DOI: 10.22122/rbs.v16i2.2197 Published by Vesnu Publications

مقایسه کیفیت رابطه پزشک– پرستار در پرستاران دو گروه ارزیابی فیزیولوژیک حاد و سلامت مزمن و چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت

میترا نوربخش[1]، حسین محجوبی‌پور[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: همکاری حرفه‌ای مناسب بین پرستاران و پزشکان، می‌تواند در کیفیت مراقبت‌های بهداشتی ارایه شده به بیماران مؤثر باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر دو سیستم ارزیابی فیزیولوژیک حاد و سلامت مزمن (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II یا APACHE-II) و چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت بر کیفیت همکاری پزشک- پرستار انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش مقطعی- توصیفی- تحلیلی، ۱۰۰ نفر از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امین اصفهان در سال ۱۳۹۶ شرکت نمودند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه نگرش نسبت به همکاری حرفه‌ای پزشک- پرستار Jefferson استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Paired t و Wilcoxon در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره رابطه پزشک- پرستار در گروه چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت به طور معنی‌داری بیشتر از گروه APACHE-II بود ($\mathbf{P} < ۰/۰۰۱$)، اما در مجموع، نگرش پرستاران نسبت به همکاری پزشک- پرستار در هر دو سیستم نمره‌دهی مثبت ارزیابی شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، نگرش پرستاران نسبت به همکاری بین حرفه‌ای پزشک- پرستار در گروه چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت به طور معنی‌داری مثبت‌تر از گروه APACHE-II می‌باشد. بنابراین، استفاده از چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت به جای سیستم APACHE-II در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های کشور توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: روابط پزشک- پرستار، پرستاران، ارتباط

ارجاع: نوربخش میترا، محجوبی‌پور حسین. **مقایسه کیفیت رابطه پزشک- پرستار در پرستاران دو گروه ارزیابی فیزیولوژیک حاد و سلامت مزمن و چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۲): ۱۷۴-۱۶۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۲/۱۷ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۴/۱۵

مقدمه

یکی از عواملی که رضایت شغلی پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد، کیفیت رابطه آنان با همکاران خود می‌باشد که با توجه به حوزه کاری مشترک پرستاران و پزشکان و مکمل بودن این حرفه، وجود ارتباطات حرفه‌ای اجتناب‌ناپذیر است (۱). ارتباط بین پزشک و پرستار شامل تعامل متقابل بین آن‌ها در امر مراقبت از بیمار برای دستیابی به یک هدف مشترک درمانی می‌باشد (۲). این ارتباط باید بر اساس چارچوب ارتباط باز صداقت و احترام دو طرفه و اختیارات و توانایی‌ها و مسؤولیت‌های دو طرف برای کمک به تصمیم‌گیری‌های مشترک، با توجه به منابع امکانات و تجهیزات موجود در جهت رفع مشکل بیمار برقرار شود (۴، ۳). ارتباط مناسب پزشک و پرستار منجر به افزایش آگاهی از مسایل و مشکلات بیمار (۵)، بهبود تصمیم‌گیری در مورد ترخیص و انتقال بیماران، ارایه راه‌حل‌های بهداشتی مناسب و بهبود کیفیت مراقبت از بیمار (۶)، افزایش نگرش حمایت از کارکنان، افزایش حس مشارکت و همکاری در تیم درمان، افزایش مهارت و دانش و نگرش، ارتقای کیفیت مراقبت و کاهش خطای درمانی (۷)، کاهش طول اقامت بیمار در بیمارستان (۸)، کاهش هزینه‌های درمانی، کاهش استرس و فرسودگی شغلی، افزایش بهره‌وری و رضایت شغلی در کار و افزایش دانش پزشکان در رابطه با حرفه پرستاری می‌گردد (۹).

با توجه به مطالب بیان شده، چنین استنباط می‌شود که یکی از مسایلی که رابطه پزشک و پرستار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، وظایف و مسؤولیت‌های دو طرفه نسبت به هم می‌باشد. یک رابطه کاری خوب و مؤثر می‌تواند از میزان استرس پرستاران بکاهد، رضایت شغلی آنان را افزایش دهد و در نهایت، کیفیت خدمات ارایه شده به بیماران را ارتقا بخشد. یکی از مسؤولیت‌های پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه، تکمیل کردن برگه‌های ویژه پایش شرایط بیماران همچون فرم ارزیابی فیزیولوژیک حاد و سلامت مزمن

۱- دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های ویژه و گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: حسین محجوبی‌پور Email: mahjobipoor@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.7.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.168]

Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II) یا APACHE-II) و چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت می‌باشد (۱۰). سیستم‌های درجه‌بندی جهت پیش‌بینی مرگ و میر بیماران طرح‌ریزی شده‌اند که با استفاده از آن‌ها می‌توان میزان مرگ و میر بیماران را تعیین و پیش‌بینی نمود (۱۱).

سیستم‌های نمره‌دهی، نوعی راهنمایی برای تیم مراقبتی جهت ارزیابی وضعیت یا تخمین شانس بهبودی بیمار می‌باشد. این سیستم‌های تعیین‌کننده پیش‌آگهی، می‌توانند به تخمین بی‌ثباتی فیزیولوژیک بیمار در هنگام پذیرش در بخش‌های مراقبت ویژه نیز کمک نمایند. همچنین، استفاده از این سیستم به همراه ارزیابی بالینی بیمار، می‌تواند شانس بقای بیمار را به طور دقیق‌تری ارزیابی کند (۱۲).

سیستم امتیازبندی جدیدی توسط پزشکان و پرستاران مرکز درمانی امین اصفهان طراحی شده است که چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت نام دارد. در این سیستم، بیمار از بدو ورود در ۲۴ ساعت اول و سپس روزانه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و پرستار باید حدود ۵۰ آیتم را بررسی نماید. نتایج مطالعات گذشته نشان داده است که تکمیل سیستم‌های امتیازبندی بیماران توسط پرستاران، نیازمند صرف وقت قابل توجهی از سوی پرستاران می‌باشد (۱۳).

همان‌گونه که پیش‌تر گفته شد، یکی از عوامل تأثیرگذار بر میزان استرس و رضایت شغلی پرستاران و کیفیت رابطه پزشک و پرستار، نوع مسؤولیت‌های کاری پرستاران می‌باشد. یکی از وظایف اصلی پرستاران در بخش مراقبت ویژه، تکمیل فرم‌های امتیازدهی وضعیت بالینی بیماران است. به‌تازگی سیستم امتیازدهی جدید ارزیابی وضعیت سلامت توسط پزشک و پرستاران بیمارستان فوق تخصصی امین طراحی شده است که در بخش مراقبت‌های ویژه مورد استفاده قرار می‌گیرد. استفاده از این چک‌لیست شرایط متفاوتی را برای پرستاران ایجاد می‌کند و باعث می‌شود در مقایسه با سایر سیستم‌های امتیازدهی همچون APACHE، تنها یک معیار عددی جهت ارزیابی وضعیت عمومی بیمار نباشد، بلکه به پرستار کمک می‌کند ضمن ارزیابی بیمار بر اساس چک‌لیست و پیش‌آگهی بیماران، اولویت‌های کاری و درمانی را مد نظر قرار دهد و در حین کار موردی را از قلم نیندازد و علاوه بر جنبه‌های مراقبت فیزیکی بیماران، توجه ویژه‌ای در پاسخگویی به نیازهای روانی آنان نیز داشته باشد. همچنین، این سیستم در جهت یاری رساندن به پزشک در تکمیل معاینه‌ها و بحث درمان و پیش‌آگهی بیماران نقش بسزایی دارد. سیستم چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت با هدف همکاری هرچه بیشتر پرستار با پزشک در مورد تصمیم‌گیری‌های درمانی برای بیمار از جمله اقدامات مراقبتی و دارویی و حتی ترخیصی اتخاذ گردیده است و لزوم مطالعه و مقایسه را از نظر رابطه پزشک- پرستار توجیه می‌نماید. علاوه بر این، کمبود اطلاعات اپیدمیولوژیک محلی پایه‌ای در مورد وضعیت میزان رضایت شغلی و ارتباط پزشک و پرستار در بخش‌های بیمارستان امین اصفهان، دلیل دیگری برای انجام تحقیق بود. پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت رابطه پزشک- پرستار در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه که با سیستم چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت کار می‌کردند و مقایسه با پرستاران سایر بخش‌ها که با این سیستم کار نمی‌کردند، انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی- تحلیلی و جمعیت هدف آن پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان فوق تخصصی امین اصفهان بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امین که سابقه کار با سیستم امتیازبندی چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت و APACHE-II را برای حداقل سه ماه داشتند و تمایل برای شرکت در مطالعه بود.

حجم نمونه، ۱۰۰ نفر از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امین بود و هر پرستار جداگانه پرسش‌نامه رضایت شغلی Jefferson را در مورد سیستم امتیازبندی جدید ارزیابی وضعیت سلامت و APACHE-II تکمیل کرد. نمونه‌گیری از نوع سرشماری بود و بر روی تمام ۱۰۰ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه انجام گردید. پس از انتخاب جمعیت هدف و اخذ رضایت‌نامه کتبی، اطلاعات دموگرافیک تمام آزمودنی‌ها مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات، سابقه کار و وضعیت تأهل در پرسش‌نامه‌های مخصوص ثبت شد و سپس کیفیت همکاری پزشک- پرستار مورد سنجش قرار گرفت. جهت بررسی همکاری بین حرفه‌ای پزشکان و پرستاران، از ابزار Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration (JSAPNC) استفاده شد.

پرسش‌نامه Jefferson در سال ۲۰۰۱ توسط محققان دانشگاه Jefferson در فیلادلفیا و پنسیلوانا جهت سنجش نگرش پرستاران و پزشکان نسبت به همکاری بین حرفه‌ای طراحی شده است (۱۴). ابزار مذکور در مطالعات متعدد در کشورهای مختلفی همچون ایتالیا، مکزیک، آمریکا و ترکیه مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است. پرسش‌نامه JSAPNC مشتمل بر دو بخش می‌باشد؛ بخش اول حاوی لیستی از سؤالات مرتبط با مشخصات دموگرافیک فرد شرکت‌کننده در مطالعه و بخش دوم شامل ۱۵ سؤال تهیه شده بر اساس مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم) است. نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط جاسمی و همکاران به زبان فارسی اعتباریابی گردید و همبستگی بین پاسخ‌های هر دو پرسش‌نامه تهیه شده به زبان‌های فارسی و انگلیسی (توسط پاسخ دهندگان مسلط به هر دو زبان فارسی و انگلیسی)، ۰/۸۲ به دست آمد. پایایی ابزار فوق با روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۶ محاسبه شد (۱۵).

پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های مورد نظر، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های Paired t و Wilcoxon در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

پرستاران در دامنه سنی ۲۲ تا ۵۸ سال و میانگین ۶/۷ ± ۳۴/۹ سال قرار داشتند. سابقه کار آن‌ها از ۱ تا ۲۹/۵ سال با میانگین ۶/۱ ± ۱۰/۵ سال بود. توزیع فراوانی جنسیت، وضعیت تأهل، شیفت کاری، وضعیت استخدام و سطح تحصیلات پرستاران در جدول ۱ آمده است. ۹۰ درصد پرستاران خانم و ۷۲ درصد آن‌ها مجرد بودند. همچنین، ۸۹ درصد مشارکت‌کنندگان از سطح تحصیلات کارشناسی برخوردار بودند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.7.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.168]
http://rbs.mui.ac.ir

جدول ۱. توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک پرستاران

متغیر		تعداد (درصد)
جنسیت	خانم	۹۰ (۹۰)
	آقا	۱۰ (۱۰)
وضعیت تأهل	مجرد	۷۲ (۷۲)
	متأهل	۲۸ (۲۸)
شیفت کاری	صبح ثابت	۳۶ (۳۶)
	عصر ثابت	۷ (۷)
	شب ثابت	۱۶ (۱۶)
	در گردش	۴۱ (۴۱)
وضعیت استخدام	رسمی	۲۹ (۲۹)
	طرحی	۷ (۷)
	پیمانی	۲۵ (۲۵)
	قراردادی	۳۹ (۳۹)
سطح تحصیلات	کاردانی	۱ (۱)
	کارشناسی	۸۹ (۸۹)
	کارشناسی ارشد	۱۰ (۱۰)

نتایج آزمون Paired t نشان داد که میانگین نمره رابطه پزشک- پرستار از دیدگاه پرستاران در گروه چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت و APACHE-II به ترتیب ۵۰/۹ و ۴۱/۷ بود (P < ۰/۰۰۱).

به منظور مقایسه میزان موافقت پرستاران با هر یک از گویه‌های دو چک‌لیست، از آزمون Wilcoxon استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارایه شده است. بر این اساس، میزان موافقت پرستاران با گویه «عملکرد اصلی پرستاران اجرای دستورات پزشک می‌باشد» در چک‌لیست APACHE-II به طور معنی‌داری بیشتر از چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت بود (P < ۰/۰۰۱). اختلاف معنی‌داری بین دو چک‌لیست در میزان موافقت پرستاران با گویه «پزشکان باید در همه موضوعات مراقبت بهداشتی مسؤول و صاحب‌نظر باشند»، وجود نداشت (P = ۰/۵۵۰)، اما میزان موافقت با سایر گویه‌ها در چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت به طور معنی‌داری بیشتر از چک‌لیست APACHE-II بود (P < ۰/۰۰۱) (جدول ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره نگرش پرستاران نسبت به همکاری حرفه‌ای پزشک- پرستار در گروه چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت، ۵۰/۹ و در گروه APACHE-II، ۴۱/۷ بود و به نظر می‌رسد که نگرش آنان مثبت بوده است. میانگین نمره رابطه پزشک- پرستار از دیدگاه پرستاران در چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت به طور معنی‌داری بیشتر از گروه APACHE-II گزارش شد (P < ۰/۰۰۱). نتایج به دست آمده با یافته‌های سایر مطالعات در آمریکا و مکزیک (۱۶) و مصر (۱۷) همخوانی داشت. در تحقیق Hojat و همکاران که در ایالات متحده آمریکا و مکزیک انجام شد، ۶۳۹ پزشک و پرستار با استفاده از پرسش‌نامه Jefferson مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که نگرش پزشکان و پرستاران نسبت به همکاری پزشک- پرستار در بخش‌های درمانی در هر دو کشور مثبت بود، اما این نگرش مثبت در ایالات متحده آمریکا بیشتر از مکزیک مشاهده شد. همچنین، نگرش پرستاران نسبت به همکاری پزشک- پرستار در هر دو کشور نسبت به نگرش پزشکان در این رابطه مثبت‌تر بود (۱۶).

پژوهش EL Sayed و Sleem که در بیمارستان دانشگاه مصر انجام شد، ۱۳۵ پزشک و پرستار با استفاده از پرسش‌نامه Jefferson مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آن‌ها نشان داد که پزشکان و پرستاران این بیمارستان نگرش مثبتی نسبت به همکاری پزشک- پرستار در بخش‌های درمانی داشتند (۱۷). نگرش مثبت پرستاران نسبت به همکاری پزشک- پرستار در تحقیق Stein قابل ملاحظه نبود یا به طور ثابت و پایدار ادامه پیدا نکرد (۱۸). همچنین، در مطالعه Thomas و همکاران، همکاری مناسبی بین پزشکان و پرستاران گزارش نشد. آن‌ها تنها در ۳۳ درصد موارد همکاری مناسب بین پزشکان و پرستاران را مشاهده کردند (۱۹). شاید استفاده بیشتر از مهارت‌های ارتباطی، منجر به افزایش نگرش مثبت موجود شده باشد.

کسب بیشترین نمره توسط گویه‌های «پرستار باید به عنوان همکار پزشک محسوب شود و نه دستیار پزشک» و «پرستاران باید در مورد مراقبت‌های پرستاری ارایه شده به بیماران، پاسخگو باشند» در گروه چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت و گویه‌های «پزشکان باید برای روابط همکارانه با پرستاران آموزش ببینند» و «پرستاران باید در تعیین خط‌مشی‌هایی که شرایط کاری‌شان را متأثر می‌سازد، دخالت داشته باشند» در گروه APACHE-II نشان می‌دهد که پرستاران شرکت‌کننده خواستار مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای خود و آموزش پزشکان و پرستاران در رابطه با همکاری پزشک- پرستار می‌باشند که این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های Hojat و همکاران (۱۶) و EL Sayed و Sleem (۱۷) مطابقت داشت. میزان موافقت پرستاران با گویه «عملکرد اصلی پرستاران اجرای دستورات پزشک می‌باشد»، در چک‌لیست APACHE-II به طور معنی‌داری بیشتر از چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت بود (P < ۰/۰۰۱) و این یافته بیانگر تمایل بیشتر پرستاران گروه چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت در همکاری بیشتر پزشک- پرستار بود. همچنین، کسب کمترین نمره توسط گویه «عملکرد اصلی پرستاران اجرای دستورات پزشک می‌باشد»، نشان می‌دهد که از دیدگاه پرستاران، پیروی بی‌چون و چرا از دستورات پزشک مورد قبول نمی‌باشد. این یافته با نتایج مطالعه پاک‌پور و همکاران (۱۴) مطابقت داشت. آن‌ها ۲۲۸ نفر از پرستاران بخش‌های داخلی، جراحی و مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان را با استفاده از پرسش‌نامه Jefferson مورد ارزیابی قرار دادند. نگرش قدیمی برخی از پزشکان مبنی بر تعیین وظایف پرستاران توسط پزشکان هنوز در مراکز درمانی کشور وجود دارد و با توجه به تغییرات گسترده‌ای که در حرفه پرستاری و نقش‌های آن به وجود آمده است، پرستاران کنونی دیگر اعتقادی به اطاعت نمودن از پزشکان ندارند و بیشتر تمایل به برقراری ارتباط توأم با احترام متقابل دارند (۱۴). همچنین، تحقیقات صورت گرفته در استرالیا، کانادا و انگلستان (۲۰) حاکی از عدم اعتنای پزشکان نسبت به نظرات و پیشنهادها و نگرانی‌های پرستاران می‌باشد. در پژوهش Chiarella، ۱۸۰ پرستار مورد ارزیابی قرار گرفتند تا نحوه دخالت آن‌ها در امور درمانی مربوط به بیماران و نحوه برخورد پزشکان نسبت به نظرات پرستاران تعیین گردد (۲۰). نتایج مطالعه Snelgrove و Hughes در کشور ولز نشان داد که رفتار نامناسب برخی از پزشکان، به طور معنی‌داری سبب فرسودگی شغلی و افت رضایت شغلی در پرستاران می‌گردد و این امر موجب تأثیر منفی بر سیستم درمانی می‌شود (۲۱).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.7.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.168]
http://rbs.mui.ac.ir

جدول ۲. درصد فراوانی پاسخ به هر یک از گویه‌ها در دو چک‌لیست مورد نظر

گویه	کاملاً مخالفم		مخالفم		موافقم		کاملاً موافقم		مقدار P
	APACHE-II	چک‌لیست جدید	APACHE-II	چک‌لیست جدید	APACHE-II	چک‌لیست جدید	APACHE-II	چک‌لیست جدید	
پرستار باید به عنوان همکار پزشک محسوب شود و نه دستیار پزشک	۱	۰	۲۲	۲	۴۲	۲۰	۳۵	۷۸	< ۰/۰۰۱
پرستاران برای ارزیابی و پاسخگویی به جنبه‌های روانی نیازهای بیماران صلاحیت دارند.	۱۱	۱	۴۶	۶	۳۹	۴۹	۴	۴۴	< ۰/۰۰۱
دانشجویان پرستاری و پزشکی به منظور آشنایی با نقش‌های هم باید در طول دوره آموزش به صورت تیمی کار کنند.	۴	۲	۲۲	۱	۵۵	۳۲	۱۹	۶۵	< ۰/۰۰۱
پرستاران باید در تعیین خط‌مشی‌هایی که شرایط کاری‌شان را متأثر می‌سازد، دخالت داشته باشند.	۵	۰	۱۸	۳	۳۷	۲۴	۴۰	۷۳	< ۰/۰۰۱
پرستاران باید در مورد مراقبت‌های پرستاری ارایه شده به بیماران پاسخگو باشند.	۱	۰	۱۹	۵	۶۲	۱۷	۱۸	۷۸	< ۰/۰۰۱
بین بسیاری از مسؤولیت‌های پرستاری و پزشکی همپوشانی وجود دارد.	۲	۰	۲۲	۳	۶۵	۴۰	۱۱	۵۷	< ۰/۰۰۱
پرستاران در آموزش به بیمار و مشاوره‌های روان‌شناسی، مهارت ویژه‌ای دارند.	۱۵	۰	۳۴	۱۷	۴۶	۴۰	۵	۴۲	< ۰/۰۰۱
پزشکان باید در همه موضوعات مراقبت بهداشتی، مسؤول و صاحب ظر باشند.	۴	۱۳	۲۷	۲۳	۴۶	۳۷	۲۳	۲۷	۰/۵۵۰
پزشکان و پرستاران باید در مورد ترخیص بیمار از بیمارستان با هم تصمیم‌گیری کنند.	۷	۰	۴۱	۹	۳۶	۳۴	۱۶	۵۷	< ۰/۰۰۱
عملکرد اصلی پرستاران اجرای دستورات پزشک می‌باشد.	۱۳	۳۱	۵۲	۴۹	۳۲	۱۸	۳	۲	< ۰/۰۰۱
پرستاران باید در تعیین خط‌مشی‌های مرتبط با خدمات حمایتی بیمارستان که بر کارشان بستگی دارد، دخالت کنند.	۷	۱	۳۲	۷	۴۲	۳۶	۱۹	۵۶	< ۰/۰۰۱
پرستاران باید در مورد پایش اثرات دارو درمانی مسؤولیت‌پذیری داشته باشند.	۶	۰	۳۸	۶	۵۲	۴۲	۴	۵۲	< ۰/۰۰۱
پرستاران باید دستورات پزشکان را زمانی که احساس می‌کنند تأثیر تعیین‌کننده‌ای بر روی بیمار می‌گذارد، شفاف‌سازی کنند.	۲	۰	۲۶	۵	۶۲	۳۴	۱۰	۶۱	< ۰/۰۰۱
پزشکان باید برای برقراری روابط همکارانه با پرستاران، آموزش ببینند.	۳	۱	۱۷	۵	۴۶	۲۴	۳۴	۷۰	< ۰/۰۰۱
همکاری حرفه‌ای پرستاران و پزشکان باید در برنامه‌های آموزشی آنان گنجانده شود.	۲	۱	۱۶	۲	۶۰	۲۴	۲۲	۷۳	< ۰/۰۰۱

APACHE-II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.7.5]

[DOI: 10.52547/rbs.16.2.168]

کسب نمره بالا در گویه‌های «پزشکان باید برای برقراری روابط همکارانه با پرستاران، آموزش ببینند» و«همکاری حرفه‌ای پرستاران و پزشکان باید در برنامه‌های آموزشی آنان گنجانده شود» نشان می‌دهد که بهبود ارتباط برای پرستاران از اهمیت و جایگاه ویژه و بالایی برخوردار است. به نظر می‌رسد که پرستاران شرکت‌کننده، خواستار آموزش همکاری حرفه‌ای پزشکان و پرستاران در برنامه‌های درسی دانشجویان هر دو رشته می‌باشند تا با نقش‌های حرفه‌ای همدیگر بیشتر آشنا شوند. به اهمیت آموزش بین حرفه‌ای از سال ۱۹۶۰ تأکید شده است تا روابط بین حرفه‌ای ارتقا یابد. جهت دستیابی به ارتباطات حرفه‌ای مناسب بین پزشکان و پرستاران، ضروری است که دانشکده‌های پزشکی و پرستاری آموزش‌های بین حرفه‌ای را در برنامه‌های درسی خود بگنجانند تا درک مکمل بودن نقش‌های پزشکی و پرستاری افزایش یابد (۲۲).

ضیغمی محمدی و حقیقی با انجام تحقیقی به این نتیجه رسیدند که مهارت‌های ارتباطی در صورت مناسب بودن می‌تواند منجر به افزایش ارتباط بین پزشکان و پرستاران شود (۲۳). همچنین، یکی از دلایل مهم وجود خلأ ارتباطی میان پزشکان و پرستاران در پژوهش Ogbimi و Adebamowo، توسعه ناکامل مهارت‌های ارتباطی گزارش گردید. وجود مهارت‌های ارتباطی باعث توسعه و حفظ رفتار همکاری به واسطه اتکای متقابل افراد بر یکدیگر، بحث و بررسی، تبادل نظر و چاره‌جویی در مورد مسایل مربوط به بیماران می‌شود (۲۴). با ارایه آموزش‌های بین حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی نیز توسعه می‌یابد و این امر سبب اعتماد متقابل بین افراد، روشن شدن نقش‌های آنان و جلوگیری از ایجاد انتظارات غیر واقعی بین حرفه‌ای می‌شود و امکان ارایه بهترین مراقبت به بیمار فراهم می‌گردد (۲۵). نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که اشتغال پزشکان و پرستاران در فعالیت‌های بالینی بدون آموزش و فرایند آشناسازی، مانع انجام فعالیت‌های تعاملی خواهد شد (۲۶). نتایج تحقیق پاک‌پور و همکاران نیز گویای این نکته است که مهم‌ترین بعد در همکاری حرفه‌ای پزشک- پرستار، آموزش مشترک آن‌ها در رابطه با شیوه همکاری و ارتباط با یکدیگر می‌باشد (۱۴).

بر اساس نتایج بررسی حاضر، گویه «پزشکان باید در همه موضوعات مراقبت بهداشتی، مسؤول و صاحب‌نظر باشند» در هر دو گروه نمره پایینی را به خود اختصاص داد و در نتیجه، از دیدگاه پرستاران ضرورتی وجود ندارد که پزشکان در تمامی ابعاد مراقبتی بیماران دخالت نمایند. نتایج حاصل از پژوهش پاک‌پور و همکاران تأییدکننده این موضوع می‌باشد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که کمترین امتیاز در بین گویه‌های پرسش‌نامه مربوط به گویه «پزشکان باید در همه موضوعات مراقبت بهداشتی، مسؤول و صاحب‌نظر باشند» بود (۱۴).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که در هنگام استفاده از نتایج آن باید مد نظر قرار گیرد. از جمله این که تنها بر روی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان تخصصی امین اصفهان انجام شد و دیدگاه پزشکان در آن لحاظ نگردید. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در محیط‌های دیگر و با حجم نمونه بیشتر و در نظر گرفتن نگرش پزشکان انجام گیرد. همچنین، با وجود محرمانه بودن اطلاعات به دست آمده از جامعه مانند همه تحقیقات توصیفی دیگر، میزان دقت و صحت پاسخ‌های دریافتی قابل تأمل و بررسی می‌باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر، نگرش پرستاران نسبت به روابط پزشک- پرستار در گروه چک‌لیست جدید ارزیابی وضعیت سلامت به طور معنی‌داری بیشتر از گروه APACHE-II بود. در نتیجه، استفاده از سیستم ارزیابی جدید در بیمارستان‌های کشور توصیه می‌شود؛ البته به دلیل محدود بودن جامعه مورد بررسی به یک بیمارستان، پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی در جوامع آماری مختلف انجام پذیرد. جهت دستیابی به وضعیت مطلوب در همکاری پزشک- پرستار، اعمال برخی تغییرات همچون توجه بیشتر به استقلال پرستاران در بیمارستان، گنجاندن دروسی جهت همکاری بهتر پزشکان و پرستاران در برنامه درسی پرستاری و پزشکی و ایجاد روحیه کار تیمی در پرستاران و پزشکان، ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری حرفه‌ای به شماره ۳۹۶۴۱۹، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از معاونت تحقیقات و فن‌آوری این دانشگاه به جهت تصویب و حمایت مالی طرح تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند. همچنین، از کلیه پرستاران و کارکنان بیمارستان امین اصفهان که در اجرای این طرح مساعدت نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Thompson DR, Stewart S. Handmaiden or right-hand man: Is the relationship between doctors and nurses still therapeutic? Int J Cardiol 2007; 118(2): 139-40.
2. Barrere C, Ellis P. Changing attitudes among nurses and physicians: A step toward collaboration. J Healthc Qual 2002; 24(3): 9-15.
3. Stein-Parbury J, Liaschenko J. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. Am J Crit Care 2007; 16(5): 470-7.
4. Baggs JG, Ryan SA, Phelps CE, Richeson JF, Johnson JE. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. Heart Lung 1992; 21(1): 18-24.
5. Horak BJ, Pauig J, Keidan B, Kerns J. Patient safety: A case study in team building and interdisciplinary collaboration. J Healthc Qual 2004; 26(2): 6-12.
6. Liedtka JM, Whitten E. Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: A case study. J Healthc Manag 1998; 43(2): 185-203.
7. Sim TA, Joyner J. A multidisciplinary team approach to reducing medication variance. Jt Comm J Qual Improv 2002; 28(7): 403-9.
8. Aiken LH. Evidence-based management: Key to hospital workforce stability. J Health Adm Educ 2001; Spec No: 117-24.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.7.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.168]

9. Zeighami Mohammadi S, Hagigi S. The association between nurses communication skills and nurse-physician relationship and collaboration. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2008; 6(4): 189-96. [In Persian].
10. Escarce JJ, Kelley MA. Admission source to the medical intensive care unit predicts hospital death independent of APACHE II score. JAMA 1990; 264(18): 2389-94.
11. Toma T, Abu-Hanna A, Bosman RJ. Discovery and inclusion of SOFA score episodes in mortality prediction. J Biomed Inform 2007; 40(6): 649-60.
12. Rahimzadeh P, Taghipur Anvari Z, Hassani V. Estimation of mortality rate of patients in surgical intensive care unit of Hazrat-Rasul hospital of Tehran using the APACHE II standard disease severity scoring system. Hakim Health Sys Res 2008; 11(1): 22-8. [In Persian].
13. Vitacca M, Clini E, Porta R, Ambrosino N. Preliminary results on nursing workload in a dedicated weaning center. Intensive Care Med 2000; 26(6): 796-9.
14. Pakpour V, Hojat M, Salehi H, Rahmani A, Shahim A, Mohammadi R. Viewpoint of nurses on inter-professional relationship between nurses and doctors. Hayat 2014; 20(1): 74-85. [In Persian].
15. Jasemi M, Rahmani A, Aghakhani N, Hosseini F, Eghtedar S. Nurses and physicians' viewpoint toward interprofessional collaboration. Iran J Nurs Res 2013; 26(81): 1-10. [In Persian].
16. Hojat M, Nasca TJ, Cohen MJ, Fields SK, Rattner SL, Griffiths M, et al. Attitudes toward physician-nurse collaboration: A cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the United States and Mexico. Nurs Res 2001; 50(2): 123-8.
17. EL Sayed KA, Sleem WF. Nurse–physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. Life Sci J 2011; 8(2):140-6.
18. Stein LI. The doctor-nurse game. Arch Gen Psychiatry 1967; 16(6): 699-703.
19. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. Crit Care Med 2003; 31(3): 956-9.
20. Chiarella M. The legal and professional status of nursing. London, UK: Churchill Livingstone; 2002.
21. Snelgrove S, Hughes D. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. J Adv Nurs 2000; 31(3): 661-7.
22. Szasz G. Interprofessional education in the health sciences. A project conducted at the University of British Columbia. Milbank Mem Fund Q 1969; 47(4): 449-75.
23. Zeyghami Mohammadi S, Haghighi S. The association between nurses' communication skills and nurse-physician relationship and collaboration in Alborz hospital of Karaj in 2008. Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch 2009; 19(2): 121-7. [In Persian].
24. Ogbimi RI, Adebamowo CA. Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria. BMC Nurs 2006; 5: 2.
25. Pearson D, Pandya H. Shared learning in primary care: participants' views of the benefits of this approach. J Interprof Care 2006; 20(3): 302-13.
26. Bodole F. Nurses' perceptions of nurse-physician collaboration in the intensive care units of a public sector hospital in Johannesburg [MSc Thesis]. Johannesburg, South Africa: University of the Witwatersrand; 2009.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.7.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.168]

DOI: *10.22122/rbs.v16i2.2197* *Published by Vesnu Publications*

Comparison of the Quality of Physician-Nurse Relations in the Nurses in Two Groups of Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II and New Checklist of Health Status Assessment

Mitra Nourbakhsh[1], Hosein Mahjobipoor[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Appropriate professional collaboration between physicians and nurses can be effective on the quality of health care given to patients. This study was performed to compare the effects of Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II (APACHE-II) and new checklist of health status assessment on the quality of physician-nurse relationship.

Methods and Materials: In this cross-sectional descriptive-analytical study, 100 nurses from intensive care unit (ICU) of Amin Hospital, Isfahan, Iran, participated. Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration was used for collecting data. Finally, data were analyzed using paired t-test and Wilcoxon test through SPSS software. $P < 0.05$ was considered statistically significant.

Findings: The mean score of physicians-nurses relationship in new checklist of health status assessment group was significantly higher than that of APACHE-II group ($P < 0.001$). But overall, the attitudes toward physician-nurse collaboration were positive in both scoring systems.

Conclusions: According to the results, attitudes of the nurses toward physician-nurse relationship in new checklist of health status assessment group was significantly more positive than APACHE-II group, so using new checklist of health status assessment instead of APACHE-II system is recommended in the ICUs of the country's hospitals.

Keywords: Physician-nurse relations, Nurses, Communication

Citation: Nourbakhsh M, Mahjobipoor H. **Comparison of the Quality of Physician-Nurse Relations in the Nurses in Two Groups of Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II and New Checklist of Health Status Assessment.** J Res Behav Sci 2018; 16(2): 168-74.

Received: 28.02.2018 Accepted: 07.05.2018 Published: 06.07.2018

1- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Assistant Professor, Critical Care Research Center AND Department of Anesthesiology and Critical Care, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Hosein Mahjobipoor, Email: dr.mahjobipoor@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.7.5]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.168]