یک تحقیقی ۳۱٪ از شرکت کنندگان اظهار داشتند که پرستاران فقط به خاطر رفتارهای مخرب پزشکان، کار در بیمارستان را ترک می‌کنند [۱۴]. اویس آروا (oweis Arwa) در مقاله خود با عنوان «چالش‌های حرفه‌ای شدن پرستاران در اردن» می‌نویسد: یکی از کوشش‌های چالش بر انگیز برای پرستاران، دستیابی به احترامی است که می‌بایست از طرف سایر حرفه‌ها برای آنان قائل گردند. پرستاران برای دستیابی به احترامی که شایسته آن می‌باشند تلاش نموده و نمی‌توانند از آن چشم‌پوشی کنند. اگر چه پرستاران در جستجوی کسب احترام بیشتر برای پرستاری به عنوان یک حرفه قانونی هستند و تاکنون گام‌های بزرگی را برداشته‌اند؛ اما فرآیند رسیدن به این هدف هنوز با چالش‌های زیادی رو به رو می‌باشد [۲۴]. افراد حرفه‌ای با احترام به ارزش‌های دیگران باید در حفظ اصول حرفه‌ای خود و رعایت قوانین و مقررات احساس مسئولیت نمایند [۲۵]. پژوهش رستمی و همکاران نیز نشان داد که ۳۲/۳ درصد شرکت کنندگان در تحقیق معتقد بودند که پزشکان به نقش‌های اختصاصی حرفه پرستاری احترام نمی‌گذارند [۵]. کیوکو (kyoko) و همکاران نیز در این خصوص می‌نویسند: صحبت و مذاکره با پزشکانی که برای پرستار احترام قائل نیستند، بسیار سخت است. به عنوان مثال بعضی از پزشکان می‌گویند: «شما نمی‌توانید حتی یک چیز ساده را انجام دهید» یا «شما معنی دستور را نمی‌فهمید؟» [۱۵]. در بررسی جنیفر (Jennifer) و همکاران ۱۷-۱۳ درصد پرستاران از بی‌احترامی حرفه‌ای و برخورد نامناسب پزشکان که شامل بی ادبی (توهین) و بی‌احترامی به پرستاران بود را گزارش کردند. (۱۶٪) از پرستاران گزارش کردند که پزشکان قبل از این که پرستار گزارش خود را کامل کند، صحبت او را نزد بیمار قطع می‌کنند [۲۶] عشوندی و همکاران در طی پژوهشی کیفی با عنوان «بررسی موانع انگیزشی پرستاران» اعلام داشتند که یکی از مهمترین موانع انگیزشی شغلی در پرستاران، بی‌احترامی به پرستاران است [۲۵]. تحقیق زمانی و همکاران با عنوان «بررسی دیدگاه‌های پزشکان و پرستاران در مورد چرخه ارتباط پزشک و پرستار» نشان داد که ۶۷/۵٪ شرکت کنندگان در تحقیق معتقد بودند که احترام متقابل یکی از روش‌های مهم مقابله با موانع ارتباطی است [۲۷]. پژوهش ضیغمی

محمدی نیز نشان داد که ۱۳ درصد شرکت کنندگان در تحقیق معتقد بودند که رعایت احترام متقابل بین پزشکان و پرستاران اثر کم، ۳۴ درصد آنان اعتقاد داشتند که اثر متوسط و ۵۳ درصد معتقد بودند که اثر بسیار زیادی بر ارتباط آنان دارد [۲۸].

در بررسی حاضر، اگر چه برخی از شرکت کنندگان ادراکات و تجربی مبنی بر رعایت احترام و حریم‌ها در روابط حرفه‌ای را داشتند، با این حال ادراکات بیشتر شرکت کنندگان حاکی از بی‌احترامی پزشکان به پرستاران بود که از این جهت همسو با سایر تحقیقات است [۵، ۱۵، ۲۴، ۲۶، ۲۸]. با توجه به حوزه کاری مشترک پرستاران و پزشکان و مکمل بودن این دو حرفه، وجود ارتباطات حرفه‌ای اجتناب ناپذیر است. یکی از عوامل بسیار مهم در ارتباطات حرفه‌ای، وجود احترام متقابل نسبت به ارزش‌های حرفه‌ای و رعایت حریم انسانی، فردی و حرفه‌ای طرف مقابل است. احترام از عوامل کلیدی ارتباط حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان می‌باشد. احترام دو جانبه در روابط کاری به ویژه در ارتباط با پزشکان بسیار مؤثر است. رعایت حد و مرزها و صمیمیت همراه با حفظ و رعایت حریم‌ها در روابط حرفه‌ای به عنوان یک اصل در روابط انسانی و سازمانی است. ادب عمومی برای ایفای نقش حرفه‌ای مهم است. پرستار و پزشک با رعایت ادب عمومی، احترام را به دیگران و خود انتقال می‌دهند. مشکلات ارتباطی اساساً از فاکتورهایی که تعامل بین پزشک و پرستار را تحت تأثیر قرار می‌دهند ناشی می‌شوند. یکی از فاکتورها نگرش‌های توهین آمیز و خدمتکارانه به پرستاران است. مادامی که این نگرش پزشکان نسبت به نقش‌ها، عملکردها و شایستگی‌های پرستاران تغییر نکند، این گونه مشکلات ارتباطی وجود خواهند داشت [۸، ۷]. امید است پرستاران و پزشکان ما به درجه‌ای از بلوغ حرفه‌ای و عاطفی برسند که اخلاق حرفه‌ای را جایگزین خصوصیات اخلاقی فردی نمایند. خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید: بگو به بندگان من که به بهترین سخن بگویند... (سوره اسراء، آیه ۵۳). همچنین خداوند متعال در سوره نور در خصوص حفظ حریم دیگران می‌فرماید: ای کسانی که ایمان آورده‌اید به خانه‌های غیر از خانه خود بی آنکه اجازه طلبیده و بر ساکنانش سلام کرده باشید داخل شوید. این برای شما بهتر است. باشد که پند گیرید (آیه ۲۷) [۲۹]. نخستین اصلی که دو مسلمان درباره یکدیگر باید رعایت کنند، احترام به شخصیت یکدیگر است [۲۱]. کیتلین فن دی (Caitlin Van De) و همکاران در مقاله خود با عنوان «شیوه‌های ارتباطی که درک همکاری، کیفیت و رضایت شغلی پرستاران را بهبود می‌بخشد» می‌نویسند: سه دسته عوامل بر همکاری در بالین مورد نیاز هستند و یکی از مهمترین آن‌ها احترام است. این عوامل برای متحد نمودن ادراکات و نگرش‌ها و حل تضادها در طول مدت همکاری بسیار ضروری هستند [۳۰]. مانوئلوویچ

اعمال مطلوب است. وقتی که از کسی تشکر می‌شود، آن فرد نهایت تلاش خویش را به کار می‌بندد تا از عهده سپاس برآید. سپاسگزاری آدمی را در دایره محبت الهی قرار می‌دهد. تقدیر و تشکر یکی از تمایلات بشر است. هنگامی که از کسی تشکر می‌شود، نیاز به احترام در او ارضاء می‌شود و شخص احساس ارزشمندی، توانایی و کفایت می‌کند و وجود خود را مفید و لازم می‌یابد. تقدیر و تشکر پیوند عاطفی بین افراد افزایش می‌دهد [۲۱].

در تحقیق حاضر تعدادی از شرکت کنندگان خصوصیات شخصیتی را مدنظر داشته و بر تأثیر آن بر ارتباط حرفه‌ای بین پزشک و پرستار تأکید داشتند که از این نظر با دیگر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همراستا است.

زمانی و همکاران نیز در تحقیق خود، مهمترین عامل در ارتباط دو گروه از دید پزشکان و پرستاران را شخصیت افراد ذکر می‌کنند [۲۷]. کیوکو و همکاران نیز در بررسی خود، خصوصیات پزشکان را که باعث ایجاد مشکل در برقراری ارتباط پرستاران با آنان می‌شود را در دو گروه عمده طبقه بندی کردند. گروه اول شامل ویژگی‌هایی از پزشکان بود که در برقراری ارتباط با پرستاران سخت بودند و تمایلی به ارتباط با پرستاران نداشتند. گروه دوم شامل خصوصیات از پزشکان مثل بد اخلاقی و پرخاشگری، عصبانیت و دمدمی مزاج بودن آن‌ها بود. بدین ترتیب بررسی آنان نشان داد که موانع ارتباطی بین پرستاران و پزشکان از تمایل نداشتن پزشکان به ارتباط با پرستاران و مشکلات خلقی پزشکان ناشی می‌شود [۱۵]. پژوهش سنگتانی و همکاران نیز نشان داد که ۲۹/۷ درصد پرستاران در برقراری ارتباط گشاده رو نیستند [۳۳]. در تحقیق ضیغمی و همکاران، مهمترین فاکتور فردی تأثیر گذار بر ارتباط میان پزشک و پرستار، مهارت‌های ارتباطی بین فردی ناکافی ذکر گردید. بررسی آنان نشان داد که ۴۳ درصد شرکت کنندگان معتقدند که ویژگی‌های فردی، اثر بسیار زیادی بر ارتباط بین پزشکان و پرستاران دارد و ۴۳ درصد نیز معتقد بودند که ویژگی‌های فردی اثر متوسط بر این رابطه دارد [۲۸]. اعتماد به نفس پایین یکی از خصوصیات فردی ایجاد کننده اختلال در روابط بین پزشک و پرستار است. عاطفی بودن نیز یک ویژگی فردی مؤثر بر ارتباط است. برخورداری از مهارت‌های ارتباطی بین فردی عامل بسیار مهمی در برقراری ارتباط است. یکی دیگر از موانع ارتباط مناسب بین پزشکان و پرستاران، خودخواهی پزشکان است [۶]. در پژوهش جنیفر و همکاران، بی نزاکتی و مؤدب نبودن برخی از پزشکان به عنوان مختل کننده ارتباط بین پزشک و پرستار عنوان گردید. به طوری که ۱۷-۱۳ درصد شرکت کنندگان در تحقیق به این مسأله اشاره نمودند [۲۶]. بررسی روزن استین با عنوان «ادراکات پرستاران و پزشکان

(Manojlovich) و همکاران نیز در تحقیق خود با عنوان «رضایت شغلی پرستاران در بخش‌های ویژه با ارتباط بین پزشک و پرستار» دریافتند هنگامی که پزشکان روش‌های احترام‌آمیز را در ارتباطات دارند، رضایت پرستاران بالاتر است [۳۱]. کشتکاران و همکاران نیز در پژوهش خود نیاز پرستاران را مورد بررسی قرار دادند و در تحقیق خود دریافتند که نیاز به احترام بالاترین امتیاز را کسب کرده است [۳۲]. ارتباط و تعامل در فضای احترام متقابل به وجود می‌آید [۳۳] ارضای نیازهای حرمت و احترام پرستاران یک عامل بر انگیزاننده شغلی و ایجاد کننده حداکثر تلاش در آن‌ها برای ارائه مراقبت‌های بالینی بهتر است. پرستاران بر حفظ حریم‌ها تأکید داشته و حرکت در راستای مخالف آن، پرستاران را از هدف اصلی آنان که ارائه مراقبت‌های پرستاری مؤثر می‌باشد، دور می‌نماید [۳۴].

تعدادی از شرکت کنندگان از لزوم قدردانی، صحبت کردند. بسیاری از آن‌ها اشاره نمودند که تقدیر و تشکر آن گونه که لازم است، صورت نمی‌گیرد. این نتیجه به نتایج حاصل از تحقیقات زیر همخوانی دارد.

پژوهش ضیغمی محمدی و همکاران نیز نشان داد ۴۲ درصد از پرستاران معتقدند که میزان حمایت از پرستاران در زمان بروز مشکل و اختلافات ضعیف است [۲۸]. عظیمی و همکاران نیز تقدیر و تشکر به عنوان یک راهبرد مدیریتی دانسته و تقویت نشدن را موجب کاهش علاقه و انگیزه پرستاران در مراقبت‌های بالینی ذکر کردند. پرستار باید در محیط کارش بازخورد مثبت بگیرد تا تشویق شود. وقتی مراقبت‌های ارائه شده از طرف پرستار در سطح مطلوب باشد از آنان تشکر نمی‌شود ولی اگر کوچکترین خللی در کار پیش آمد، از آنان انتقاد می‌کنند. یک معضل اصلی این است که به طور کلی تقدیر و تشکر از پرستاران کم است. این مسأله روی ارتباط آنان تأثیر می‌گذارد [۶]. سپاسگزاری از صفات خداوند است. خداوند متعال سپاس‌پذیر بردبار است. خداوند متعال حمد و سپاس را در کنار ایمان، مانع از عذاب برشمرده است [۳۵]. قدرناشناسی از پرستاران یکی از موانع عمده مؤثر بر ارتباط حرفه‌ای آنان است و بازخوردهای مثبت یکی از تسهیل کننده‌های ارتباط حرفه‌ای در پرستاری حرفه‌ای است [۳۶]. حمایت کم مدیران از پرستاران و دریافت نکردن پاداش و تشویق از عوامل تنش‌زای اشتغال در حرفه پرستاری بوده [۳۷] و به کارگیری شیوه‌های تشویق و تنبیه به طور مساوی برای هر دو گروه پزشکان و پرستاران یکی از عوامل مؤثر بر ارتباط آنان است [۲۷]. حق شناسی و سپاسگزاری از کسانی که با آنان کار می‌کنیم باعث تحکیم روابط می‌شود. در واقع تشکر و قدردانی، نوعی استفاده از امور مطلوب پس از انجام عمل برای افزایش یا تثبیت عمل است. بنابراین تشکر و قدردانی یک نظام کنترل رفتاری برای افزایش

واقع اخلاق، فلسفه سلوک و رفتار است و به ما کمک می‌کند که بهترین عمل و اقدام را در یک موقعیت خاص مشخص کنیم. مفاهیم اخلاقی و معنوی و ارزش‌ها مطلوبیت نظری دارند، اما در عمل تناقض‌هایی هم دارند. بیشتر این تناقضات در پرستاری به دلیل ماهیت انسانی آن است. خوب، یک واژه کلی است. در عرصه سلامت، معیار خوب بودن این است که بهبود دهنده زندگی و سلامت باشد. تصمیم‌گیری در عرصه اخلاقی تحت تأثیر فلسفه زندگی، باورهای مذهبی، تجارب شخصی، کدهای اخلاقی حرفه-ای، تکنولوژی و دانش و شرایط اقتصادی قرار می‌گیرد. ضرورت به کارگیری اصول ارزشی و انسانی، شکل دیگری از بعد اخلاقی ارتباط در پرستاری است. همه رشته‌ها پایه و اساس علمی دارند. یک ویژگی منحصر به فرد پرستاری، بعد عاطفی و اخلاقی آن است. معنویت در ارتباط با پرستاری یکی از جنبه‌های مهم بشر دوستی است.

مسئله در زمینه رابطه اقتدار گرایانه و دستوری بود. شرکت-کنندگان (پرستاران و پزشکان) معتقد بودند سلسله مراتب در ارتباطات باید رعایت گردد، اما اعمال قدرت سبب می‌شود که پرستار تحقیر و از حرمت پرستاری کاسته شود. حتی پزشکان نیز اظهار داشتند که هنگامی که پزشکان روش‌های غیر دستوری و احترام آمیز را در ارتباطات دارند، رضایت پرستاران بالاتر است، اما در عین حال اذعان داشتند که ارتباط آنان با پرستاران در بسیاری از موارد اقتدارگرایانه و دستوری است.

در پژوهش رستمی و همکاران، ۲۹/۱۵ درصد شرکت‌کنندگان در تحقیق، موافق با این موضوع بودند که رابطه پزشکان با پرستاران یک رابطه رئیسی - مرئوسی است و ۴۲/۱ درصد مخالف با این موضوع بودند [۵]. در بررسی وسیعی، پرستاران اذعان نمودند که رابطه پزشکان با پرستاران یک رابطه دستوری است. پزشک فکر می‌کند در رأس هرم است و پرستار پایین است [۶]. مشارکت کم در تصمیم‌گیری، سبب فقدان ارزش فردی، احساس زیر دست بودن و کاهش اعتماد می‌گردد [۳۹].

تحقیقات نشان داده است که رابطه دستوری پزشک-پرستار اثرات منفی بر ارتباطات آن‌ها دارد [۴۱،۴۰]. مهربانی به نقل از Porter ۲۰۰۵، Siverta ۲۰۰۷ و Thomson ۲۰۰۷ می‌نویسد: «سه الگو در روابط حرفه‌ای وجود دارد: ۱- الگوی فرودست-فرا دست ۲- الگوی وابستگی-استقلال ۳- الگوی همکاری - مشارکت. حاکمیت الگوی فرودست-فرا دست و وابستگی-استقلال بیشتر از الگوی همکاری - مشارکت است. بنابراین روابط حرفه‌ای پرستار و پزشک را به صورت عمودی و نابرابری قدرت حرفه‌ای تعریف کرده است. در الگوی فرودست-فرا دست، پزشک دارای یک نقش فعال و مسلط بر کار خود و نیز واجد قدرت کنترل بر کار پرستار است؛ اما در مقابل، پرستار نقشی

از رفتارهای مخرب و برآیندهای بالینی» نشان داد که در طول یک سال حداقل یک بار در ۹۰ درصد موارد، پرستاران در معرض آزار کلامی پزشکان قرار گرفته بودند [۳۸].

به هر حال، باید توجه داشته باشیم که پرستاران و پزشکان هنوز در ارتباطاتشان مشکلاتی دارند و بسیاری از این مشکلات و رفتارها ریشه در شخصیت افراد دارد و به حرفه یا موقعیت شغلی آنان مربوط نمی‌شود. با این حال، بروز خصوصیات و رفتارهای نامناسب فردی در موقعیت‌های حرفه‌ای دور از انتظار است. بنابراین افراد حرفه‌ای باید تلاش نمایند تا اخلاق حرفه‌ای را جایگزین خصوصیات و رفتارهای نامناسب فردی نمایند. افراد حرفه‌ای به جای شکوه و شکایت و خرده‌گیری از یکدیگر باید به دنبال استراتژی‌هایی برای حل این مسائل باشند. هر یک از حرفه‌ها باید از پیش فرض‌ها در مورد دیگر حرفه‌ها اجتناب کنند و تلاش نمایند تا با دیدگاه‌های حرفه‌های دیگر آشنا گردند [۹]. مورد دیگری که بسیاری از شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند، توجه به مسائل معنوی و اخلاقی در ارتباطات حرفه‌ای بود. سخنان برخی از شرکت‌کنندگان تأکید بر توجه بیشتر به ابعاد اخلاقی، عاطفی و معنوی در ارتباطات حرفه‌ای بود. آنان عنوان نمودند که یک پرستار با اخلاق و مؤمن و وظیفش را به نحو احسن انجام می‌دهد و در ارتباطاتش به ابعاد انسانی و اخلاقی و ارزش انسانی توجه می‌کند که با تحقیق زمانی و همکاران هماهنگی دارد. پرستار در مقابل اعمال پرستاری انجام شده برای هر بیمار پاسخگو و مسئول است. زمانی که مراقبت و ایمنی بیمار به وسیله فعالیت‌های نامناسب و غیر اخلاقی به خطر می‌افتد، برای حراست از بیمار وارد عمل می‌شود [۲۵].

مراقبت پرستاری بر اساس اخلاق حرفه‌ای رفاه مددجو را بالا می‌برد، به انتخاب مددجو احترام می‌گذارد، حریم شخصی و امنیت او را تضمین می‌کند، کیفیت زندگی و حرمت او را در نظر می‌گیرد، صداقت و انصاف رعایت می‌کند. افراد حرفه‌ای باید نکات اخلاقی حرفه بشناسند و از عدم تضاد ارزش‌های فردی با کار حرفه‌ای اطمینان حاصل کنند. اعضای تیم بهداشت و درمان و دیگر کسانی که در فراهم کردن مراقبت سهیم هستند، باید با حس تعاون و همکاری متقابل رفتار کنند. به ویژه هنگامی که مراقبت به صورت تیمی انجام می‌شود، باید به شأن همکاران احترام بگذارند. پرستار و دیگر اعضای تیم درمان بدون در نظر گرفتن مذهب، نژاد، وضعیت اقتصادی، موقعیت اجتماعی، مزایای فردی و بهداشتی بیمار به ارائه مراقبت و درمان پرداخته و نیازهای مراقبتی وی را برآورده می‌نمایند [۲۵].

در عرصه عمل ما با یکسری رفتارها برخورد می‌کنیم که آن‌ها را خوب یا بد می‌دانیم. اخلاقیات و معنویات به شخصه این احساس را می‌دهند که چه چیزی درست و چه چیزی نادرست است. در

رستمی هماهنگی دارد [۴۵،۳۶،۲۶،۵]. روزن استین در پژوهش خود دریافت که در طول یک سال در ۹۰ درصد موارد حداقل یک بار پرستاران در معرض آزار کلامی پزشکان قرار گرفته بودند [۳۶]. جنیفر و همکاران عنوان نمودند که اگر کوچکترین مشکل در امر مراقبت و درمان بیمار به وجود آید، اولین کسی مورد انتقاد قرار می‌گیرد، پرستار است. همین کافی است تا پرستاران نسبت به کارشان بی‌علاقه شوند [۲۶]. در بررسی رستمی ۳۱ درصد پرستاران معتقد بودند که در صورت بدتر شدن وضعیت بیمار، پزشکان پرستاران را مورد مؤاخذه قرار می‌دهند [۵].

در پژوهش حاضر هم پزشکان و هم پرستاران ادراکاتی مبنی بر سپر بلا واقع شدن پرستاران داشتند. باید توجه داشته باشیم که سپر بلا قرار دادن پرستاران، یک کار غیر حرفه‌ای و بی‌فایده است. تمایل و شجاعت برای پذیرش بار مسئولیت در قبال نتایج به دست آمده برای بیمار باعث ایجاد همکاری توأم با احترام و اعتماد خواهد شد. اجتناب از سرزنش پرستاران باعث تقویت کار گروهی مثبت و جلوگیری از یأس و ناامیدی پرستاران خواهد شد. سپر بلا قرار دادن پرستاران نوعی ظلم به آنان است و باعث تخریب احترام آنان خواهد شد [۱۴].

نتیجه‌گیری

براساس تجربه‌های به دست آمده از پرستاران و پزشکان نسبت به درک ارتباط حرفه‌ای می‌توان گفت: ارتباط حرفه‌ای بین پزشک و پرستار پدیده‌ای است که با درک خود مراقبتی اخلاقی نمایان می‌شود و برای ارتقای کیفیت مراقبت و درمان بیماران و رضایت شغلی پرستاران و پزشکان لازم و ضروری است. ارتباط حرفه‌ای پرستاران و پزشکان، فرآیندی است که عواملی مانند: رعایت احترام، اخلاق مداری، قدردانی و خصوصیات مثبت شخصیتی باعث تسهیل آن می‌شوند و عواملی همچون: رعایت نکردن حریم‌ها، رابطه‌ی دستوری و اقتدارگرایانه و سپر بلا واقع شدن، این فرایند را تهدید می‌کنند.

ارتباط در همه‌ جنبه‌های کاری و حرفه‌ای کاربرد دارد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در بحث‌های ارتباط حرفه‌ای به این مضامین توجه بیشتری گردد. نتایج به دست آمده می‌تواند برای هدایت تحقیقات بعدی در مورد ارتباط حرفه‌ای و موضوعات مرتبط با آن مهم و کمک کننده باشند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر بر خود فرض می‌داند، از همکاری صمیمانه تمامی پرستاران و پزشکانی که در انجام این بررسی، محقق را یاری کرده‌اند، نهایت تشکر و قدردانی نماید.

منفعل و تابع داشته و تنها بر اساس دستورات پزشک عمل می‌کند. در الگوی وابستگی - استقلال، پرستار در عین توانمندی برای ایفای نقش مستقل حرفه‌ای، همچنان وابسته به پزشک، بدون اعلام نظر و ارزیابی تخصصی عمل می‌کند. در اینجا مانع جدی استقلال، نداشتن توانایی پرستار نیست، بلکه عدم شکل - گیری خود آگاهی و خود باوری حقیقی اوست. این موضوع باعث شده پرستاران هنوز احساس کنند که نیازمند متابعت از پزشک هستند. در الگوی همکاری - مشارکت، پزشک و پرستار ضمن مذاکره مطلوب، مرزهای حرفه‌ای مستقل یکدیگر را به رسمیت می‌شناسند و هر یک در تأمین سلامت بیمار دارای حوزه تشخیصی، اقدام و مسئولیت‌های مشخصی هستند [۴۲].

در محیط‌های بهداشتی - درمانی با فرهنگ سلسله مراتبی، پزشکان در رأس قرار می‌گیرند. در حالی که پرستاران و دیگر کارکنان بهداشتی - درمانی احساس می‌کنند که در قسمت‌های پایین‌تر سلسله مراتب قرار دارند و تمایل دارند که در مورد مسائل صحبت و نگرانی‌های خود را بیان نکنند. رفتار تهدیدآمیز افراد بالای سلسله مراتب نیز می‌تواند یک مانع ارتباطی باشد [۴۳]. دیدگاه کلیشه‌ای موجود در جامعه، که پرستاران را به عنوان مشارکت کننده، کمک کننده و پزشکان را به عنوان تشخیص دهنده و بالادست می‌داند، سبب مشکلات ارتباطی و سوء تفاهات می‌شود [۴۴]. ارتباط پزشک و پرستار بر اساس ارتباط بالا دست - زیر دست اثرات منفی بر این ارتباط می‌گذارد [۶]. به هر حال، ارتباط دستوری از بحث برانگیزترین طرح‌های ارتباطی است. ارتباط دستوری مانعی برای شرکت فعال پرستاران بر اساس دانش و صلاحیت‌های حرفه‌ای در فرآیند تصمیم‌گیری است و منجر به جدایی پزشکان و پرستاران از هم و مهار کننده ارتباط است. در گذشته به علت وجود نظام سلسله مراتبی و یک جانبه بودن خطوط ارتباطی و تصمیم‌گیری در بیمارستان، همه کارکنان بیمارستان زیر نظر پزشکان انجام وظیفه می‌کردند؛ اما سازمان جدید بیمارستان حکم می‌کند که خطوط ارتباطی در تمام سطوح از سلسله مراتب بیمارستان جریان داشته باشد. بسیاری از پرستاران علت بروز رفتارهای نامناسب پزشکان نسبت به پرستاران مانند: توهین، تحقیر، گستاخی، بی‌ادبی، بی‌توجهی و تهدید را ناشی از سنت سلسله مراتبی می‌دانند که در آن پزشک در رأس قرار می‌گیرد و به پرستاران به عنوان خدمتکار نگرسته می‌شود، تا اینکه به آنان به عنوان همکاران حرفه‌ای ارزشمند توجه گردد [۱۴].

سپر بلا بودن مسئله دیگری بود که برخی از شرکت کنندگان در مورد درک الگوی ارتباط از آن صحبت نمودند. آنان اشاره داشتند که پرستاران در بسیاری از مواقع سپر بلا قرار می‌گیرند. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات روزن استین، جنیفر، مردانی حموله و

References:

- Jazani N TN, Khodayar A. Human resource development strategy: an employee knowledge development approach. *Journal of Strategic Management Studies* 2010; 1(2): 15-29.
- K Y. The spiritual intelligence of nurses in Taiwan. *J Nurs Res* 2006; 14(1): 24-35.
- Sadeghi A AA, Abedi M. The study of effectiveness of group education of aggression Control with emotional behavioral and intellectual method. *Psychology Journal* 2004; 6(21): 53-62.
- Mohammadi S NN, Borhani F, Roshanzadeh M. . Moral intelligence in nursing: a cross-sectional study in East of Iran. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(5): 57-66.
- Rostami H RA, Ghahramanian A The Viewpoint of Nurses about Professional Relationship between Nurses and Physicians. *Sci J Booye* 2010; 7(1): 63-72.
- Azimi Loolati H ea. Experience professional association of nurses in educational hospitals: a phenomenological study. . *J Mazand Univ Med Sci* 2011; 21(85): 108-25.
- H RG. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. USA: Rockville 2008.
- Matziou V VE, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care* 2014; 28(6): 526-33.
- LF C. Communication: A dynamic between nurses and physician. *Med Surg Nurse* 2012; 21(6): 385-7.
- Oakbrook Terrace I. The Joint Commission guide to improving staff communication. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 2005.
- Thompson D SS. Handmaiden or right handman: is the relationship between doctors and nurses still therapeutic. *International journal of Cardiology* 2007; 139-40.
- O TNK. Relationship between new nurses resolves their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *J Nurs Manage* 2007; 15(3): 321-31.
- D SSH. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspective from south Wales. *J adv nurs* 2000; 31(3): 661-7.
- A. Nurse T. Nurse/physician relationships: Improving or not?. *J Nurs*. 2014; 37(1): 52 - 5.
- Kyoko M YO, et al. Doctors perceived by Japanese nurses as communication barriers: A questionnaire survey. *International Journal of nursing studies* 2008; 45(4): 740-9.
- Verrena S ES, et al. View and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care- an investigative review. *J BMC* 2013; 14(3): 123-6.
- Yildirim A ea. Physician-nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. *Inter J Nurs Stud* 2005; 42(4): 429-37.
- Lobindo W G HJ. *Nursing Research Methods, and Critical Appraisal for Evidence-based Practice*. New York: Mosby Co 2006.
- Helen Streubert S DR. *Qualitative Research in Nursing*. Translated into Persian by: Khachian A, Shokati M, Tehran Salemi Publication 2010.
- Farhadi A EN, Jalali R. The nurses and physicians experiences of their professional relationship pattern with each other: A phenomenological study. *J Qual Res Health Sci* 2017; 6(2): 201-13.
- Qum SG. *The Islam ethical system*. Boostan Book Institution 2012: 106.
- Ahangarzadeh Rezaie S SS, Saghizadeh M. Comparison of job stressors and coping strategies in general and psychiatric nurses of Orumyeh Medical Sciences University. *J Orum Med Sci Univ* 2008; 6(1): 1-8.
- Bryan B GM, Jill M, Beate Ba, John S, Neil J, Charlotte Ro, Ed Peile, Carol D, Maggie A, and Jan I. Newly qualified doctors' perceptions of informal learning from nurses: implications for interprofessional education and practice. *J Interprof Care* 2013; 27(5): 394-400.
- AI O. Bring the professional challenges for nursing in Jordan to light. *Inter Journal Nurs pract* 2005; 11(6): 244-9.
- Nursing Organization of the Islamic Republic of Iran: Reference book for Standards nursing services. Tehran: Nursing Organization of the Islamic Republic of Iran 2006.
- Jennifer Tjia ea. Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety. *J Patient Saf* 2009; 5(3): 145-52.
- Zamani A.R ZN, Sherafat Z. Assessment of point of view of doctors and nurses (hospital, Al Zahra) on the cycle of relationship between physician and nurse. *J Isfahan Med Sci* 2010; 28(120): 1529-36.
- Zeyghami Mohammadi SH HS. Assessment of relationship between nurses and doctors utilizing the skills of communication and cooperation *J Medical Sci, I A U* 2008; 19(2): 121-7.
- AL hadi Institute. *Holey Quran Qom: the publication of Quran* 2011.
- Catlin Van De C YH, Alexander Y. Interdisciplinary collaboration and relevant perspective in critical care. *UWOMJ* 2012; 81(1): 33-5.
- Manojlovich M AC. Satisfaction of intensive care unit nurses with nurse-physician communication. *J Nurs Adm* 2008; 38(5): 237-45.
- Keshtkaran A KA, Yosefi S. *J Hos*. 7(2): . Motivational needs of nurses. *J Ho* 2008; 7(2): 17-20.
- Sangestani G FG, Jaafarian N. Evaluation of the therapeutic relationship between nurses and hospitalized patients in emergency ward. *J ham* 2008; 16(1): 40-5.
- Mardani Hamooleh M SVA. Nurses' experiences of clinical challenges (a qualitative study). *J Orum Nurs* 2009; 7(4): 246-52.
- Deylami A AM. *Islamic ethics*. Qum: Maaref Publication 2010.
- R J. Nurses' Experiences of the Perception of Nursing Conscience and Developing a Valid and Reliable Instrument [dissertation]. [Tehran] Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services faculty of Nursing and Midwifery 2012: 180.

37. Fakhre Movahedi A SM, Negarandeh R. Koomesh. Exploration of the underlying factors in the nurse-patient relationship: a qualitative study. Koomesh 2011; 13(41): 23-34.
38. Rosenstein A ODM. Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. Am J Nurs 2005; 105(1): 54-64.
39. Estabrooks CA MW, Cummings GG, et al. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. Nurs Res 2005; 54(2): 74-84.
40. Knoll M LI. Nurses perspective on interprofessional communication on an intensive care unit. J Pflye 2008; 21(5): 339-51.
41. N N. Perceptions of empowerment and intent to stay. Nurs Eon 2006; 24(1): 13-8.
42. M M. Sociological study of the relationship between the profession of nurse and physician. Tehran: Iranian Sociological Association 2010.
43. Hughes L MB, Russell S, et al. Deference to nursing expertise in acute care hospitals. Nurs Administration Research Conference; Phoenix, AZ 2005.
44. Negarandeh R OFAF, Nikraves M, Hallberg IR. Patient advocacy: barriers and facilitators. J BMC Nurs 2006; 5(2).
45. Ghiyasvand SH ZM, Peyravi H. Nurse as a Facilitator to Professional Communication: A Qualitative Study. Glob J Health Sci 2015; 7(2): 294-303.

The nurses and physicians perceptions of ethical self-care in their professional relationship with each other: A phenomenological study

Abolfazl Farhadi ^{1*}

Received: 2019/06/14

Revised: 2019/08/31

Accepted: 2019/07/27

1. Department of Nursing, Shirvan Branch, Islamic Azad University, Shirvan, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.9, No.1&2, Spring & Summer 2020

J Educ Ethics Nurs 2020;9(1&2):70-82

Abstract:

Introduction:

The relationship between the physicians and nurses involves their engagement in patient care to achieve a therapeutic goal. Professional relationship between physicians and nurses is inevitable. Ethics is essential in all professions. Effective communication between physicians and nurses has been shown to enhance patient care. Effective collaboration between nurses and physicians increases their successfully and satisfaction. The purpose of this study was to the exploration of nurses and physicians experiences of ethical self-care in their professional relationship with each other.

Materials and Methods:

This study is a qualitative research using phenomenology method. Fifteen semi-structured interviews were carried out with 8 nurses and 7 physicians. They described their experiences related to professional communication. The interviews were recorded and transcribed and the data were then analyzed by using the Colaizzi analysis method.

Results:

Four themes emerged from data analysis in which influence the nurse-physicians relationship. One of them was perception of ethical self-care in their professional relationship. Professional relationships between physicians and nurses were described based on this theme.

Conclusion:

Based on the experience lived by nurses and doctors to understand the professional relationship can be said professional relationship between physicians and nurses is a phenomenon that is understood by the ethical self-care perception and to improve the quality of patient care and nurses' job satisfaction and doctors is essential.

Keywords: Professional Relationship, Nurses, Physicians, Ethical Self-Care, Phenomenology

* Corresponding author Email: farhadie_1967@yahoo.com