Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 14, Issue 2, Summer 2025

Investigating the Mediating Role of Trust in Nurses in the Effect of Patient Negotiation on Patient Experience and Self-advocacy

Yeganeh Salehi[1], Mostafa Rad[2], Simin Sharafi[3*]

1- Student Research Committee, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
2- PhD, Iranian Research Center of Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran & Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
3- PhD, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

***Corresponding Author:** Simin Sharafi, PhD, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
Email: siminsharafi68@gmail.com

Received: 5 July 2026 Accepted: 9 Aug 2026

Abstract

Introduction: Modern healthcare approaches emphasize active patient participation in the treatment process. Patient negotiation has emerged as a key strategy in this domain, which may enhance patient self-advocacy and positive healthcare experiences. However, the role of trust in nurses as a mediating variable in this relationship has been less investigated. Using data from a randomized controlled trial, this study examined whether trust in nurses mediates the relationship between patient negotiation and patient experience and self-advocacy.

Methods: This randomized controlled trial was conducted on 70 patients allocated to intervention (n=35) and control (n=35) groups. The study protocol was approved by the Ethics Committee of Birjand University of Medical Sciences (Ethics Code: IR.BUMS.REC.1404.360) and was formally registered with the Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT20251123068093N1). The intervention group received a 10-15 minute structured negotiation session based on the Botelho model, while the control group received routine care. Data were collected at pre-test and post-test using the validated Persian versions of the Brashers et al. Patient Self-Advocacy Scale (PSAS), the Radwin and Cabral Trust in Nurses Scale (TINS), and Picker Patient Experience Questionnaire .Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and structural equation modeling (SEM) were used for data analysis.

Results: The results showed that the patient negotiation intervention had a significant direct effect on trust in nurses ($F = 43.27$, $p< 0.001$, $\eta^2 = 0.400$), self-advocacy ($F= 87.09$, $p< 0.001$, $\eta^2 = 0.573$), and patient experience ($F = 39.41$, $p< 0.001$, $\eta^2 = 0.377$). The SEM analysis demonstrated an adequate fit of the conceptual model to the observed data ($\chi^2/df = 1.653$, $p= 0.085$, CFI = 0.967, RMSEA = 0.097). However, the mediating role of trust in nurses in the relationship between the intervention and self-advocacy ($\beta = 0.013$, $Z= 0.351$, $p= 0.725$) as well as between the intervention and patient experience ($\beta = 0.035$, $Z = 0.777$, $p= 0.437$) was not statistically significant. Although the negotiation intervention successfully enhanced trust in nurses ($\beta=-0.479$, CR=-6.692, $p< 0.001$), this increased trust did not serve as a mediating mechanism for improving self-advocacy and patient experience.

Conclusion: While patient negotiation interventions directly and effectively improve trust in nurses, Self-advocacy and patient experience, trust in nurses does not play a significant mediating role in these relationships. The negotiation process appears to operate through its inherent empowering mechanisms—such as patient activation and enhanced self-efficacy-independent of trust in nurses. These findings emphasize the importance of integrating negotiation skills training into nursing education as a cost-effective strategy for improving patient-centered outcomes.

Keywords: Negotiating, Trust, Patient Advocacy, Patient-Centered Care, Structural Equation Modeling.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

Extended Abstract

Introduction

Modern healthcare paradigms emphasize active patient participation in the treatment process, marking a fundamental departure from traditional paternalistic approaches toward more collaborative and patient-centered models of care. In these contemporary frameworks, patients are recognized as active partners in their own healthcare journey, particularly in the context of chronic disease management where sustained engagement and self-management are essential for optimal outcomes. Nurses, as the healthcare professionals with the most frequent and prolonged direct contact with patients, occupy a uniquely pivotal position in facilitating this participation and empowering patients to take an active role in their care decisions.

Negotiation with patients has emerged as a key strategy in this domain, offering a structured yet flexible approach to fostering meaningful dialogue between nurses and patients. The negotiation process involves a dynamic, bidirectional exchange in which both parties openly discuss their perspectives, concerns, and priorities, working collaboratively toward mutually acceptable treatment decisions. This approach acknowledges the complementary expertise that each party brings to the clinical encounter: while the nurse possesses professional knowledge and clinical skills, the patient is the expert on their own lived experience, values, and preferences. By integrating these two sources of knowledge, negotiation facilitates shared decision-making and has the potential to enhance patient self-advocacy—the ability to seek information, assert needs, and make informed choices—as well as promote positive healthcare experiences.

Despite the recognized importance of trust in nurse-patient relationships as a fundamental prerequisite for effective therapeutic interactions, the mediating role of trust in the relationship between nurse-patient negotiation interventions and patient outcomes remains insufficiently explored. Trust in nurses encompasses patients' confidence in the nurse's competence, honesty, reliability, and genuine concern for their well-being, and has been consistently linked to improved satisfaction, treatment adherence, and emotional well-being. However, whether trust serves as a mechanism through which negotiation interventions exert their beneficial effects on patient outcomes has received limited empirical attention. Therefore, this study aimed to investigate the mediating role of trust in nurses in the relationship between a patient negotiation intervention and two key patient-centered outcomes: patient experience and self-advocacy. Understanding this mediating pathway can inform the design of more effective nursing interventions and contribute to the growing body of knowledge on patient-centered care.

Methods

This randomized controlled trial was conducted on 70 eligible patients who were equally allocated to intervention (n=35) and control (n=35) groups. The intervention group received a structured patient negotiation intervention, while the control group received routine standard care. Data were collected using validated questionnaires at two time points: pre-test and post-test. The demographic characteristics of participants were comparable between the two groups, with no significant differences in age, gender, education level, or triage level at baseline. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was employed to compare post-test scores between groups while controlling for pre-test scores. Structural equation modeling (SEM) was then utilized to test the conceptual model and examine the mediating role of trust in nurses. All necessary assumptions for both analytical approaches, including normality, homogeneity of variance-covariance matrices, homogeneity of regression slopes, and multicollinearity, were verified prior to analysis.

Results

The results showed that the patient negotiation intervention had a significant direct effect on trust in nurses ($F=43.27$, $p<0.001$, $\eta^2=0.400$), self-advocacy ($F=87.09$, $p<0.001$, $\eta^2=0.573$), and patient experience ($F=39.41$, $p< 0.001$, $\eta^2= 0.377$). The SEM analysis demonstrated an adequate fit of the conceptual model to the observed data ($\chi^2/df=1.653$, $p=0.085$, CFI=0.967, RMSEA = 0.097). However, the mediating role of trust in nurses in the relationship between the intervention and self-advocacy ($\beta=0.013$, $Z= 0.351$, $p=0.725$) as well as between the intervention and patient experience ($\beta= 0.035$, $Z= 0.777$, $p= 0.437$) was not statistically significant. Although the negotiation intervention successfully enhanced trust in nurses ($\beta=-0.479$, $CR=-6.692$, $p< 0.001$), this increased trust did not serve as a mediating mechanism for improving

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

self-advocacy and patient experience.

Discussion

The significant direct effects of the patient negotiation intervention on all three outcomes underscore the effectiveness of this approach in nursing care. The enhancement of self- advocacy and patient experience through negotiation aligns with previous literature demonstrating that shared decision-making and participatory interactions foster a sense of ownership, responsibility, and empowerment in patients. The direct improvement in trust in nurses following the intervention suggests that structured negotiation processes can serve as a trust-building mechanism, even in relatively short-term clinical encounters.

However, the lack of a mediating role for trust in nurses presents an intriguing finding that warrants careful interpretation. Several plausible explanations may account for this unexpected result. First, the negotiation intervention may operate through its inherent empowering mechanisms—such as goal clarification, provision of treatment options, and enhancement of decisional autonomy—that directly influence patient outcomes regardless of the level of trust in the nurse. The very experience of being heard and participating in decisions may activate cognitive-behavioral pathways independent of relational trust. Second, the distinction between structured, goal-oriented negotiation interventions and the ongoing, relational trust-building that occurs in long-term nurse-patient relationships should be considered. The intervention in this study may have functioned primarily through its procedural and content-based mechanisms rather than through the relational channel of trust, which typically requires sustained interaction over time. Third, the absence of mediating effects might be attributed to unexamined moderating variables, including patients' health literacy, prior healthcare experiences, illness severity, or nurses' communication styles. Fourth, measurement-related considerations, such as the potential influence of expectation bias in the intervention group or the inability of the instrument to capture distinct dimensions of trust (cognitive versus affective), may have influenced the results.

Conclusion

The findings of this study demonstrate that while patient negotiation interventions effectively improve trust in nurses, Self-advocacy, and patient experience directly, trust in nurses does not serve as a significant mediator in these relationships. The direct pathways from the intervention to self-support and patient experience appear to operate through mechanisms independent of trust, possibly through cognitive-behavioral processes such as patient activation, empowerment, and enhanced self-efficacy. These findings suggest that negotiation-based interventions can be effective even in clinical contexts where deep relational trust has not yet been established, making them particularly valuable in acute care settings, short-term encounters, or healthcare systems with limited resources. The results emphasize the importance of integrating negotiation skills training into nursing curricula and continuing professional development programs as a cost-effective strategy for improving patient-centered outcomes. Future research should employ longitudinal designs to examine the temporal dynamics of trust development, investigate potential moderating variables, utilize multidimensional trust measures, and conduct qualitative studies to gain deeper insights into patients' lived experiences of negotiation and trust in clinical settings.

Conflict of Interests

The authors have affirmed that they have no conflicts of interest related to this research.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

دوره ۱۴، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۴

بررسی نقش میانجی اعتماد به پرستار در اثر مذاکره با بیمار بر تجربه و خودپشتیبانی بیمار

یگانه صالحی[۱]، مصطفی راد[۲]، سیمین شرفی[۳*]

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران.
۲. استاد، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران؛ ب. استاد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۳. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

***نویسنده مسئول:** سیمین شرفی، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
ایمیل: siminsharafi68@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۵/۱۸

چکیده

مقدمه: رویکردهای نوین مراقبت سلامت بر مشارکت فعال بیمار در فرایند درمان تأکید دارند. مذاکره با بیمار به عنوان یکی از راهبردهای کلیدی در این حوزه مطرح است که می‌تواند به ارتقای خودپشتیبانی و تجربه مثبت بیمار منجر شود. با این حال، نقش اعتماد به پرستار به‌عنوان یک متغیر میانجی در این رابطه کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. این مطالعه با استفاده از داده‌های یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده، به بررسی این پرداخت که آیا اعتماد به پرستار رابطه بین مذاکره با بیمار و تجربه و خودپشتیبانی بیمار را میانجی‌گری می‌کند یا خیر.

روش‌کار: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی با گروه کنترل بود که بر روی ۷۰ بیمار واجد شرایط انجام شد. بیماران به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) تخصیص یافتند. گروه مداخله، مداخله مذاکره با بیمار را دریافت کردند و گروه کنترل مراقبت‌های روتین را دریافت نمودند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های معتبر در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) با نرم‌افزار SPSS و AMOS استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله مذاکره با بیمار اثرمستقیم و معناداری بر اعتماد به پرستار ($F= 27.43, p<0.001, \eta^2= 0.400$)، خودپشتیبانی ($F = 87.09, p<0.001, \eta^2= 0.573$) و تجربه بیمار ($F= 39.41, p< 0.001$) داشت. تحلیل معادلات ساختاری برازش مناسب مدل مفهومی را با داده‌های مشاهده شده نشان داد ($\chi^2/df = 1.653, p= 0.085, CFI = 0.967, RMSEA=0.097$). با این حال، نقش میانجی اعتماد به پرستار در رابطه بین مداخله و خودپشتیبانی ($\beta = 0.013, Z= 0.351, p= 0.725$) و نیز بین مداخله و تجربه بیمار ($\beta = 0.035, Z = 0.777, p=0.437$) از نظر آماری معنادار نبود. اگرچه مداخله مذاکره با بیمار توانست اعتماد به پرستار را افزایش دهد ($\beta= -0.479, CR = -6.692, p<0.001$)، اما این افزایش اعتماد، سازوکار میانجی‌گری برای بهبود خودپشتیبانی و تجربه بیمار محسوب نشد.

نتیجه‌گیری: اگرچه مداخله مذاکره با بیمار به‌طور مستقیم و مؤثری باعث بهبود اعتماد به پرستار، خودپشتیبانی و تجربه بیمار می‌شود، اما اعتماد به پرستار نقش میانجی معناداری در این روابط ایفا نمی‌کند. به‌نظر می‌رسد که فرایند مذاکره به‌خودی‌خود، مستقل از اعتماد به پرستار، از طریق سازوکارهای شناختی رفتاری نظیر توانمندسازی و فعال‌سازی بیمار، می‌تواند پیامدهای مطلوب را ایجاد نماید. این یافته بر اهمیت آموزش مهارت‌های مذاکره به پرستاران به‌عنوان یک مداخله کم‌هزینه و اثربخش در ارتقای کیفیت مراقبت تأکید می‌کند.

کلیدواژه ها: مذاکره، اعتماد، پرستار، خودپشتیبانی بیمار، مراقبت بیمار محور، مدل‌یابی معادلات ساختاری.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

مقدمه

امروزه، رویکردهای سنتی و دستوری در مراقبت‌های سلامت جای خود را به پارادایم‌های مشارکتی و بیمارمحور داده‌اند که در آن، بیمار نه‌تنها یک گیرنده منفعل خدمت، بلکه شریکی فعال در فرآیند درمان و مدیریت بیماری خود محسوب می‌شود (۱). این تغییر پارادایم، بازتاب‌دهنده تحولی بنیادین در نگرش به ماهیت رابطه درمانی و نقش بیمار در نظام سلامت است. در این نگاه نوین، بیمار دارای دانشی ارزشمند از تجربه زیسته، شرایط زندگی، اولویت‌ها و ارزش‌های شخصی خود است که می‌تواند مکمل دانش تخصصی و حرفه‌ای ارائه‌دهندگان مراقبت باشد. به‌ویژه در مدیریت بیماری‌های مزمن که نیازمند مشارکت مستمر بیمار در مراقبت از خود، پایبندی به درمان، و اتخاذ رفتارهای سلامت‌محور در طولانی‌مدت است، این مشارکت فعال از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد. شواهد گسترده نشان داده است که بیمارانی که در فرایندهای تصمیم‌گیری مشارکت دارند، از انگیزه بالاتر، پایبندی بهتر به درمان، و پیامدهای بالینی مطلوب‌تری برخوردارند (۲).

در این میان، پرستاران به‌عنوان مهم‌ترین عضو تیم درمانی که بیشترین تماس را با بیماران دارند، نقشی کلیدی در تسهیل این مشارکت و توانمندسازی بیماران ایفا می‌کنند. پرستاران به دلیل حضور مستمر و طولانی‌مدت در کنار بیمار، در موقعیتی منحصربه‌فرد قرار دارند که می‌توانند بستر مناسبی برای گفت‌وگو، تبادل اطلاعات، و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی فراهم آورند. کیفیت تعاملات پرستار–بیمار به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر تجربه بیمار، رضایت از مراقبت، و پیامدهای درمانی شناخته شده است. از این رو، شناسایی راهبردهای ارتباطی مؤثر و مداخلات ساختاریافته‌ای که بتواند این تعاملات را ارتقا بخشد، همواره یکی از دغدغه‌های اصلی پژوهشگران حوزه پرستاری و نظام‌های سلامت بوده است (۳).

یکی از رویکردهای نوین در این حوزه، استفاده از راهبردهای مذاکره با بیمار است. شواهد نشان می‌دهد که مذاکره، به‌عنوان فرایندی پویا و تعاملی، می‌تواند به هم‌افزایی دانش حرفه‌ای پرستار و تجربه زیسته بیمار منجر شده و زمینه‌ساز تصمیم‌گیری‌های مشترک و مؤثرتر گردد (۴). در فرایند مذاکره، پرستار و بیمار به‌طور فعال به گفت‌وگو درباره دیدگاه‌های خود می‌پردازند؛ پرستار دانش علمی و شواهد بالینی را مطرح می‌کند و بیمار نیز تجربه زیسته، نگرانی‌ها، ترجیحات و محدودیت‌های عملی خود را به اشتراک می‌گذارد. این تبادل دوطرفه، برخلاف ارتباطات یک‌طرفه و دستوری، به شکل‌گیری درک مشترک و تصمیماتی منجر می‌شود که با واقعیت‌های زندگی بیمار هماهنگ‌تر است. این فرایند، که در آن پرستار و بیمار دیدگاه‌های گاه متضاد خود را به‌بحث می‌گذارند، نه‌تنها به انتخاب راهبردهای درمانی مناسب‌تر کمک می‌کند، بلکه حس مالکیت و مسئولیت‌پذیری را در بیمار تقویت نموده و به ارتقای خودپشتیبانی او منجر می‌شود (۵).

خودپشتیبانی بیمار به‌عنوان ظرفیت فرد برای جست‌وجوی فعال اطلاعات، ابراز نیازها و ترجیحات خود، و مشارکت آگاهانه در تصمیم‌گیری‌های درمانی تعریف می‌شود. بیمارانی که از سطح بالاتری از خودپشتیبانی برخوردارند، به احتمال بیشتری سوال می‌پرسند، نگرانی‌های خود را مطرح می‌کنند، و در فرایند مراقبت نقش فعال‌تری ایفا می‌نمایند. این ویژگی به‌ویژه در موقعیت‌های بالینی پیچیده که نیاز به تصمیم‌گیری‌های دشوار وجود دارد، از اهمیت حیاتی برخوردار است. از سوی دیگر، تجربه بیمار نیز به‌عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی کیفیت مراقبت، شامل ادراک بیمار از تمامی تعاملات خود با نظام سلامت است؛ از نحوه ارتباط با پرستاران و پزشکان گرفته تا هماهنگی مراقبت‌ها، حمایت عاطفی، احترام به ترجیحات، و آسایش جسمی. تجربه مثبت بیمار نه‌تنها با رضایت بیشتر، بلکه با پایبندی بهتر به درمان، کاهش عود مجدد بیماری، و بهبود پیامدهای بالینی همراه است.

با این حال، اثربخشی این مذاکرات بالینی تا حد زیادی به کیفیت رابطه درمانی وابسته است که مؤلفه محوری آن، اعتماد به پرستار می‌باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ایجاد و حفظ اعتماد در تعاملات مراقبتی، پیش‌نیازی اساسی برای موفقیت مداخلات خودمدیریتی و مشارکت‌جویانه است (۶، ۷). اعتماد به پرستار، به‌عنوان یک پدیده رابطه‌ای چندبعدی، شامل باور بیمار به شایستگی بالینی، صداقت، قابلیت اطمینان، و دلسوزی پرستار است. زمانی که بیمار به پرستار خود اعتماد دارد، با آسودگی خاطر بیشتری نگرانی‌های خود را بیان می‌کند، توصیه‌های درمانی را با پذیرش بیشتری دنبال می‌نماید، و در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا و مبهم، اضطراب کمتری را تجربه می‌کند. این اعتماد می‌تواند بستر مناسبی را برای پذیرش توصیه‌های درمانی، کاهش اضطراب و دلهره بیمار، و

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

در نهایت، تجربه مثبت او از فرایند درمان فراهم آورد (۸). در واقع، اعتماد به‌عنوان یک «سرمایه رابطه‌ای» عمل می‌کند که کیفیت تعاملات مراقبتی را ارتقا داده و اثربخشی مداخلات را افزایش می‌دهد.

با وجود این، پژوهش‌های اندکی به بررسی نقش میانجی اعتماد در ارتباط بین مداخله مذاکره با بیمار و پیامدهایی نظیر تجربه بیمار و خودپشتیبانی پرداخته‌اند و خلأ دانشی قابل‌توجهی در این زمینه وجود دارد. به‌عبارتی، اگرچه به‌طور نظری می‌توان انتظار داشت که مذاکره با بیمار از طریق افزایش اعتماد، به بهبود خودپشتیبانی و تجربه بیمار منجر شود، اما این سازوکار میانجی‌گر به‌ندرت در مطالعات تجربی مورد آزمون قرار گرفته است. بیشتر پژوهش‌های موجود یا بر اثرات مستقیم مذاکره متمرکز بوده‌اند، یا به بررسی همبسته‌های اعتماد پرداخته‌اند، بدون آنکه این دو را در قالب یک مدل علّی یکپارچه مورد آزمون قرار دهند. این شکاف دانشی، طراحی مداخلات پرستاری مبتنی بر شواهد را با چالش مواجه می‌سازد، زیرا بدون شناخت دقیق از سازوکارهای اثرگذاری، نمی‌توان اجزای کلیدی مداخلات را شناسایی و تقویت کرد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی اعتماد به پرستار در تأثیر مداخله مذاکره با بیمار بر تجربه بیمار و خودپشتیبانی طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه، فرض بر آن است که مداخله مذاکره با بیمار، با تقویت اعتماد بیمار به پرستار، به طور غیرمستقیم باعث بهبود تجربه بیمار و افزایش توانایی او در خودپشتیبانی می‌شود. با آزمون تجربی این فرضیه، پژوهش حاضر می‌تواند گامی مؤثر در جهت طراحی مداخلات پرستاری مبتنی بر شواهد و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی بردارد و به نظام‌های سلامت در تدوین راهبردهای مؤثرتر برای ارتقای مشارکت بیمار کمک نماید.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی در بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان امام رضا بیرجند در سال ۱۴۰۴ انجام شد. این مطالعه، یک تحلیل ثانویه از داده‌های یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده است که با هدف بررسی نقش میانجی اعتماد به پرستار در تأثیر مداخله مذاکره با بیمار بر تجربه بیمار و خودپشتیبانی طراحی گردید. با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه

$$SS = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}+Z_{(1-\beta)}]^2 \times (S_1^2 + S_2^2)}{(M_1-M_2)^2}$$

،

تعداد افراد در هر گروه کنترل و مداخله، ۲۹ نفر محاسبه شد که با احتساب ریزش ۲۰ درصد این میزان به ۳۵ نفر در هر گروه افزایش یافت. بیماران به روش نمونه گیری در دسترس به صورت تصادفی ساده با نرم افزار RANDOM ALLOCATION در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از:

-تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه

- عدم وجود اختلال شنوایی، بینایی و تکلم که منجر به ایجاد مانع برقراری ارتباط شود.

-داشتن سن بالاتر از ۱۸ سال

- داشتن سطح هوشیاری کافی و توانایی برقراری ارتباط کلامی

- توانایی برقراری ارتباط مؤثر به زبان فارسی

- وجود حداقل یکی از شرایط زیر که بر اساس اظهارات خودجوش بیمار یا همراه وی، یا در جریان تعامل اولیه با بیمار توسط پژوهشگر مشاهده و ثبت می‌شد:

- ابراز نگرانی صریح درباره‌ی تشخیص، درمان یا عوارض دارویی

- مطرح کردن سؤال یا ابهام درباره‌ی برنامه‌ی درمانی یا اقدامات تشخیصی

- ابراز مخالفت، تردید یا ابهام درباره یکی از اقدامات یا برنامه مراقبتی پیشنهادی و نیاز به تصمیم‌گیری درباره ادامه روند درمان

همچنین معیار های خروج از مطالعه شامل عدم تمایل یا انصراف در هر مرحله، بروز شرایط اورژانسی حاد که مانع ادامه مشارکت شود (مثلاً بستری در ICU، CPR، جراحی اورژانسی و ...)، عدم تکمیل پرسشنامه ها و وجود اختلال شناختی یا ارتباطی که در زمان بررسی کشف شود و بر کیفیت داده تاثیرگذار باشد، بود. این پژوهش با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1404.360 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و با کد IRCT، IRCT20251123068093N1 تصویب شده است. ابتدا هر دو گروه کنترل و مداخله پس از تایید داشتن معیارهای ورود و با گرفتن رضایت شخصی شفاهی، پرسشنامه ها را تکمیل کردند. محقق، که در زمینه تکنیک‌های مذاکره و مهارت‌های ارتباطی آموزش دیده بود، با بیماران در گروه مداخله به‌صورت فردی و

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

حضوری مذاکره کرد. هر جلسه مذاکره به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه انجام شد. تمامی بیماران گروه مداخله، یک جلسه مذاکره ساختاریافته ۱۵ دقیقه‌ای بر اساس مدل شش‌گانه بوتلیو دریافت کردند. این مدت زمان با توجه به محدودیت زمانی محیط اورژانس، انتخاب گردید.

محتوای مذاکره بر بر اساس مدل مذاکره (۹) Botelho (۱۹۹۲) طراحی شده که شامل سه بعد محتوا، سطوح رابطه و فازهای حل مسئله است (جدول ۱). برای گروه کنترل مراقبت های روتین بخش بدون مذاکره اجرا شد. قبل از ترخیص بیماران یا انتقال آنها به بخش های درمانی، پرسشنامه های پس آزمون توسط بیماران در هر دوگروه کنترل و مداخله تکمیل شد.

جدول ۱. چارچوب نظری مذاکره با بیمار (Botelho, ۱۹۹۲)

بُعد	توضیح	مثال ساده
محتوا (Content)	موضوع گفت‌وگو شامل Disease (بیماری): جنبه‌های پزشکی Illness (تجربه بیماری): احساس و برداشت بیمار Sick roll نقش بیمار بودن): حقوق و مسئولیت بیمار Context (زمینه زندگی): خانواده، شغل، فرهنگ	محقق علاوه بر درمان، درباره نگرانی‌ها و شرایط زندگی بیمار هم می‌پرسد.
سطوح رابطه (Relationship levels)	نحوه تعامل بین درمانگر و بیمار Autonomism (خودمختاری): بیمار تصمیم می‌گیرد Egalitarianism (برابری): تصمیم مشترک Parentalism (حمایتی): درمانگر هدایت می‌کند Autocracy (دستوری): درمانگر تصمیم فوری می‌گیرد	در اورژانس: گاهی لازم است سریع تصمیم گرفته شود (دستوری)، گاهی بیمار هم مشارکت می‌کند (برابری).
مراحل حل مسئله (Problem-solving phases)	شش گام مذاکره: ایجاد رابطه (اعتمادسازی) تعیین دستور جلسه (هدف گفت‌وگو) ارزیابی (بررسی وضعیت بیمار). روشن‌سازی مشکل (تفاهم مشترک) مدیریت (تصمیم‌گیری/پرسشنامه) پایان (جمع‌بندی و تشکر)	گفت‌وگو کوتاه ولی منظم است و بیمار حق انصراف دارد.

ابزار پژوهش

• پرسشنامه دموگرافیک: این پرسشنامه شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی بیماران بود.

پرسشنامه تجربه بیمار پیکر: این پرسشنامه توسط پیکر و همکاران (۱۹۹۰) در ۴۰ آیتم طراحی شده است و در سال ۲۰۰۲ نسخه کوتاه شده آن توسط جنکینسون در ۱۵ گویه طراحی شد که در ۷ مولفه شامل اطلاعات و آموزش، هماهنگی مراقبت‌ها، حمایت عاطفی، احترام به ترجیحات بیمار، آسایش جسمی، مشارکت خانواده و دوستان،تداوم و انتقال ارزیابی می شود(۱۰). امتیازدهی بر اساس پاسخ‌های باینری یا دسته‌ای (مانند «بله، همیشه»، «بله، گاهی» یا «خیر») انجام می‌شود، که پاسخ‌های منفی (نشان‌دهنده مشکل) به عنوان ۱ امتیاز (مشکل) و پاسخ‌های مثبت به عنوان ۰ امتیاز (بدون مشکل) کدگذاری می‌گردند. امتیاز کل از طریق محاسبه درصد مشکلات (تعداد آیتم‌های با امتیاز ۱ تقسیم بر تعداد آیتم‌های قابل کاربرد ضرب در ۱۰۰) به دست می‌آید، به‌طوری که امتیاز بالاتر نشان‌دهنده مشکلات بیشتر و تجربه ضعیف‌تر بیمار است، در حالی که امتیاز صفر بهترین تجربه را نشان می‌دهد. این ابزار توسط تقدیر و همکاران (۲۰۲۳) در ایران روانسنجی شد و ضریب آلفای کرونباخ برای ۷ مولفه مختلف بین ۰/۷۴۴ تا ۰/۹۱۱ محاسبه شد و در کل آن ۰/۸۰۴محاسبه شد (۱۱). . پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در مطالعه حاضر۰/۷۳گزارش شد.

پرسشنامه خود پشتیبانی براشرز: این پرسشنامه توسط پروفسور دیوید براشرز و همکارانش(۱۹۹۹)، طراحی شده است (۱۲). این پرسشنامه دارای ۱۲ گویه است که بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» پاسخ داده می‌شود. ابعاد این پرسشنامه به شرح زیر است:

• افزایش آموزش در مورد بیماری: ۴ گویه (سنجش میزان جست وجوی اطلاعات بیمار در مورد بیماری و درمان خود(

• افزایش جسارت: ۴ گویه (سنجش اعتماد به نفس فرد

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

برای بیان نیاز ها و تعامل فعال با کارکنان درمانی)

• تمایل به عدم تبعیت آگاهانه: ۴ گویه (سنجش تمایل بیمار برای نادیده گرفتن دستورالعمل های درمانی در صورت عدم موافقت منطقی با آنها)

امتیاز زیرمقیاس‌ها از جمع امتیازهای خام آیتم‌های مربوطه محاسبه می‌شود (حداقل ۴ و حداکثر ۲۰ برای هر زیرمقیاس) و امتیاز کل پرسشنامه از جمع تمام ۱۲ آیتم (حداقل ۱۲ و حداکثر ۶۰) به دست می‌آید؛ تنها آیتم ۵ نیاز به معکوس کردن امتیاز دارد (مانند تبدیل ۱ به ۵ و بالعکس) تا جهت‌گیری مثبت حفظ شود. امتیاز بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده سطح بالاتر خودحمایتی بیمار است. این پرسشنامه توسط حمزه گردشی و همکاران (۲۰۱۵) در ایران روانسنجی شد (۱۳). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در آن مطالعه ۰/۷۵ گزارش شده است. پایایی ابزار به روش ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۷۷ می باشد.

پرسشنامه اعتماد به پرستار رادوین و کابرال: این پرسشنامه توسط رادوین و کابرال (۲۰۱۰)، طراحی شده است (۱۴) و دارای ۵ گویه میباشد که بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه ای پاسخ داده می‌شود. این ابزار توسط نوری پور و همکاران (۲۰۱۶) در ایران روانسنجی شد (۱۵). ضریب آلفای کرونباخ برای آن ۰/۸۴ محاسبه شد. این مقیاس یک‌بعدی است و امتیاز کل آن از جمع امتیازهای خام آیتم‌ها بدون نیاز به معکوس کردن آیتم‌ها محاسبه می‌شود (حداقل ۵ و حداکثر ۳۰). امتیاز بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر اعتماد بیمار به پرستار است و می‌تواند برای تحلیل کلی یا مقایسه گروهی استفاده شود. پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۶۹ گزارش می‌شود.

یافته ها

در این مطالعه، ۷۰ بیمار واجد شرایط به‌طور مساوی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) وارد مطالعه شدند و تا پایان مطالعه هیچ‌گونه ریزش نمونه رخ نداد. میانگین و انحراف سنی بیماران در گروه مداخله ۱۴/۷۲ ± ۴۰/۲۳ و در گروه کنترل ۱۶/۳۲± ۴۰/۷۱ سال بود. در گروه مداخله، ۲۵ نفر (۷۱/۴ درصد) مرد و ۱۰ نفر (۲۸/۶ درصد) زن بودند، در حالی که در گروه کنترل،۲۲ نفر (۶۲/۹ درصد) مرد و ۱۳ نفر (۳۷/۱ درصد) زن بودند. از نظر سطح تحصیلات، در گروه مداخله ۱۲ نفر (۳۴/۳ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی و پایین‌تر، ۱۴ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۷ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۵/۷ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند؛ در گروه کنترل نیز ۱۳ نفر (۳۷/۱ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی و پایین‌تر، ۱۳ نفر (۳۷/۱ درصد) دیپلم، ۷ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۵/۷ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. همچنین، از نظر سطح تریاژ، در گروه مداخله ۲۹ بیمار (۸۲/۹ درصد) در سطح دو و ۶ بیمار (۱۷/۱ درصد) در سطح سه قرار داشتند، در حالی که در گروه کنترل، ۲۷ بیمار (۷۷/۱ درصد) در سطح دو و ۸ بیمار (۲۲/۹ درصد) در سطح سه تریاژ بودند. نتایج آزمون t مستقل برای سن و آزمون خی‌دو برای جنسیت، سطح تحصیلات و سطح تریاژ نشان داد بین دو گروه از نظر ویژگی‌های اولیه شرکت‌کنندگان تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p<0/05$).

میانگین و انحراف استاندارد نمرات اعتماد به پرستار، خودپشتیبانی و تجربه بیمار در گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات اعتماد به پرستار، خودپشتیبانی و تجربه بیمار در گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		P همسانی	پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد		میانگین	انحراف استاندارد
اعتماد به پرستار	مداخله	۱۵/۹۴	۲/۵۶	۰/۲۸۴	۱۸/۳۵	۲/۰۴
	کنترل	۱۷/۳۳	۱/۷۷		۱۷/۰۵	۲/۰۶
خودپشتیبانی	مداخله	۳۴/۷۵	۳/۷۴	۰/۱۹۵	۴۲/۸۲	۲/۷
	کنترل	۳۷/۰۸	۴/۸۲		۳۷/۷۲	۴/۸۶
تجربه بیمار	مداخله	۵/۰۲	۲/۳۸	۰/۶۲۳	۲/۲۶	۱/۴۴
	کنترل	۴/۶۹	۱/۶		۴/۲۷	۱/۸۷

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

بر اساس نتایج جدول ۱، میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه نسبتاً مشابه بود، در حالی که تفاوت‌هایی در میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه مشاهده شد. به‌منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون‌های کولموگروف–اسمیرنوف و شاپیرو–ویلک مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج حاصل، حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود؛ بنابراین، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در تحلیل‌های آماری رعایت شد ($p<۰/۰۵$). پیش از اجرای تحلیل MANCOVA، همگنی ماتریس‌های کوواریانس آزمون (Box›s M)، همگنی واریانس‌ها (Levene Test) و همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شد. نتایج نشان داد هیچ‌یک از مفروضه‌های لازم برای اجرای MANCOVA نقض نشده است ($p>۰/۰۵$). نتایج تحلیل MANCOVA جهت بررسی تفاوت بین گروه‌ها با کنترل نمرات پیش‌آزمون، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون اثرات بین‌آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) برای مقایسه نمرات پس‌آزمون متغیرهای اعتماد به پرستار، خودپشتیبانی و تجربه بیمار با کنترل نمرات پیش‌آزمون

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار معناداری	مجذور اتا
اعتماد به پرستار	۸۲/۴	۱	۸۲/۴	۴۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴
خودپشتیبانی	۶۶۱/۸	۱	۶۶۱/۸	۸۷/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳
تجربه بیمار	۶۷/۵	۱	۶۷/۵	۳۹/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷

نتایج آزمون اثرات بین‌آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه مداخله و کنترل از نظر نمرات پس‌آزمون اعتماد به پرستار ($F=۴۳/۲۷$ ،$p<۰/۰۰۱$ ،$\eta^2=۰/۴۰۰$)، خودپشتیبانی ($F=۸۷/۰۹$ ،$p<۰/۰۰۱$ ،$\eta^2=۰/۵۷۳$) و تجربه بیمار ($F=۳۹/۴۱$ ،$p<۰/۰۰۱$ ،$\eta^2=۰/۳۷۷$) تفاوت آماری معناداری وجود داشت.

پس از تأیید اثربخشی مداخله بر متغیرهای پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، به‌منظور آزمون مدل مفهومی پژوهش و بررسی نقش میانجی اعتماد به پرستار در رابطه بین مداخله مذاکره با بیمار و پیامدهای پژوهش، از مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد. پیش از برازش مدل معادلات ساختاری، مفروضه‌های لازم برای اجرای این روش آماری بررسی شد. بررسی داده‌ها نشان داد هیچ داده گمشده‌ای در مجموعه داده‌ها وجود نداشت. همچنین، توزیع متغیرهای پژوهش از نظر شاخص‌های چولگی و کشیدگی در محدوده قابل قبول (۲±) قرار داشت؛ بنابراین، فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. به‌منظور بررسی هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین، شاخص‌های تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس (Variance Inflation Factor: VIF) محاسبه شد. مقادیر تحمل بین ۰/۸۱۶ تا ۰/۹۴۴ و مقادیر VIF بین ۱/۰۶ تا ۱/۲۲۵ به دست آمد که همگی در دامنه قابل قبول (Tolerance>۰/۱۰ و VIF<۵) قرار داشتند؛ ازاین‌رو، شواهدی مبنی بر وجود هم‌خطی چندگانه مشاهده نشد. علاوه بر این، بررسی داده‌های پرت چندمتغیره با استفاده از فاصله ماهالانوبیس نشان داد داده پرت مؤثری در مجموعه داده‌ها وجود ندارد. بر این اساس، مفروضه‌های لازم برای اجرای مدل‌یابی معادلات ساختاری برقرار بود و تحلیل مدل انجام شد.

پس از بررسی مفروضه‌های لازم، به‌منظور ارزیابی میزان انطباق مدل مفهومی پژوهش با داده‌های مشاهده‌شده، شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج شاخص‌های برازش مدل در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

جدول ٤. شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری

شاخص برازش	مقدار مشاهده شده	معیار پذیرش
χ^2/df	۱/۶۵۳	<۳
P-value	۰/۰۸۵	>۰/۰۵
GFI	۰/۹۴	>۰/۹
AGFI	۰/۸۳۱	>۰/۸
CFI	۰/۹۶۷	>۰/۹
IFI	۰/۹۶۹	>۰/۹
TLI	۰/۹۳۱	>۰/۹
RMSEA	۰/۰۹۷	<۰/۱

بر اساس نتایج جدول ۴، نسبت کای‌دو به درجه آزادی (χ^2/df=۱/۶۵۳) کمتر از ۳ و آزمون کای‌دو نیز غیرمعنادار بود (P=۰/۰۸۵) که نشان‌دهنده انطباق مناسب مدل با داده‌های مشاهده‌شده است. همچنین، مقادیر شاخص‌های برازش نیکویی (GFI=۰/۹۴۰)، شاخص تعدیل شده برازش نیکویی (AGFI=۰/۸۳۱)، شاخص برازش تطبیقی (CFI=۰/۹۶۷)، شاخص برازش افزایشی (IFI=۰/۹۶۹) و شاخص تاکر–لوئیس (TLI=۰/۹۳۱) همگی در محدوده مطلوب قرار داشتند. علاوه بر این، مقدار ریشه میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA=۰/۰۹۷) نیز نشان‌دهنده برازش قابل قبول مدل بود. در مجموع، شاخص‌های برازش حاکی از آن بود که مدل مفهومی پژوهش از برازش مناسب و قابل قبولی با داده‌های مشاهده شده برخوردار است.

پس از تأیید برازش مناسب مدل، ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم به‌منظور بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش و آزمون نقش میانجی اعتماد به پرستار مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مربوط به ضرایب استاندارد مسیرها، آماره بحرانی (CR) و سطح معناداری مسیرهای مستقیم و همچنین اثرهای غیرمستقیم در جدول ۵ ارائه شده است.

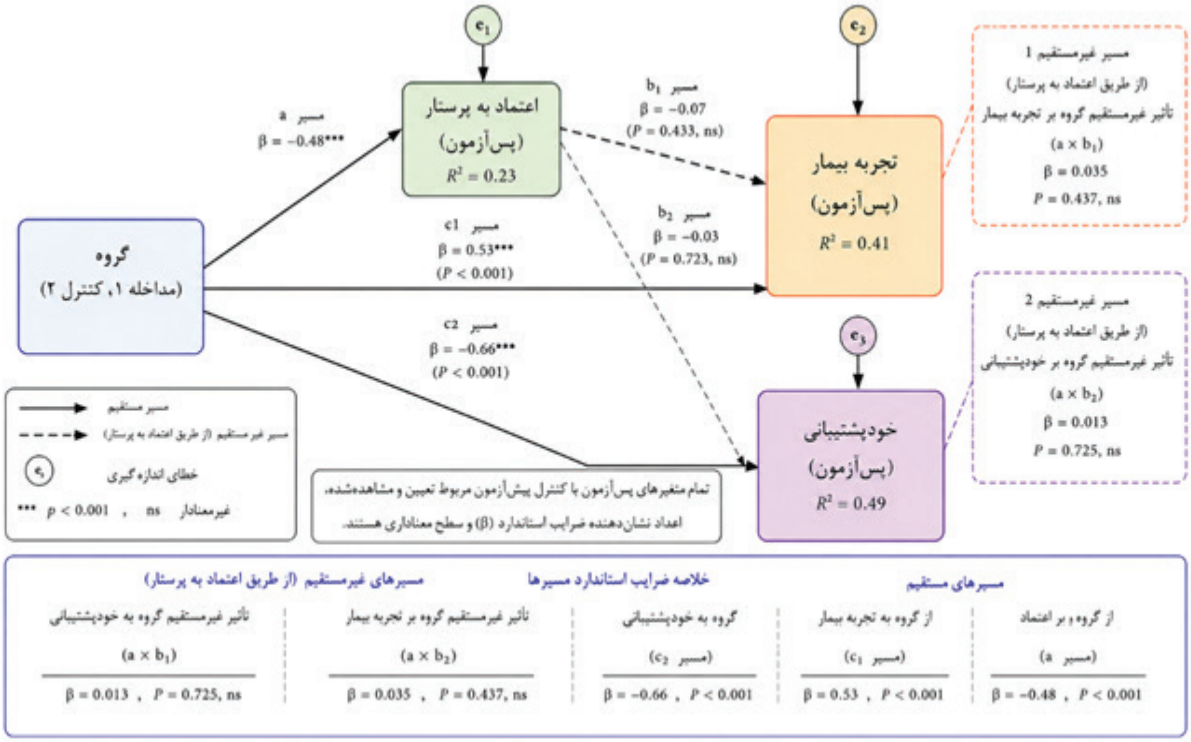
جدول ۵. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل معادلات ساختاری

نوع اثر	مسیر	β	CR/Z	P
مستقیم	گروه ← اعتماد به پرستار	-۰/۴۷۹	-۶/۶۹۲	<۰/۰۰۱
	گروه ← خودپشتیبانی	-۰/۶۵۵	-۹/۵۲۱	<۰/۰۰۱
	گروه ← تجربه بیمار	۰/۵۲۷	۶/۴۵۲	<۰/۰۰۱
	اعتماد به پرستار ← خودپشتیبانی	-۰/۰۲۶	-۰/۳۵۴	۰/۷۲۳
	اعتماد به پرستار ← تجربه بیمار	-۰/۰۷۲	-۰/۷۸۴	۰/۴۳۳
غیرمستقیم	گروه ← اعتماد به پرستار ← خودپشتیبانی	۰/۰۱۳	۰/۳۵۱	۰/۷۲۵
	گروه ← اعتماد به پرستار ← تجربه بیمار	۰/۰۳۵	۰/۷۷۷	۰/۴۳۷

بر اساس نتایج جدول ۵، مداخله مذاکره با بیمار اثر مستقیم و معناداری بر اعتماد به پرستار (P=۰/۰۰۱، CR=۶/۶۹۲، β=-۰/۴۷۹)، خودپشتیبانی (P=۰/۰۰۱، CR=-۹/۵۲۱، β=۰/۶۵۵) و تجربه بیمار (P=۰/۰۰۱، CR=۶/۴۵۲، β=۰/۵۲۷) داشت. در مقابل، مسیرهای مستقیم اعتماد به پرستار به خودپشتیبانی (P=۰/۷۲۳، CR=-۰/۳۵۴، β=-۰/۰۲۶) و اعتماد به پرستار به تجربه بیمار (P=۰/۴۳۳، CR=-۰/۷۸۴، β=-۰/۰۷۲) از نظر آماری معنادار نبودند. همچنین، اثر غیرمستقیم مداخله مذاکره با بیمار بر خودپشتیبانی از طریق اعتماد به پرستار (P=۰/۷۲۵، Z=۰/۳۵۱، β=۰/۰۱۳) و اثر غیرمستقیم آن بر تجربه بیمار از طریق اعتماد به پرستار (P=۰/۴۳۷، Z=۰/۷۷۷، β=۰/۰۳۵) از نظر آماری معنادار نبود. بنابراین، اگرچه مداخله مذاکره با بیمار اثر مستقیم و معناداری بر اعتماد به پرستار، خودپشتیبانی و تجربه بیمار داشت، اما اعتماد به پرستار نقش میانجی معناداری در رابطه بین مداخله و دو متغیر پژوهش، یعنی خودپشتیبانی و تجربه بیمار، ایفا نکرد.

پس از بررسی برازش مدل و برآورد ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم، مدل نهایی معادلات ساختاری با ضرایب استاندارد مسیرها در شکل ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]



شکل ۱. مدل نهایی معادلات ساختاری با ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم و سطح معناداری آن‌ها

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله مذاکره با بیمار اثری مستقیم و معنادار بر اعتماد به پرستار، خودپشتیبانی و تجربه بیمار دارد؛ با این حال، نقش میانجی اعتماد به پرستار در رابطه بین مداخله و دو پیامد مذکور تأیید نشد. این یافته‌ها از یک سو، کارآمدی رویکرد مذاکره در مراقبت‌های پرستاری را تأیید می‌کند و از سوی دیگر، پرسش‌های مهمی را درباره ماهیت و مکانیسم اثرگذاری اعتماد در بستر مداخلات ساختاریافته مطرح می‌سازد. در ادامه، به بررسی تفسیرپذیری این یافته‌ها در چارچوب شواهد موجود و ادبیات علمی پرداخته می‌شود. پیش از بحث درباره یافته‌ها، لازم است به ویژگی‌های منحصربه‌فرد محیط بالینی این مطالعه یعنی بخش اورژانس اشاره شود. اورژانس، محیطی با فشار کاری بالا، زمان محدود تعامل پرستار–بیمار، و ماهیت غیرقابل‌پیش‌بینی مراقبت‌ها می باشد. در چنین فضایی، برقراری ارتباط عمیق و بلندمدت مبتنی بر اعتماد، به‌طور طبیعی با چالش مواجه است. از این رو، مداخلاتی مانند مذاکره ساختاریافته که بتوانند در مدت‌زمان کوتاه (۱۰ تا ۱۵ دقیقه) اثرگذار باشند، از ارزش بالینی بالایی برخوردارند. این ویژگی محیطی، می‌تواند تبیین‌کننده عدم نقش میانجی‌گری اعتماد باشد؛ زیرا در غیاب فرصت کافی برای شکل‌گیری اعتماد عمیق، سازوکارهای مستقیم‌تری مانند احساس توانمندی و مشارکت در تصمیم‌گیری، نقش اصلی را ایفا می‌کنند.

تأثیر مثبت و معنادار مداخله مذاکره با بیمار بر خودپشتیبانی و تجربه بیمار با ادبیات موجود هم‌سو است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تعاملات مبتنی بر مذاکره و تصمیم‌گیری مشارکتی، حس مالکیت و مسئولیت‌پذیری بیمار را تقویت می‌کند و او را به بازیگری فعال در فرایند درمان تبدیل می‌نماید (۱،۴). در رویکرد مراقبت بیمار محور، بیمار به‌عنوان «خبره» تجربه زیسته خود شناخته می‌شود و پرستار با به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی انعطاف‌پذیر، زمینه هم‌افزایی دانش حرفه‌ای و دانش تجربی بیمار را فراهم می‌آورد (۱۶). همچنین، یافته‌ها حاکی از آن است که احساس دیده‌شدن و درک‌شدن توسط پرستار، پیش‌نیازی اساسی برای موفقیت تصمیم‌گیری مشارکتی در مراقبت‌های پرستاری محسوب می‌شود (۱۷). این فرایند، که در آن دیدگاه‌های گاه متضاد پرستار و بیمار به‌بحث گذاشته می‌شود، نه‌تنها به انتخاب راهبردهای درمانی مناسب‌تر کمک می‌کند، بلکه به‌تدریج ظرفیت بیمار را برای خودمراقبتی و خودمدیریتی افزایش می‌دهد (۱۸). همچنین، اثر مستقیم مذاکره بر تجربه بیمار را می‌توان

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

از منظر کاهش اضطراب و عدم قطعیت در بیمار تفسیر کرد؛ بیمارانی که در فرایند تصمیم‌گیری مشارکت دارند، احساس کنترل بیشتری بر وضعیت خود داشته و از فرایند درمان رضایت بالاتری گزارش می‌دهند . این یافته‌ها تأکید می‌کنند که مذاکره، فراتر از یک تکنیک ارتباطی، یک راهبرد توانمندسازی اساسی است که می‌تواند به‌طور مستقیم کیفیت مراقبت را از نگاه بیمار ارتقا بخشد.

با این حال، یافته اصلی این پژوهش، عدم تأیید نقش میانجی اعتماد به پرستار، در نگاه نخست ممکن است با بدیهیات بالینی در تناقض باشد. در شرایطی که مطالعات متعدد بر نقش محوری اعتماد در موفقیت مداخلات خودمدیریتی و بهبود پیامدهای بیمار تأکید کرده‌اند (۱۹, ۲۰)، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در چارچوب مداخله مذاکره، مکانیسم‌های دیگری نیز می‌توانند اثرگذار باشند. در پژوهشی دیگر، اگرچه اعتماد به پرستار به‌عنوان یک میانجی در ارتباط بین مراقبت بیمار محور و رضایت بیمار تأیید شده است، اما هم‌زمان فعال‌سازی بیمار نیز نقش میانجی مستقلی داشته است (۲۰). این یافته نشان می‌دهد که مسیرهای اثرگذاری متعددی می‌توانند هم‌زمان عمل کنند و در شرایط مختلف، وزن هر یک از این مسیرها می‌تواند متفاوت باشد. به‌عبارتی، در مداخلات مذاکره محور که ساختاری توانمندساز و مشارکت‌جو دارند، سازوکارهای شناختی رفتاری نظیر فعال‌سازی بیمار و توانمندسازی روانی، ممکن است بر سازوکارهای رابطه محور نظیر اعتماد غلبه یابند. اعتماد به عنوان یک پدیده رابطه‌ای چندبعدی، بستر مناسبی را برای پذیرش توصیه‌های درمانی و تجربه مثبت بیمار فراهم می‌آورد، اما زمانی که خود مداخله به‌اندازه‌کافی ساختاریافته باشد، ممکن است نیاز به این بستر رابطه‌ای کاهش یابد (۲۱).

نخستین تبیین برای عدم تأیید نقش میانجی اعتماد، به قدرت مستقیم خودِ فرایند مذاکره در غلبه بر نیاز به اعتماد پیشینی بازمی‌گردد. مداخله مذاکره، به‌عنوان یک فرایند تعاملی ساختاریافته، ممکن است به‌خودی‌خود بستری برای شکل‌گیری حس خودکارآمدی و توانمندی در بیمار فراهم آورد، بدون آنکه لزوماً از کانال اعتماد به پرستار عبور کند. به بیان دیگر، خودِ تجربه مشارکت در تصمیم‌گیری و بیان دیدگاه، فارغ از میزان اعتماد فرد به پرستار، می‌تواند بر خودپشتیبانی و تجربه بیمار اثر بگذارد. در این چارچوب، مذاکره به این مثابه عمل می‌کند که بیمار را به بازاندیشی در نقش خود واداشته و استقلال او را در مدیریت بیماری تقویت می‌نماید (۲۲). بنابراین، ممکن است مذاکره به‌عنوان یک مداخله شناختی رفتاری، مسیری موازی و مستقل از اعتماد را برای بهبود پیامدها فعال سازد.

دومین تبیین، به تفاوت ماهوی میان «مداخله مذاکره» و «مراقبت مبتنی بر اعتماد در بستر روزمره» برمی‌گردد. بسیاری از مطالعاتی که نقش میانجی اعتماد را تأیید کرده‌اند، بر روابط مراقبتی بلندمدت و تعاملات روزمره متمرکز بوده‌اند که در طی زمان و از طریق تداوم تماس، رفتارهای مراقبتی مداوم و پاسخگویی پرستار شکل می‌گیرد (۲۳). در مقابل، مطالعه حاضر در بخش اورژانس انجام شده است؛ محیطی که به‌طور طبیعی با تعاملات کوتاه‌مدت، ساختاریافته و وظیفه‌محور مشخص می‌شود. همچنین در مطالعه حاضر، مداخله مذاکره در پژوهش حاضر ممکن است ماهیتی ساختاریافته، هدفمند و نسبتاً کوتاه‌مدت‌تر داشته باشد که در آن، اثرگذاری عمدتاً از طریق سازوکارهای شناختی رفتاری (مانند شفاف‌سازی اهداف، ارائه گزینه‌های درمانی، و توانمندسازی در تصمیم‌گیری) صورت می‌گیرد، نه از طریق بستر رابطه‌ای عمیق مبتنی بر اعتماد که نیازمند زمان و تداوم تعامل است. به‌عبارتی، در مداخلات مذاکره‌محور، «فرایند» مذاکره و «محتوا»ی آن ممکن است از «عاملیت» پرستار به‌عنوان فرد مورد اعتماد مهم‌تر باشد. این تمایز را می‌توان با استعاره «مکانیسم در مقابل بستر» تبیین کرد: مذاکره به‌عنوان مکانیسم عمل می‌کند، درحالی‌که اعتماد اغلب به‌عنوان بستر یا زمینه‌ای برای پذیرش مداخلات عمل می‌نماید؛ زمانی که خود مداخله به اندازه کافی ساختاریافته و توانمندساز باشد، ممکن است نیاز به بستر اعتماد کاهش یابد.

سومین تبیین، به احتمال تأثیر متغیرهای تعدیل‌گر بازمی‌گردد که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. عدم مشاهده نقش میانجی ممکن است ناشی از وجود متغیرهای تعدیل‌گری باشد که رابطه بین مذاکره، اعتماد و پیامدها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. عواملی مانند سابقه بیماری، سطح سواد سلامت، تجربیات پیشین بیمار از نظام سلامت، شدت بیماری، و حتی سبک ارتباطی پرستار می‌توانند در این رابطه نقش داشته باشند. به‌عنوان مثال، در بیمارانی که تجربه منفی از نظام سلامت دارند، اعتماد ممکن است به‌سختی شکل گیرد و مذاکره، مستقل از اعتماد، بتواند اثر مثبت خود را اعمال کند. همچنین،

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

در بیماران با سطح سواد سلامت پایین‌تر، ممکن است اعتماد نقش پررنگ‌تری ایفا کند، درحالی‌که در بیماران با سواد سلامت بالاتر، توانایی درک و مشارکت در مذاکره، مسیر مستقیم‌تری برای بهبود پیامدها فراهم آورد. بررسی این متغیرهای تعدیل‌گر می‌تواند در پژوهش‌های آینده، تصویر دقیق‌تری از روابط میان متغیرها ارائه دهد و به شناسایی زیرگروه‌هایی از بیماران کمک کند که در آن‌ها اعتماد نقش میانجی معناداری ایفا می‌کند.

چهارمین تبیین، به ویژگی‌های ابزارهای سنجش مربوط می‌شود. اگرچه ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش از روایی و پایایی قابل‌قبولی برخوردار بودند، اما ممکن است سنجش اعتماد به پرستار در بستر یک مطالعه مداخله‌ای، با سوگیری‌هایی نظیر «اثر انتظار» یا «تأثیر القای پژوهش» مواجه شده باشد. به‌عبارتی، بیماران در گروه مداخله ممکن است به دلیل آگاهی از حضور در یک مطالعه، صرف‌نظر از محتوای مداخله، تمایل بیشتری به ابراز اعتماد نشان داده باشند که این می‌تواند واریانس مشترک بین متغیرها را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین، ممکن است ابعاد مختلف اعتماد (اعتماد شناختی در مقابل اعتماد عاطفی) به‌شکل متفاوتی با مذاکره و پیامدها مرتبط باشند و ابزار مورد استفاده در این پژوهش نتوانسته است این تمایز را به‌خوبی آشکار سازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، از ابزارهای چندبعدی سنجش اعتماد استفاده شود تا ابعاد مختلف آن به‌تفکیک مورد بررسی قرار گیرند.

با وجود عدم تأیید نقش میانجی اعتماد، اثر مستقیم و قوی مداخله مذاکره بر هر سه متغیر وابسته، پیامدهای بالینی مهمی دارد. این یافته نشان می‌دهد که پرستاران می‌توانند با به‌کارگیری مهارت‌های مذاکره، حتی در موقعیت‌هایی که هنوز اعتماد عمیقی با بیمار شکل نگرفته است (مانند بخش‌های اورژانس، مراقبت‌های کوتاه‌مدت یا اولین ویزیت‌ها)، بهبود قابل‌توجهی در خودپشتیبانی و تجربه بیمار ایجاد کنند. این امر به‌ویژه در سیستم‌های سلامت با منابع محدود که زمان تعامل پرستار بیمار کوتاه است، بسیار ارزشمند محسوب می‌شود. به‌عبارتی، توانمندسازی پرستاران در مهارت‌های مذاکره می‌تواند به‌عنوان یک «مداخله کم‌هزینه و پراثر» تلقی شود که وابستگی کمتری به عوامل زمینه‌ای مانند مدت‌زمان ارتباط یا سابقه آشنایی بیمار با پرستار دارد. بنابراین، نظام‌های سلامت و برنامه‌های آموزشی پرستاری باید به‌طور جدی به گنجاندن آموزش مهارت‌های مذاکره در کوریکولوم‌های آموزشی و برنامه‌های توسعه حرفه‌ای مداوم بیندیشند.

با وجود یافته‌های ارزشمند، این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه است که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرند. نخست، ماهیت مقطعی مطالعه، امکان نتیجه‌گیری درباره روابط علی را با احتیاط مواجه می‌سازد، هرچند که طراحی مداخله‌ای و استفاده از تحلیل کوواریانس تا حدی این محدودیت را جبران کرده است. دوم، حجم نمونه ۷۰ نفری، اگرچه از نظر آماری برای تحلیل‌های انجام شده کافی بوده است، اما ممکن است برای شناسایی اثرات غیرمستقیم با اندازه اثر کوچک، توان آماری کافی نداشته باشد. سوم، انجام پژوهش در یک مرکز درمانی واحد، تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر جمعیت‌ها و بسترهای بالینی محدود می‌کند. چهارم، عدم اندازه‌گیری متغیرهای تعدیل‌گر احتمالی مانند سطح سواد سلامت، سابقه بستری و تجارب پیشین بیمار از نظام سلامت، امکان بررسی دقیق‌تر روابط را فراهم نکرده است. پنجم، پیگیری کوتاه‌مدت پس از مداخله، امکان بررسی پایداری اثرات مداخله را میسر نساخته است.

پژوهش‌های آتی می‌توانند با رفع محدودیت‌های ذکرشده، به درک عمیق‌تری از مکانیسم‌های اثرگذاری مذاکره بر پیامدهای بیمار کمک کنند. انجام مطالعات با طراحی طولی و پیگیری بلندمدت می‌تواند پایداری اثرات مداخله و نیز امکان شکل‌گیری تدریجی اعتماد و نقش میانجی آن در طول زمان را بررسی نماید. همچنین، بررسی متغیرهای تعدیل‌گر نظیر سواد سلامت، سبک دلبستگی بیمار، سبک ارتباطی پرستار و شدت بیماری می‌تواند به شناسایی زیرگروه‌هایی از بیماران کمک کند که در آن‌ها اعتماد نقش میانجی مؤثرتری دارد. انجام پژوهش‌های کیفی برای درک عمیق‌تر از تجربه زیسته بیماران در فرایند مذاکره و نقش اعتماد در این تجربه، می‌تواند بینش‌های ارزشمندی را فراهم آورد. علاوه بر این، طراحی مداخلات تلفیقی که هم‌زمان بر تقویت اعتماد و مهارت‌های مذاکره تمرکز دارند و مقایسه آن با مداخلات مبتنی بر مذاکره صرف، می‌تواند به‌خوبی مشخص سازد که آیا افزودن مؤلفه‌های اعتمادسازی به مذاکره، اثربخشی آن را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد یا خیر.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اگرچه اعتماد به پرستار به‌عنوان یک متغیر مهم در روابط

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

مراقبتی شناخته می‌شود، اما در چارچوب مداخله مذاکره با بیمار، اثرات مثبت این مداخله بر خودپشتیبانی و تجربه بیمار، عمدتاً به‌صورت مستقیم و مستقل از اعتماد اعمال می‌شود. این یافته، ضمن تأکید بر اهمیت مهارت‌های مذاکره در عمل پرستاری، پرسش‌های جدیدی را درباره مرزهای مفهومی و عملیاتی اعتماد در مداخلات ساختاریافته مراقبتی مطرح می‌سازد. به‌نظر می‌رسد در موقعیت‌هایی که مداخله به‌خودی‌خود ساختاری توانمندساز و مشارکت‌جو دارد، سازوکارهای شناختی رفتاری بر سازوکارهای رابطه محور غلبه می‌یابند و مسیر مستقیم اثرگذاری، کارآمدی بالاتری از خود نشان می‌دهد. این بینش می‌تواند به طراحی مداخلات پرستاری کارآمدتر و مبتنی بر شواهد کمک شایانی نماید.

نتیجه گیری

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اگرچه اعتماد به پرستار به‌عنوان یک متغیر مهم در روابط مراقبتی شناخته می‌شود، اما در چارچوب مداخله مذاکره با بیمار، اثرات مثبت این مداخله بر خودپشتیبانی و تجربه بیمار، عمدتاً به‌صورت مستقیم و مستقل از اعتماد اعمال می‌شود. این یافته، ضمن تأکید بر اهمیت مهارت‌های مذاکره در عمل پرستاری، پرسش‌های جدیدی را درباره مرزهای مفهومی و عملیاتی اعتماد در مداخلات ساختاریافته مراقبتی مطرح می‌سازد. به‌نظر می‌رسد در موقعیت‌هایی که مداخله به‌خودی‌خود ساختاری توانمندساز و مشارکت‌جو دارد، سازوکارهای شناختی رفتاری بر سازوکارهای رابطه محور غلبه می‌یابند و مسیر مستقیم اثرگذاری، کارآمدی بالاتری از خود نشان می‌دهد. این بینش می‌تواند به طراحی مداخلات پرستاری کارآمدتر و مبتنی بر شواهد کمک شایانی نماید.

سپاسگزاری

این مطالعه از بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1404.360 از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند استخراج گردیده است. بدین وسیله از کلیه افرادی که ما را در انجام این طرح یاری کردند، سپاسگزاریم.

تضاد منافع

کلیه نویسندگان این مقاله تأیید می کنند که هیچگونه تعارض منافع که بر نتایج یا تفسیرهای ارائه شده در این مطالعه تأثیرگذار باشد، وجود ندارد.

References

1. Chegini Z, Islam SMS. Shared-decision-making Behavior in Hospitalized Patients: Investigating the Impact of Patient's Trust in Physicians, Emotional Support, Informational Support, and Tendency to Excuse Using a Structural Equation Modeling Approach. Journal of Patient Experience. 2021;8:23743735211049661. https://doi.org/10.1177/23743735211049661
2. Alhalal E, Alrashidi LM, Alanazi AN. Predictors of patient-centered care provision among nurses in acute care setting. Journal of Nursing Management. 2020;28(6):1400-9. https://doi.org/10.1111/jonm.13100
3. Xu Y-w, Fan L. Emotional labor and job satisfaction among nurses: The mediating effect of nurse-patient relationship. Frontiers in psychology. 2023;14:1094358. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1094358
4. Gholami M, Talaei AA, Tarrahi MJ, Taqi FM, Galehdar N, Pirinezhad P. The effect of self-management support program on patient activation and inner strength in patients with cardiovascular disease. Patient Education and Counseling. 2021;104(12):2979-88. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.018
5. Duprez V, Van der Kaap-Deeder J, Beeckman D, Verhaeghe S, Vansteenkiste M, Van Hecke A. Nurses' interaction styles when supporting patients in self-management: A profile approach. International Journal of Nursing Studies. 2020;110:103604. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103604
6. İspir Demir Ö, Yilmaz A, Sönmez B. Relationship between care dependency, adverse events, trust in nurses and satisfaction with care: The mediating role of patient-reported missed care. Journal of Advanced Nursing. 2024;80(10):4171-86. https://doi.org/10.1111/jan.16176
7. Lunardi LE, Hill K, Xu Q, Le Leu R, Bennett PN. The effectiveness of patient activation interventions in adults with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. Worldviews on Evidence-

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]

Based Nursing. 2023;20(3):238-58. https://doi.org/10.1111/wvn.12634
8. Graarup J, Højskov IE. Patients' perspective of attending nursing consultations-A pilot and feasibility study. Nursing Open. 2020;7(5):1482-8. https://doi.org/10.1002/nop2.522
9. Botelho RJ. A Negotiation Model for the Doctor-Patient Relationship. Family Practice. 1992;9(2):210-8. https://doi.org/10.1093/fampra/9.2.210
10. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. International Journal for Quality in Health Care. 2002;14(5):353-8. https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353
11. MR S. Validation of the Persian Version of the Picker Patient Experience Questionnaire. Iranian Journal of War & Public Health. 2023;15(2).
12. Brashers DE, Haas SM, Neidig JL. The patient self-advocacy scale: measuring patient involvement in health care decision-making interactions. Health communication. 1999;11(2):97-121. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1102_1
13. Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hamzehgardeshi Z, Hessam S. Psychometric properties of the patient self-advocacy scale: the Persian version. Iranian Journal of Medical Sciences. 2015;40(4):349.
14. Radwin LE, Cabral HJ. Trust in Nurses Scale: construct validity and internal reliability evaluation. Journal of advanced nursing. 2010;66(3):683-9. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05168.x
15. Nooripour R, Habibi M, Ghnabari N, Hossein Zade Oskoei A. An investigation into psychometric properties of trust in nurses scale. Psychometry. 2016;4(15):1-12.
16. Schaepe KS, Lampman MA, Mattson AB, Witwer SG, McCabe PJ. Implementing Patient-Centred Goal-Setting in Practice: Perspectives of Primary Care Nurses. SCANDINAVIAN JOURNAL OF CARING SCIENCES. 2025;39(2). https://doi.org/10.1111/scs.70048
17. Gilstad H. Health literacy in clinical consultations: a case study about patient-nurse communication in a Norwegian rheumatology clinic. Health Literacy and Communication Open. 2025;3(1):2511633. https://doi.org/10.1080/28355245.2025.2511633
18. Kendrick H. Pastoral Practices of Ethical Negotiation: Community Nurses and Implementation of Patient Self-Management. Sociology of Health & Illness. 2025;47(8):e70095. https://doi.org/10.1111/1467-9566.70095
19. Kim MJ, Yoo S-H. Journal of the Korean Medical Association/Taehan Uisa Hyophoe Chi. 2025;68(9).
20. Kim SK, Kim DK, Park Y, Kim WJ, Han S-S, Heo YJ, et al., editors. Effects of a Nurse-Coordinated Transitional Care Service on Self-Management, Functional Status, Psychological, and Patient-Centered Outcomes in Patients with COPD: A Randomized Controlled Trial. Healthcare; 2026: MDPI. https://doi.org/10.3390/healthcare14101365
21. Sharafi S, Esmailzade M, Ghodoosinejad J, Khodadoost M. The Impact of Nurse-Patient Negotiation on Discharge Against Medical Advice and Patient Satisfaction with the Quality of Nursing Care: A Quasi-Experimental Study. Quarterly Journal of Nursing Management. 2025;13(3):64-76.
22. González-García A, Pinto-Carral A, Marqués-Sánchez P, Quiroga-Sánchez E, Bermejo-Martínez D, Pérez-González S. Characteristics of nurse managers' conflict management Competency. A systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2025;81(4):1717-33. https://doi.org/10.1111/jan.16600
23. Al-Suwait FR, Aldhafeeri DD, Al Shammari HA, Alanazi ASAR, Aldhafeeri NG, Alanazi RAK. Nurse-Patient Relationship Dynamics: A Systematic Review of Factors Influencing Treatment Compliance and Health Outcomes in Chronic Disease Management. Journal of International Crisis and Risk Communication Research. 2024;7(S11):871.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-12]