

## مهارت‌های ارتباطی پرستاران از دیدگاه بیماران بستری

حسین رستمی<sup>۱\*</sup>، مهری گلچین<sup>۲</sup>، آمنه میرزائی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۶/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۰۸/۳۰

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** یکی از مشکلات عمده‌ای که افراد جامعه امروزی را تهدید می‌کند، عدم برقراری ارتباط صحیح و درک همدلانه است. از دیدگاه بیماران کیفیت خدمات از طریق برقراری ارتباط مناسب و موثر معنی پیدا می‌کند. به طوری که مطالعات نشان می‌دهد علت عمده اکثر شکایت‌ها و نارضایتی‌ها و تخلف‌های محیط بهداشتی درمانی عدم وجود ارتباط موثر می‌باشد. کید بیان می‌کند، فقط زمانی مراقبت پرستاری را می‌توان ارائه داد که ارتباط موثر بین پرستار و بیمار برقرار شده باشد. مشکلات فوق باعث شد پژوهشگران وضعیت مهارت‌های ارتباطی پرستاران با بیماران در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مطالعه کنند.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. با توجه به میزان تخت فعال مراکز، ضریب اشغال تخت هر بخش و میانگین مدت اقامت بیماران، حجم نمونه ۳۸۵ مورد برآورد شد که بعد از افت نمونه ۳۸۳ مورد به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه، روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه ساختار یافته بود پس از جمع‌آوری اطلاعات از طریق برنامه نرم افزاری SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** مشخصات دموگرافیک یافته‌های پژوهش نشان داد که از ۳۸۳ مورد، ۵۳/۸ درصد زن و ۴۶/۲ درصد مرد بودند. از نظر وضعیت تحصیلی، ۴۰/۳ درصد (بیشترین) بی‌سواد و ۱/۳ درصد (کم‌ترین) فوق دیپلم بودند. ۱۲/۶ درصد پرستاران مهارت ارتباطی غیر کلامی ضعیف و ۵۰/۸ درصد متوسط و ۳۶/۶ درصد خوب داشتند و همچنین ۳۹/۶ درصد پرستاران مهارت کلامی ضعیف، ۴۶/۱ درصد متوسط و ۱۴/۳ درصد خوب داشتند.

**بحث و نتیجه گیری:** همان طوری که یافته‌های پژوهش نشان داد انتظار بیماران از پرستاران به عنوان ارتباط گر بیشتر است و در مطالعه حاضر فقط ۱۴/۳ درصد پرستاران دارای مهارت ارتباط کلامی موثر بودند. با توجه به اینکه آموزش در افزایش مهارت‌های ارتباطی پرستاران تأثیر زیادی دارد، مطالعات متعدد نشان داده است که برگزاری دوره‌های آموزشی تأثیر مثبت زیادی بر افزایش مهارت‌های ارتباطی پرستاران داشته است.

**کلید واژه‌ها:** مهارت، ارتباط کلامی و غیرکلامی، مراقبت پرستاری، ارتباط پرستار، بیمار

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره اول، پی در پی ۳۶، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۱، ص ۲۷-۳۴

آدرس مکاتبه: خوی، بلوار ولیعصر، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی، تلفن: ۰۹۱۴۴۱۴۹۲۵۶

Email: h\_rostami\_tab@yahoo.com

### مقدمه

مهارت‌های اساسی زندگی اجتماعی می‌باشد (۲). 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 (۳).

ارتباط تعاملی بین حداقل دو انسان می‌باشد که حاصل آن

پیامی است که فرستاده می‌شود و دریافت می‌گردد تا هدفی

برآورده گردد (۱). توانایی برقراری ارتباط صحیح، یکی از

<sup>۱</sup> عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد پرستاری، مرکز آموزشی درمانی چشم پزشکی علوی تبریز

بسیاری از صاحب‌نظران، توانایی برقراری ارتباط صحیح را از مهم‌ترین ویژگی‌های کارکنان بهداشتی دانسته‌اند (۴). برقراری ارتباط صحیح، اثرات مثبتی بر بیماران دارد از جمله بهبود علائم حیاتی، کاهش درد و اضطراب، افزایش رضایتمندی، ارتقای پیامدهای درمانی و مشارکت بهتر در برنامه‌های درمانی. از سوی دیگر، اختلال در ارتباط منجر به اشتباه در تشخیص، کاهش مشارکت بیمار در درمان و کاهش میزان ارائه اطلاعات از سوی بیماران می‌شود (۵).

ارتباط یک فعالیت روزمره مهم انسانی بوده و با اینکه ممکن است ساده به نظر برسد ولی تنوع زیادی در کیفیت برقراری ارتباطات کارکنان بهداشتی وجود دارد. لذا ارتباط ضعیف بین کارکنان بهداشتی و مددجویان موجب نگرانی برنامه‌ریزان سلامتی شده است (۶).

ارتباط فرآیندی است که توسط آن اطلاعات از طریق علائم، نشانه‌ها و رفتار از شخصی به شخص دیگر منتقل می‌شود (۷). به عبارت دیگر ارتباط عبارت است از فرآیند انتقال و تبادل افکار، اندیشه‌ها، احساسات و عقاید دو فرد یا بیشتر با استفاده از علائم و نمادهای مناسب به منظور تأثیر، کنترل و هدایت یکدیگر (۸) همچنین می‌توان ارتباط را یک فرایند پیچیده‌ای از ارسال و دریافت پیام‌های کلامی و غیرکلامی نامید (۹). یکی از مسائل و مشکلات عمده‌ای که افراد جامعه امروزی را تهدید می‌کند، عدم برقراری ارتباط صحیح و درک همدلانه است. اغلب مشکلاتی که در محیط کار، دانشگاه، خانه و سازمان‌ها به وجود می‌آید، ناشی از ارتباط نامناسب است (۱۰).

از دیدگاه بیماران، کیفیت خدمات از طریق برقراری ارتباط مناسب و مؤثر معنا پیدا می‌کند. به طوری که مطالعات نشان می‌دهد، علت نهایی اکثر شکایت‌ها، نارضایتی‌ها و تخلف‌های محیط‌های بهداشتی، درمانی، به علت خطاهای ارتباطی و عدم وجود ارتباط مؤثر می‌باشد (۱۱). کارکنان بهداشتی درمانی و

پرستاران علاوه بر دانش تخصصی خود، باید نحوه برقراری ارتباط موثر با بیماران را یاد بگیرند و گرنه میزان پذیرش توصیه‌های درمانی و مراقبتی و همچنین آموزش از سوی بیماران کمتر خواهد شد. ارتباط دو نوع است، کلامی و غیر کلامی، در ارتباط کلامی برای انتقال اطلاعات به مخاطب از کلمات گفتاری و نوشتاری استفاده می‌شود و در ارتباط غیر کلامی برای انتقال مفاهیم و اطلاعات از زبان بدن یا ایما و اشاره استفاده می‌شود که برای پرستاران هر دو نوع آن‌ها و هماهنگی بین آن‌ها، برای ارائه خدمات موثر به بیماران لازم و ضروری می‌باشد (۱۲، ۱۳).

پایه و اساس ارتباط موثر و نزدیک پرستاران با بیماران بر پایه این فرضیه استوار است که آن‌ها بتوانند تمایلات و تجربیات شخصی بیمار را درک نموده و از آن آگاه شوند و بیماران را از برنامه‌هایی که در جهت تشخیص و درمان پیشنهاد می‌شود، آشنا نمایند تنها از طریق برقراری ارتباط صحیح و موثر است که بیماران زمینه را برای طرح سوال، مناسب دیده و نگرانی‌ها و تمایلات خود را بازگو می‌کنند و این می‌تواند در هنگام اخذ شرح حال بیمار به پرستار کمک زیادی را در جهت شناخت هرچه بیشتر بیمار بکند و علاوه از این، برخورد گرم و توأم با همدلی می‌تواند، توان و تحمل بیمار را در نگرانی‌ها، اضطراب و درد و رنج کاهش دهد و این امر یکی از نکات مهم پرستاری می‌باشد (۱۴). فعالیت‌های پرستاری با برقراری ارتباط مؤثر شروع می‌شود (۱۵). فقط زمانی مراقبت پرستاری را می‌توان ارائه داد که ارتباط مؤثر بین پرستار و بیمار برقرار شده باشد (۱۶). برای این‌که پرستاران بتوانند به نحو مطلوبی خدمات حرفه‌ای خود را ارائه نمایند لازم است به درستی مشاهده کنند و ارزیابی نمایند و برای مشاهده دقیق و ارزیابی باید ارتباط مؤثر برقرار شده باشد. هیچ‌کدام از مشاغل به اندازه شغل پرستاری به چنین ارتباط پیچیده‌ای نیاز ندارد زیرا پرستار فردی است که به علت تماس شبانه‌روزی با بیمار و خانواده آن‌ها نقش‌های کلیدی ایفا می‌نماید و این ایفای نقش‌ها از طریق ارتباط

علی‌رغم اهمیت ارتباط در بهبودی بیماران، اغلب مددجویان در مراکز بهداشتی درمانی از حضور کم پرستاران در بالین ناراضی هستند. هابسی طی مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۸ در آمریکا نشان داد، خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه عکس‌العمل‌هایی را نسبت به پرستاران نشان می‌دهند که بیانگر ارتباط غیر مؤثر آن‌ها می‌باشد و باید پرستاران عملکردهای خود را مجدداً ارزیابی نموده و راه‌حلی را برای حل مشکل فوق پیدا نمایند (۱۳). با توجه به مطالعات انجام‌یافته به نظر می‌رسد حتی در جوامع پیشرفته نیز مشکلات ارتباطی وجود دارد و لازم است تحقیقاتی گسترده‌تر در جهت شناخت وضعیت موجود و علل آن‌ها و ارائه راهکارهایی جهت حل مشکل فوق صورت پذیرد، لذا پژوهشگران بر آن شدند تا یک تحقیق توصیفی را از وضعیت ارتباطی پرستاران از دیدگاه بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز انجام دهند.

### مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز انجام گردید. جهت تعیین حجم نمونه، از فرمول تعیین نمونه استفاده شد (۲۷) و تعداد ۳۸۵ بیمار برآورد گردید و به علت افت نمونه، حجم نمونه نهایی ۳۸۳ بیمار بزرگ سال (بالای ۱۵ سال) بستری در بخش‌های مختلف (داخلی، جراحی، ارتوپدی، چشم، دیالیز، اعصاب، قلب، غدد، زنان و مامایی، ارولژی، گوش حلق و بینی) مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تعیین شد. که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف یا در دسترس انتخاب شده و در مورد مهارت‌های ارتباطی پرستاران (بهباران و پرستاران با مدرک کاردانی و کارشناسی که در امر مراقبت از بیمار شرکت داشتند) مورد مصاحبه قرار گرفتند.

مؤثر شکل می‌گیرد (۱۴). ارتباط سبب افزایش آگاهی از مسائل و مشکلات بیماران (۱۷)، بهبود تصمیم‌گیری در مورد تریخیص و انتقال بیماران (۱۸)، ارائه راه‌حل‌های بهداشتی مناسب و بهبود کیفیت مراقبت از بیماران (۱۹)، افزایش نگرش حمایت از افراد و کارکنان، افزایش حس مشارکت و همکاری در تیم درمانی، افزایش مهارت و دانش و نگرش، ارتقاء کیفیت مراقبت و کاهش خطای درمانی (۲۰)، کاهش طول اقامت بیمار در بیمارستان (۲۱)، کاهش هزینه‌های درمانی، کاهش استرس و فرسودگی شغلی، افزایش بهره‌وری و رضایت شغلی در کار و افزایش دانش سایر کارکنان بهداشتی درمانی از جمله پزشکان، در رابطه با حرفه پرستاری می‌گردد (۲۲).

پرستاران با برقراری ارتباط مؤثر می‌توانند برای بیماران فرصت‌هایی را فراهم نمایند تا آن‌ها واکنش‌های رفتاری ناسازگار را در محیطی آرام و راحت تغییر دهند. یعنی در شرایط برانگیزنده اضطراب بتواند تحت کنترل قرار گیرند. پرستاران با دانش و اطلاعات خود در زمینه تئوری‌ها و بکارگیری آن‌ها می‌توانند چنین شرایطی را برای بیمار به وجود آورند و با تغییرات درمانی مؤثر در افکار، عواطف، احساسات و رفتار شرایط بهبودی بیماران را فراهم آورند (۱۴). مطالعه‌ای بر روی بیماران دچار سردردهای مزمن نشان داد که دقت و وقت کافی در برقراری ارتباط باعث سهولت بهبودی بیماران می‌شود (۱۰).

لزوم برقراری ارتباط صحیح، به عنوان عنصری اصلی برای انجام مراقبت‌های پرستاری بارها مورد تأکید قرار گرفته است (۲۳) و برخی از صاحب‌نظران پرستاری توانایی برقراری ارتباط مناسب را قلب تمامی مراقبت‌های پرستاری می‌دانند (۲۴). متأسفانه نتایج تحقیقات نشان دهنده کمبود مهارت پرستاران و دیگر کارکنان بهداشتی درمانی در زمینه برقراری ارتباط با بیماران بوده است. در مطالعات دیگر نیز بارها گزارش شده است که پرستاران در برقراری ارتباط با بیماران خود مشکلات زیادی دارند (۲۵،۲۶). متأسفانه

کلامی متوسط و امتیاز ۸۰-۶۱ به عنوان مهارت ارتباط کلامی خوب در نظر گرفته شد و برای سنجش مهارت ارتباط غیر کلامی، امتیاز بین ۲۰-۱۰ مهارت ارتباط غیر کلامی ضعیف و امتیاز بین ۳۰-۲۱ مهارت ارتباط غیر کلامی متوسط و امتیاز بین ۴۰-۳۱ مهارت ارتباط غیر کلامی خوب در نظر گرفته شد و سپس برگه‌های پرسش‌نامه کدگذاری شده و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

#### جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق بیماران بستری در

مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بر حسب محیط

#### پژوهش

| ردیف | نام مرکز آموزشی درمانی | تعداد نمونه |
|------|------------------------|-------------|
| ۱    | امام خمینی             | ۸۰          |
| ۲    | شهدا                   | ۷۵          |
| ۳    | شهید مدنی              | ۳۵          |
| ۴    | شهید قاضی              | ۱۶          |
| ۵    | الزهرا                 | ۲۸          |
| ۶    | طالقانی                | ۳۴          |
| ۷    | سینا                   | ۶۳          |
| ۸    | نیکوکاری               | ۱۸          |
| ۹    | علوی                   | ۲۰          |
| ۱۰   | رازی                   | ۱۴          |

#### یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک یافته‌های مورد پژوهش نشان داد که از ۳۸۳ نمونه حاضر تعداد ۵۳/۸ درصد زن و ۴۶/۲ درصد مرد بودند. وضعیت تحصیلی نمونه‌های پژوهش نشان داد که بیشترین (۴۰/۳ درصد) بی‌سواد و کم‌ترین آن‌ها (۱/۳ درصد) فوق‌دیپلم می‌باشند (جدول شماره ۲).

سه‌میه نمونه مورد پژوهش مراکز، با توجه به میزان تخت فعال، ضریب اشغال تخت بخش‌ها و میانگین مدت اقامت طبق جدول شماره ۱ تعیین شد. جامعه پژوهش بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود که پژوهشگران برای انجام پژوهش تقاضای انجام پژوهش را به روسای مراکز یاد شده تقدیم نموده و اجازه نامه لازم را اخذ کردند و همچنین قبل از تکمیل پرسش‌نامه هدف از مطالعه را به بیماران توضیح داده و رضایت آنان جلب شد، به طوری که بیماران در پاسخگویی به سوالات کاملاً آزاد بودند. برای اخذ اطلاعات از روش نمونه‌گیری آسان استفاده شد، با توجه به سواد پایین نمونه‌های مورد پژوهش و کسب اطلاعات واقعی، روش مصاحبه مناسب‌ترین روش جمع‌آوری اطلاعات می‌باشد (۲۸). لذا برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه ساختار یافته استفاده شد. از آنجایی که استفاده از پرسش‌نامه در اغلب شرایط عملی‌تر و آسان‌تر است و به محقق اجازه می‌دهد تا نمونه‌های بزرگ‌تری را مطالعه کند (۲۹) لذا ابزار مطالعه، پرسش‌نامه سه قسمتی بود، قسمت اول مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش بود، قسمت دوم ۲۰ سوال در مورد مهارت ارتباطی کلامی بود و قسمت سوم ۱۰ سوال در مورد مهارت ارتباط غیر کلامی بود که بر اساس مطالعات کتب و مقالات معتبر در ارتباط با موضوع تهیه و تنظیم شد جهت تعیین اعتبار علمی ابزار مورد مطالعه از روش اعتبار محتوا استفاده شد و برای تعیین اعتماد علمی ابزار، از شیوه آزمون مجدد استفاده گردید که ضریب همبستگی پیرسون ۸۵ درصد بدست آمد. پاسخ‌های سوالات مربوط به ارتباط کلامی و غیر کلامی به صورت چهار گزینه‌ای به شرح زیر: بندرت (۱)، گاهی (۲)، اکثراً (۳) و همیشه (۴) در نظر گرفته شد، که پس از جمع‌آوری اطلاعات، با توجه به اهداف پژوهش، داده‌های کیفی به صورت کمی درآمد. برای سنجش مهارت ارتباط کلامی، امتیاز بین ۴۰-۲۰ به عنوان مهارت ارتباط کلامی ضعیف و امتیاز بین ۶۰-۴۱ به عنوان مهارت ارتباط

۳۹/۶ درصد بیماران اظهار نمودند که پرستاران در برقراری ارتباط کلامی ضعیف عمل می‌کنند، در صورتی که ۱۲/۶ درصد بیماران بیان کردند که پرستاران در برقراری ارتباط غیرکلامی ضعف دارند. از دید بیماران، پرستاران در برقراری ارتباط غیر کلامی موفق‌تر از ارتباط کلامی هستند و این منطبق با متون علمی و روانشناسی می‌باشد که انسان‌ها برای رفع نیازهای خود ارتباط غیر کلامی را بیشتر از ارتباط کلامی بکار می‌گیرند.

#### جدول شماره (۴): فراوانی مطلق و درصدی مهارت‌های

ارتباطی پرستاران از دیدگاه بیماران بستری در مراکز آموزشی

درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

| مهارت | ارتباط غیر کلامی |      | ارتباط کلامی |      |
|-------|------------------|------|--------------|------|
|       | تعداد            | درصد | تعداد        | درصد |
| ضعیف  | ۴۸               | ۱۲/۶ | ۱۴۷          | ۳۹/۶ |
| متوسط | ۱۹۴              | ۵۰/۸ | ۱۷۱          | ۴۶/۱ |
| خوب   | ۱۴۰              | ۳۶/۶ | ۵۳           | ۱۴/۳ |
| جمع   | ۳۸۲              | ۱۰۰  | ۳۷۱          | ۱۰۰  |

#### بحث و نتیجه گیری

همان طوری که یافته‌های پژوهش نشان داد انتظارات بیماران از پرستاران با توجه به نقش مراقبتی و حمایتی آن‌ها بیشتر است و قبل از شروع مراقبت پرستاری، باید مهارت برقراری ارتباط مؤثر را کسب کرده باشند و به کار ببرند زیرا مشکلات عمده مراقبتی بین پرستار و بیمار به دنبال عدم برقراری ارتباط مؤثر ایجاد می‌شود. اهمیت ارتباط غیر کلامی مهم‌تر و مؤثرتر از ارتباط کلامی است، ماهیتی که ارتباط غیر کلامی دارد، امکان کنترل آن را توسط فرستنده مشکل می‌سازد، پرستاران باید بین ارتباط کلامی و غیر کلامی هماهنگی کامل ایجاد نمایند.

پیشرفت سریع در علوم پزشکی و حجم عظیم و روزافزون اطلاعات و دانش و فرصت ناکافی برای چنین آموزش‌هایی در دانشکده‌ها، سبب می‌شود که فارغ‌التحصیلان مهارت کافی را از نظر ارتباطات فردی و اجتماعی در برخورد با بیماران، بستگان و

#### جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مطلق و درصدی بیماران

بستری در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بر

حسب میزان تحصیلات

| میزان تحصیلات   | تعداد | درصد |
|-----------------|-------|------|
| بی‌سواد         | ۱۵۳   | ۴۰/۳ |
| خواندن و نوشتن  | ۹۶    | ۲۵/۵ |
| زیر دیپلم       | ۸۲    | ۲۱/۶ |
| دیپلم           | ۳۲    | ۸/۴  |
| فوق دیپلم       | ۵     | ۱/۳  |
| لیسانس و بالاتر | ۱۱    | ۲/۹  |
| جمع             | ۳۸۰   | ۱۰۰  |

یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین تعداد (۶۴ درصد)

نمونه‌های پژوهش در شهر ساکن بودند و بقیه در روستا ساکن بوده‌اند. بیشترین درصد مدت بستری بیماران (۶۳/۹ درصد) در فاصله ۱-۵ روز بود (جدول شماره ۴).

#### جدول شماره (۳): فراوانی مطلق و درصدی بیماران بستری

در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بر حسب

مدت بستری

| مدت بستری      | تعداد | درصد  |
|----------------|-------|-------|
| ۱-۵ روز        | ۲۴۴   | ۶۳/۹  |
| ۶-۱۲ روز       | ۱۰۴   | ۲۷۳/۳ |
| ۱۳ روز به بالا | ۳۴    | ۸/۹   |
| جمع            | ۳۸۲   | ۱۰۰   |

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که ۳۶/۶ درصد پرستاران

مهارت ارتباطی غیر کلامی خوب، ۵۰/۸ درصد آنان مهارت ارتباط غیر کلامی متوسط و ۱۲/۶ درصد آنان مهارت‌های ارتباط غیر کلامی ضعیف داشتند.

همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که بیماران از ارتباط

غیر کلامی خوب پرستاران (۳۶/۶ درصد) نسبت به ارتباط کلامی خوب پرستاران (۱۴/۳ درصد) راضی‌تر بودند به این معنی که این پرستاران در برقراری ارتباط غیر کلامی نسبت به ارتباط کلامی نسبتاً موفق‌تر بودند و ارتباط معنی‌داری بود ( $P < 0/05$ ).

فامیل آن‌ها کسب نکنند. بدون شک ارائه خدمات درمانی واقعی زمانی امکان پذیر خواهد بود که پرستاران و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی، مهارت‌های لازم را در ارتباط با بیمار، مردم و جامعه آموخته باشند و با اخلاق اجتماعی و آداب و رسوم، سنت و فرهنگ جامعه خود آشنا شده و این امر را حتی بعد از فراغت از تحصیل هم ادامه داده و ارتقاء دهند. برای انتقال معنی در صحبت و گفتگو، باید مهارت‌های کلامی را یاد گرفته و به کار برد. مهارت ارتباط کلامی، توانایی استفاده از کلمات در یک راه معین به منظور پاسخ و پیشرفت ارتباط می‌باشد (۳۰).

مطالعه حاضر نشان داد تنها ۱۴/۳ درصد پرستاران دارای مهارت ارتباط کلامی خوب بودند و مطالعات انجام گرفته متعدد مطالعه فوق را تایید نموده و بیانگر آن هستند که اکثر شکایات بیماران از کارکنان بهداشتی درمانی به علت اهمیت ندادن به شأن، منزلت و کرامت آنان می‌باشد (۶).

همچنین مطالعه حاضر نشان داد که دیدگاه بیماران بستری بر این است که پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی در مهارت‌های ارتباطی دچار ضعف عملکردی هستند، البته یکی از دلایل را می‌توان به کمبود آگاهی پرستاران در زمینه ارتباط نسبت داد ولی دلایل دیگری مانند مسائل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، تراکم کار، تجهیزات، مسائل جنسیتی، جسمی و... وجود دارد که قابل بررسی است و به نظر پژوهشگران، برای شروع هر کاری آموزش لازم است یعنی اول باید پرستاران آگاهی‌های لازم را کسب نموده، سپس باورها و عقیده‌ها را تغییر داده و آنگاه انتظار داشت که آن عمل به صورت رفتار آشکار در عملکرد فرد ظاهر شود. مطالعه‌ای که در انگلستان توسط ویلکینسون در سال ۱۹۹۸ انجام شد، می‌تواند به عنوان راهنمایی برای حل مشکلات ارتباطی جامعه ما نیز باشد، ایشان مطالعه‌ای تحت عنوان ارزیابی تأثیر دوره آموزشی مهارت‌های ارتباطی را روی دانش، نگرش و عملکرد پرستاران انجام داد، برای این کار تعداد ۱۱۰ پرستار را انتخاب

نمود و ۲۶ ساعت برنامه آموزشی در ۶ ماه اجرا کرد و قبل از آموزش و بعد از آموزش با پرسش‌نامه، میزان تغییرات مهارت ارتباطی را اندازه‌گیری نمود، در کل از نظر آماری ارتباط معنی‌داری ( $P < 0.001$ ) بین آموزش و مهارت ارتباطی پرستاران وجود داشت و آموزش به طور قابل ملاحظه‌ای دانش، نگرش و عملکرد پرستاران را افزایش داد و پرستاران بعد از گذراندن دوره آموزشی فوق، ارتباط مؤثرتری را با بیماران برقرار نمودند (۳۱). سنگستانی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که در ۶۷/۶ درصد موارد پرستار برای برقراری ارتباط از پاسخ کلامی و در ۲۵/۷ درصد موارد از پاسخ غیر کلامی استفاده می‌کرد که یافته‌های پژوهش فوق را تأیید نمی‌کند، به نظر می‌رسد ارتباط غیر کلامی منبعی غنی از حالات احساسی و روحی افراد است و این نوع ارتباط بیش از ارتباط کلامی خالی از ریا و ابهام است و برقراری ارتباط غیر کلامی مستلزم نیرو و صرف زمان زیادی برای پرسنل می‌باشد (۳۱). ریل در سال ۲۰۰۴ نشان داد که پرستاران ارتباط صحیح و مناسبی با بیماران برقرار نمی‌کنند و از اهمیت ارتباط و ارتباط درمانی آگاهی کافی ندارند که یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید می‌کند (۳۲). پژوهش دیگری نشان داد که ۲۷ درصد از کل ارتباطات برقرار شده پرستاران با بیماران به علت کثرت کار و کمبود وقت و دیگر موارد، قطع شده است (۳۲). نصیریان به نقل از روتر می‌نویسد، ۶۳/۳ درصد بیماران، نحوه ارتباط پرستاران را خوب و ۱۸/۲۸ درصد آن‌ها را ضعیف گزارش نمودند و ایشان به نقل از زارع بیان می‌کند، تعداد کمی از پرستاران با بیماران خود ارتباط کلامی و غیر کلامی برقرار کردند و زمان صرف شده نیز بسیار اندک می‌باشد. ایشان در مطالعه خود رضایت بیماران را از نحوه برقراری ارتباط کادر درمانی متوسط گزارش نموده و دلیل آن مربوط به عدم آگاهی یا بی‌توجهی کادر درمان در مورد نحوه برقراری ارتباط صحیح با بیمار می‌باشد (۳۳). پنجوبینی نشان داد اکثر بیماران برقراری ارتباط کلامی را از طرف

ارتباطی تدوین و اجرا شود<sup>۲</sup>- پایش مرتب از وضعیت ارتباطی پرستاران توسط مسئولین پرستاری کشور انجام گیرد. ۳- تحقیقات جامع تر و با نمونه‌های بزرگ‌تری در سطح کشور صورت گیرد. ۴- پژوهشی در زمینه بررسی موانع برقراری ارتباط مؤثر پرستار و بیمار انجام شود. ۵- پژوهشی در زمینه بررسی عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده ارتباط، کارکنان بهداشتی درمانی انجام شود. ۶- پژوهشی در زمینه میزان آگاهی پرستاران در مورد مهارت‌های ارتباطی انجام گیرد.

کادر پرستاری متوسط اعلام نموده که علت آن شرایط بیمارستان در مورد کمبود پرسنل پرستاری، کمبود وقت آنان و نیز کثرت بیماران ذکر گردیده است، که یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید می‌کند (۳۴).

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر که بیانگر مهارت ارتباطی ضعیف بین پرستاران و بیماران می‌باشد. لذا برای اصلاح وضعیت موجود پیشنهاد می‌شود: ۱- دوره‌های آموزشی کوتاه مدت و ضمن خدمت برای پرستاران در زمینه مهارت‌های

## References:

1. Fathi Azar E. Teaching methods. 1st Ed. Tabriz: Tabriz University Publication Office; 2003. P. 230-45. (Persian)
2. Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G. Communication skills: some problems in nursing education and practice. J Clin Nurs 2002; 11(1): 12-21.
3. Shives LA, Isaacs A. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. 5th Ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2002. P. 154-60.
4. Zamani AR, Shams B, Farajzadegan Z, Tabaeian SM. The viewpoints of clinical faculty members about teaching communication skills to medical students. Iran J Med Educ 2003; 3(1): 44-9. (Persian)
5. Sabzevari S, Soltani Arabshahi K, Shekarabi R, Koohpayehzadeh J. Nursing students' communication with patients in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences. Iran J Med Educ 2006; 6(1): 43-9. (Persian)
6. Hatami H, Razavi S M, Eftekhar Ardabili H. Public health book. 1st Ed. Tehran: Arjomand Co; 1983. P. 219- 20. (Persian)
7. Kushan M, Vaghei S. Communication and communication therapy: psychological nursing book. 1st Ed. Tehran: Entezar Co.; 1999. P. 181-2. (Persian)
8. Shabani H. Communication and teaching: communication skills on education and training. 2nd Ed. Tehran: Samt; 1993. P. 12- 96. (Persian)
9. Beach MC, Inui T. Relationship-centered care a constructive reframing. J Gen Intern Med 2006;21(S1):S3-8.
10. Moseyyib Moradi G, Godarzi A. Fundamental of communication on nursing. 1st Ed. Tehran: Fardanesh Co; 1998. P. 10-34. (Persian)
11. Zali M. Nurse and patient relationship: new fundamental of patient and physician relationship. 1st Ed. Tehran: Association of Medical Science Co; 1998. P. 290- 305. (Persian)
12. Park K. Communication for health education In: Park K, Editor. Park's text book of preventive and social medicine. 19th Ed. Jabalpur: Bhanot Publications; 2007. P. 658.
13. Hubcey JE. Establishing the nurse-family relationship in the intensive care unite. West J Nurs Res 1998; 20(2):180-94.
14. Falvo Donna R. Patient compliance effective patient education. 3rd Ed. Canada: Jones and Bartlett Publishers CO.; 2004. P. 11-12.
15. Lindberg JB, Hunter ML, Kruszewski A. Interpersonal communication in nursing: introduction to nursing

- concepts, issues, and opportunities. 2nd Ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Co; 1994. P. 299-331.
16. Baggs JG, Ryan SA, Phelps CE. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in medical intensive care. *Heart Lung* 1992; 21:18-24.
  17. Horak BJ, Pauig J, Keidan B, Kerns J. Patient safety: a case study in team building and interdisciplinary collaboration. *J Health Qual* 2004; 26(2): 6-13.
  18. Liedtka JM, Whitten E. Enhancing care delivery through cross disciplinary collaboration: a case study. *J Healthc Manag* 1998;43:185-205
  19. Sim T, Joyner J. A multidisciplinary team approach to reducing medication variance. *Jt Comm J Qual Improv* 2002; 28:403-9.
  20. Aiken LH. Evidence-based management: key to hospital workforce stability. *J Health Adm Educ* 2001; 117-25.
  21. Baggs J, Ryan S. ICU nurse-physician collaboration and nursing satisfaction. *Nurs Econ* 1990; 8:386-92.
  22. Bowles N, Mackintosh C, Torn A. Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution focused communication training. *J Adv Nurs* 2001; 36(3): 347-54.
  23. Zamani A, Shams B, Moazzam E. Communication skills training for physicians as a strategy for enhancing patients' satisfaction: a model for continuing education. *Iranian J Med Educ* 2004; 4(1): 15-20. (Persian)
  24. Booth K, Maguire P, Hillier VF. Measurement of communication skills in cancer care: myth or reality? *J Adv Nurs* 1999; 30(5): 1073-9.
  25. Mc Cabe C. Nurse- patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs* 2004; 13(1): 41-9.
  26. Sharifi HP, Sharifi N. Population of research and sampling: method of research on behavioral sciences. 2ed Ed. Tehran: Sokhan Co; 2001. P. 13- 81. (Persian)
  27. Nanan D, White F. Water, sanitation, and hygiene evaluation issues. *Bull World Health Organ* 2002; 80:75.
  28. Balzer Riley J. Communication in nursing. 6th Ed. Philadelphia: Saunders; 2010. P. 169-77.
  29. Wilkinsons M. Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills program. *Palliat Med* 1998; 12(1): 13-22.
  30. Wilkinson S, Perry R, Blanchard K. Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomized controlled trial. *Palliat Med* 2008;22: 365-75
  31. Sangestani G, Fallahi Nia GH, Jafarian N. Evaluation of communication therapy implication in hospitalized patients on emergency department by nurses. *Sci J Hamadan Nurs Midwif Fac* 2008; 1: 40-5. (Persian)
  32. Real C. Communications: nurse patient relationship. California: Sandiago Co; 2004. P. 30-40.
  33. Nasirian Kh, Eslami MH, Dehghani A, Dehghani H. Survey of patient satisfaction from communication therapy on emergency department of Shahid Sadoghi Yazd hospital. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2007; 2:23-7. (Persian)
  34. Panjveini S. Evaluation of patient and nurses relationship on Sanadaj hospitals. *J Nurs Midwifery Fac* 2003;2(1): 27-9. (Persian)