Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 11, Issue 2, Summer 2022

Evaluation of Effectiveness Educational based on Inter-Professional Approach on Rate of Empathy and Inter-Professional Collaboration Among Nurses and Physicians in Emergency Department During the Covid-19 Pandemic

Mirzabeigi M[1*], Mehdi E[2], Mir Mehrabi A[3], Mirzabeigi A[4]

1- Ph.D of Entrepreneurial Management, Department of Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2- Master of Personality Psychology, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3- Master of Personality Psychology, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4- Master of Personality Psychology, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mirzabeigi, M. Ph.D of Entrepreneurial Management, Department of Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
E-mail: Mirzabeigi2012@gmail.com

Abstract

Introduction: Improving the quality of providing health services on the one hand requires the participation and inter-professional cooperation of the care and medical team, and on the other hand, empathy of the care and medical team is considered essential to the provision of quality care. But participation in care and medical team always faces challenges which it has become a serious challenge in the Covid-19 pandemic.

Methods: The cross-sectional research was applied research and research method was quasi experimental with pretest-posttest design and control group. The statistical population of the study consisted of nurses and physicians of Bahman hospital's emergency department with at least 5 years of work experience. That 40 of them were selected by available method and randomly assigned to experimental and control groups (20 in each group). Then, two separate two-day workshops with the same conditions were held for the experimental and control groups, so that the experimental group was given inter-professional training and the control group was given single-professional training. The tool used was readiness for inter-professional learning scale (Parsell & Bligh, 1999) and scale of physician empathy-health professionals (Jefferson et al, 1987). Data were analyzed by ANCOVA in SPSS, Version 26.

Results: The Findings showed that as compared to the nurses and physicians who did not receive this program, nurses and physicians that received this program by using the inter-professional education had a significant impact leading to an increase in the empathy and inter-professional collaboration of the nurses and physicians in emergency department (FEmpathy =20. 846, FInter-professional collaboration =27.184; P<0.0001). The effect of using the inter-professional education on empathy and inter-professional collaboration was 36 and 43 percent.

Conclusions: Therefore, the results showed that inter-professional education lead to significant increase in empathy and inter-professional collaboration among nurses and physicians in emergency department during the Covid-19 pandemic.

Keywords: Inter-professional Education, Empathy, Inter-professional Collaboration, Health Care and Medical Team, Covid-19 Pandemic.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

فصلنامه مدیریت پرستاری مقاله پژوهشی

دوره ۱۱، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱

بررسی اثربخشی آموزش بین حرفه ای بر میزان همدلی و همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکان بخش اورژانس در پاندمی کرونا

محمد میرزابیگی[۱*]، الهه مهدی[۲]، اصغر میرمحرابی[۳]، عارفه میرزابیگی[۴]

۱- دکتری مدیریت کارآفرینی، گروه مدیریت، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲- کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳- کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۴- کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: محمد میرزابیگی، دکتری مدیریت کارآفرینی، گروه مدیریت، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: Mirzabeigi2012@gmail.com

چکیده

مقدمه: ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت از یک طرف مستلزم مشارکت و همکاری بین حرفه ای تیم مراقبت و درمان است و از طرف دیگر همدلی کادر مراقبت و درمان با بیمار از ضروریات ارائه مراقبت و درمان با کیفیت تلقی می شود. در عین حال مشارکت در مراقبت و درمان همواره با چالش هایی مواجه است که این مسأله در پاندمی کووید-۱۹ به مشکلی جدی تبدیل شده است.

روش کار: مطالعه مقطعی حاضر کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه پرستاران و پزشکان بخش اورژانس بیمارستان بهمن با حداقل ۵ سال سابقه کار بودند که ۴۰ نفر از آنها به روش دردسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و بطور تصادفی به گروه های آزمایش و کنترل تخصیص یافتند (هر گروه ۲۰ نفر). سپس دو کارگاه دو روزه مجزا با شرایط یکسان برای گروه های آزمایش و کنترل برگزار شد؛ به گروه آزمایش آموزش بین حرفه ای و به گروه کنترل آموزش تک حرفه ای داده شد. ابزار گردآوری داده ها شامل مقیاس آمادگی همکاری بین حرفه ای RIPLS (بارسل و بلیگ، ۱۹۹۹) و مقیاس همدلی JSPE-HP (جفرسون، ۱۹۸۷) بود. داده ها به روش آنالیز کواریانس تک متغیری و با استفاده از نرم افزار SPSS26 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج یافته ها گویای آن بود که آموزش بین حرفه ای بر همدلی و همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکانی که این برنامه را دریافت کرده بودند در مقایسه با پرستاران و پزشکانی که این برنامه را دریافت نکرده بودند، تأثیر معنی‌داری داشت بطوریکه موجب افزایش ۳۶ درصدی نمره همدلی و افزایش ۴۳ درصدی نمره همکاری بین حرفه ای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد (P<۰/۰۰۰۱; ۲۷/۱۸۴= همکاری بین حرفه ای F, ۲۰/۸۴۶=همدلی F).

نتیجه گیری: نتایج گویای آن بود که آموزش بین حرفه ای منجر به افزایش معناداری در میزان همدلی و همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکان شاغل در بخش اورژانس در پاندمی کرونا شد.

کلیدواژه ها: آموزش بین حرفه ای، همکاری بین حرفه ای، همدلی، کادر مراقبت و درمان، پاندمی کرونا.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

مقدمه

بیمارستان ها مهم ترین نهاد در زمینه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می باشند و بخش اورژانس یکی از ارکان ضروری و اجتناب ناپذیر بیمارستان ها به شمار می آید [۱]. بخش اورژانس از مهم ترین و پرمخاطره ترین بخش های بیمارستان است؛ ماهیت کار در بخش اورژانس به نحوی است که به دلیل حادتر بودن شرایط بیمار، نجات جان بیمار در اولویت قرار می گیرد و باید مراقبت هایی با کیفیت بالا و در کوتاه ترین زمان ممکن ارائه گردد [۲]. بنابراین از یک طرف جایگاه اورژانس در بیمارستان و نظام بهداشتی و درمانی به دلیل لزوم انجام سریع، باکیفیت و مؤثر فرآیندهای متعدد و پیچیده در آن، جایگاهی حساس و استثنائی است [۱] و از طرف دیگر نظر به اینکه اولین تجربه اغلب بیماران از بیمارستان به بخش اورژانس مربوط می شود، ارزیابی و پایش مکرر کیفیت ارائه خدمات و رضایت مراجعین بخش اورژانس به عنوان یکی از شاخص های مهم، ضروری است [۳]. با توجه به پیچیدگی های بخش اورژانس داشتن کادر مراقبت و درمان کارآمد و حرفه ای لازمه مراقبت ایمن، جامع و با کیفیت در این بخش است [۴]. کیفیت مراقبت و درمان و ایمنی بیمار دغدغه ای جهانی در حیطه سلامت و هدف اصلی هر بیمارستانی است [۳] و در پی شیوع کووید-۱۹ و افزایش آمار بیماران بستری طی پاندمی کرونا ، مراقبت ایمن به یکی از دغدغه های اساسی بیمارستان ها در مراقبت از بیماران بالاخص در بخش اورژانس تبدیل شد [۵].

زمینه کرونا ویروس ۲۰۱۹ اولین بار در دسامبر ۲۰۱۹ در شهر ووهان چین شناسایی شد، سپس بیماری در سراسر استان هوبئی و سایر مناطق چین گسترش یافت. بطوریکه دولت چین بطور رسمی در اواخر سال ۲۰۱۹ بروز اپیدمی با یک نوع ویروس جدید از خانواده کرونا را که بعدها کووید-۱۹ نام گرفت، اعلام کرد [۶]. کووید-۱۹ در مدت کوتاهی به یک پاندمی تبدیل شد بطوریکه سازمان بهداشت جهانی در تاریخ ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰ با انتشار بیانیه ای، رسما شیوع کووید-۱۹ را ششمین عامل وضعیت اضطراری بهداشت عمومی در سراسر جهان اعلام نمود [۷]. شیوع کووید-۱۹ که احتمالا دارای منشأ حیوانی است یک نشانگان تنفسی حاد و بسیار شدید است که دارای توانایی شیوع بسیار بالا و انتقال از انسان به انسان است [۶]. آخرین آمار مبتلایان به این ویروس در دنیا تا خرداد ماه سال هزار و چهارصد و ۸۵۲/۰۵۱/۱ نفر می باشد که از این تعداد ۵۸۰/۵۵۹/۸۵ نفر فوت کرده اند و تعداد ۶۰/۵۳۰/۷۹۳ نیز بهبود یافته اند. تعداد مبتلایان به این ویروس در ایران نیز تا خرداد ماه سال هزار و چهارصد ۲۴۹/۵۰۷/۱ نفر می باشد که از این تعداد ۱/۰۲۰/۷۳۷ نفر بهبود یافته اند و ۵۵/۶۵۰ نفر فوت کرده اند.

کارکنان کادر مراقبت و درمان به ویژه پرستاران و پزشکان یکی از گروه های اصلی در خط مقدم مبارزه با شیوع کووید-۱۹ بودند که بصورت خستگی ناپذیری برای محافظت و مراقبت از بیماران، تحت فشار زیاد و با منابع و امکانات ناکافی فعالیت می کردند. قدرت شیوع و کشندگی بالای این ویروس کارکنان کادر مراقبت و درمان را با چالش های متعددی روبرو نمود و نگران هایی را برای آنها به همراه داشت. گزارش نخستین مرگ های منتشر شده از پرستاران و پزشکانی که در حین مراقبت از بیماران آلوده به این ویروس، مبتلا گشته بودند نشانگر خطر بالای ابتلا در بین کادر مراقبت و درمان بود [۸]. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری های چین در زمان شیوع کووید-۱۹ گزارش کرده است که تا ۱۱ فوریه ۲۰۲۰ از ۴۴/۶۷۲ مورد تأیید شده مبتلا به کرونا ویروس، ۱/۷۱۶ نفر آنها کادر مراقبت و درمان بودند. کادر درمان نیز شبیه سایر افراد جامعه با مشکلاتی نظیر آسیب پذیر بودن نسبت به خود بیماری و نیز شایعات و اطلاعات نادرست مواجه بودند که منجر به افزایش سطح اضطراب آنها می شود و این اضطراب زمانی که شاهد مبتلا شدن یا مرگ همکاران خود باشند، به شدت افزایش می یابد [۹]. در این میان بیم آن می رود که افزایش اضطراب و نگرانی های ناشی از مواجهه با چالش های متعددی از جمله؛ هیجانات منفی روانشناختی، روابط بین فردی و خانوادگی، محیط شغلی و سختی کار [۷]، عملکرد کادر مراقبت و درمان را تحت الشعاع قرار داده و از کیفیت خدماتی که ارائه می دهند، بکاهد. در این راستا مهارت ارتباط مؤثر، مراقبان و درمانگران قادر به درک بیمار و ایجاد ارتباط حمایتی از وی می سازد و بر کیفیت مراقبت بهداشتی می افزاید [۱۰].

بسیاری از صاحب نظران حوزه سلامت توانایی برقراری ارتباط صحیح را از مهمترین ویژگیهای کادر مراقبت و درمان دانسته اند [۱۱]. در واقع ارتباط مؤثر عنصر حیاتی و مهم در ارائه مراقبت های درمانی باکیفیت است و استفاده از مهارت-های ارتباطی به عنوان یک ابزار ارزشمند پرستاران

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

و پزشکان را قادر می سازد تا نیازهای بیماران را ارزیابی کنند [۱۰]. سیستم مراقبت های بهداشتی نیاز به توسعه و گسترش مفاهیم خلاقانه و مؤثر در مراقب و درمان بیماران دارد که دستیابی به آن مستلزم داشتن صلاحیت های کلیدی مانند؛ ارتباط مؤثر، کار گروهی و همکاری بین حرفه ای بین متخصصین مراقبت های بهداشتی و پرستاران و پزشکان است [۱]. با توجه به آن که کادر مراقبت و درمان از معدود افرادی هستند که وقتی بیماران تحت فشارهای شدید جسمی و روانی قرار می گیرند، در کنار آنان هستند [۱۲]، مهارت آنان در برقراری ارتباط صحیح و مؤثر با بیمار تأثیر قدرتمندی بر بهبود بیمار داشته، مدیریت مراقبت و درمان بیمار را به حداکثر رسانده، دوره درمان را کوتاه تر نموده و نیاز به منابع را کاهش داده لذا منجر به ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت می شود [۱۳]. بنابراین مهارت های برقراری ارتباط صحیح و مؤثر در مدیریت نظام سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است [۱۰].

از جمله مصادیق ارتباط با بیمار می توان به رفتار کنار بستر اشاره کرد که اصطلاحی گسترده و غیررسمی است و در مورد رفتار کادر مراقبت و درمان با بیماران بکار می رود؛ این اصطلاح به توانایی تأمین، القاء، اعتماد و پاسخگویی به نیازهای عاطفی بیمار اشاره دارد [۱۴]. یکی از عوامل مهم در رفتار کنار بستر همدلی است [۱۳] که در رفتار کادر مراقبت و درمان نسبت به بیمار مشاهده می شود و به برقراری ارتباط صحیح و مؤثر با بیمار اشاره دارد [۱۰]. نظریه همدلی تاریخچه-ای بسیار طولانی و عمیق دارد که به اواخر قرن ۱۹ میلادی باز می گردد؛ کلمه لاتین همدلی از واژه آلمانی Enifuhlung به معنای «ادراک زیبایی» و کلمه یونانی Empatheia که به معنای «فهم عواملی فراتر از خود» است، اقتباس شده است [۱۵]. فرهنگ لغت آکسفورد همدلی را به عنوان «قدرت فرافکندن شخصیت خود در موضوع مورد تفکر» و فرهنگ لغت بریتانیکا همدلی را «توانایی تصویرسازی خود به جای دیگری و فهم احساسات، تمایلات و ایده های فرد دیگر» تعریف می کند [۱۲]. بنابراین در تعاریف اولیه، همدلی به عنوان «درونی کردن عواطف فرد دیگری که توسط مشاهده یا خودفرافکنی مشخص می شود»، مفهوم سازی شده است [۱۴]. همدلی مفهومی پیچیده و چندبعدی است که دارای مؤلفه های؛ عاطفی (توانایی تجربه و شناسایی عواطف)، اخلاقی (انگیزه درونی برای همدلی کردن)، شناختی (توانایی شناسایی و درک تجربه بیمار) و رفتاری (توانایی انتقال درک همدلی به بیمار) می باشد [۱۶] که از بین این مؤلفه ها، مؤلفه های شناختی و رفتاری به عنوان آسانترین مؤلفه ها برای برنامه ریزی اجرای مداخلات آموزشی شناخته شده اند [۱۵].

از نظر کارل راجرز (۱۹۳۱) و در نظریه شخصیتی او که بر این اساس یک رویکرد تحولی نسبت به درمان با عنوان «رویکرد مراجع محور» را پایه گذاری نمود، همدلی احساس کردن دنیای مددجو است بگونه ای که گویی این حس از آن فرد همدل است [۱۶]. اساس نظریه راجرز بر این اصل استوار است که اگر درمانگر بتواند نوع مشخصی از رابطه (همدلی) را فراهم سازد، بیمار باطنا توانایی خودش را آشکار می سازد تا این رابطه را برای رشد و تغییر بکار ببرد تا درمان تأثیر بسزاتری داشته باشد [۱۲]. نظرات راجرز در سال ۱۹۷۳ توسط کوری تکمیل گردید؛ به اعتقاد وی یکی از وظایف حساس درمانگر درک احساسات و تجربه بیمار است. البته این عقیده که همدلی نقش مهمی در ارتباط بین بیمار و پزشک ایفا می کند اولین بار توسط پیابادی در سال ۱۹۲۷ بیان گردید [۱۷]. نظریه پردازان حوزه سلامت از جمله تراولبی، پترسون زدراد، کینگ، کوهوتین و هندرسون نیز به مفهوم همدلی پرداخته اند و روابط پزشکان و پرستاران با بیمار را یک معامله ذهنی به همراه همدلی و تبادل نظر و بحث انسانی توصیف می کنند که اساس و شالوده مراقبت و درمان را تشکیل می دهد [۱۸]. هاستون معتقد است شیوه ای که پزشک با بیمار ارتباط برقرار می کند تأثیر قدرتمندی بر بهبود او دارد؛ پزشکان عاملان درمانی هستند که از طریق فرآیندهایی که بر سلامت بیمار اثرگذار است بر روند بهبودی بیمار تأثیر می گذارند. پزشکان نمی توانند بدون این که از طریق پل همدلی وارد دنیای بیمار شوند بطور کامل بیمار را درک کنند [۱۷].

بنابراین همدلی یکی از مهارت های اصلی کارکنان حوزه سلامت بوده بطوریکه مراقبان و درمانگران با کمک این مهارت قادر به درک بیمار بوده و می توانند با آنان ارتباطی حمایتی برقرار کنند [۱۰]. همدلی همچنین از مؤلفه های اساسی کیفیت مراقبت بهداشتی محسوب می شود بطوریکه انجمن پزشکی آمریکا همدلی را به عنوان یکی از ۱۳ شایستگی بالینی برشمرده که باید در دانشکده های پزشکی و پیراپزشکی آموزش داده شود [۱۶]. تعاریف متعددی بر مبنای تفاوت در میزان تأکید بر سه عنصر اصلی در

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

همدلی یعنی؛ «سهیم شدن در حالت هیجانی بیمار»، «فهم آشکار حالت هیجانی بیمار» و «درک رفتارهای اجتماعی وی» از همدلی پزشک با بیمار ارائه شده است [۱۳]. البته باید توجه شود که اگرچه همدلی مبتنی بر توانایی فهم تجربیات درونی بیمار است اما همدلی بواسطه پاسخ های عاطفی مشخص می شود که ریشه های آن به روابط و تجربیات گذشته فرد باز می گردد [۱۸].

دستیابی به همدلی هنگامی برای پرستاران و پزشکان محقق می شود که بتوانند بصورت موقت در زندگی فردی بیمار زندگی کنند. از عواملی که پرستاران و پزشکان را در دستیابی به همدلی در روابط خود با بیمار کمک می کند، می توان به حرکت آرام در درون دنیای ذهنی بیمار بدون انجام قضاوت، درک و احساس معانی ای که بیمار به ندرت از آنها آگاهی دارد و بیان احساساتی که پرستار یا پزشک از تجربه دنیای درون بیمار دارد، اشاره کرد [۱۹]. پرستار یا پزشک احساس خود را با بیمار در میان می گذارد و توسط پاسخ هایی که از بیمار دریافت می کند، هدایت و راهنمایی می شود؛ اینگونه همراهی کردن با بیمار به این معنی است که پرستار یا پزشک بر ارزش ها و دیدگاه هایی تکیه می کند که بتواند از طریق آنها بدون هیچگونه پیش داوری وارد دنیای درونی بیمار شود [۱۸].

با توجه به آنکه ارتباط یک فرآیند دو طرفه است که دارای مؤلفه های کلامی و غیرکلامی است و تمرکز بیشتر بر محتوای کلامی و نادیده گرفتن مؤلفه های غیرکلامی موجب کاهش تأثیر ارتباط می شود. بنابراین یک ارتباط به ظاهر ساده ممکن است به دلیل پیچیدگی کل فرآیندهای درگیر کاملا چالش برانگیز باشد [۱۰]. در این راستا بازشناسی نشانه های غیرکلامی، بیان آشکار احساسات بیمار، نگرانی ها و تجربیات او عنصری مهم در ایجاد تفاهم بین پرستار و پزشک با بیمار هستند که یکی از ابعاد اصلی روابط همدلانه را تشکیل می دهند [۲۰]. توانایی پرستار و پزشک در رمزگشایی نشانه های غیرکلامی یکی از عوامل مهم در شکل گیری روابط همدلانه با بیمار است؛ به منظور فهم بهتر پویایی های بین شخصی در روابط پرستار و پزشک با بیمار، پزشکان باید تلاش کنند برای درک بیمار فراتر از گوش و چشم آناتومیک به دنیای درونی وی ورود پیدا کنند [۱۵].

نتایج پژوهش ها گویای آن است که مدل های مراقبتی که در آن پزشک و بیمار فهم متقابلی را از یکدیگر ایجاد می کنند، نتایج بسیار مثبتی را در زمینه درمان مشکلات سلامت بیمار بوجود آورده اند که این امر به عنوان عنصر اساسی رضایت بیمار از مراقبت پزشکی محسوب می شود [۲۱]. بنابراین همدلی می تواند فرآیند مداوای پزشکی را بهبود بخشد؛ هنگامی که بیماران احساس کنند پزشکان آنان را درک کرده اند، احتمال بیشتری دارد که از توصیه های درمانی آن ها پیروی نماید [۱۹]. نتایج پژوهش ها نشان می دهند هرگاه بیماران از مراقبت عاطفی پزشکان خود راضی باشند حتی اگر از نتایج درمان رضایت نداشته باشند، کمتر علیه پزشک اقامه دعوای تخلف پزشکی می کنند و این امر نشان می دهد متخصصان پزشکی می توانند نقش مهمی را در کمک به بیماران برای مقاومت در برابر ویرانی عاطفی ایفا نمایند [۲۲]. البته باید توجه شود که همدلی در مراقبت و درمان بیمار فرآیندی دو سویه است که هم بیمار و هم پزشک در آن مؤثر هستند. بنابراین اساسا درک همدلانه باید سبب تشویق بیمار به همکاری بیشتر با درمانگر شود و سبب برانگیختن این احساس در بیمار شود که درمانگر قادر است دنیای ذهنی بیمار را هماهنگ با احساسات خودش درک کند و در عین حال مجزا بودن خودش را از دست ندهد [۲۰]. نتایج برخی دیگر از مطالعات نشان دادند که هنگامی که روابط همدلانه بین پزشک و بیمار شکل می‌گیرد پزشک چنان تأثیر قدرتمندی بر نتایج درمان دارد که این نتایج مشابه با اثراتی است که دارونما بر روی بیمار می گذارد؛ در واقع وقتی پزشکان بصورت غیرکلامی با بیماران هماهنگ می شوند، بیماران احساس راحتی بیشتری کرده و شرح حال کامل تری می دهند و مشکلات خود را انکار یا پنهان نمی کنند [۲۱]. نتایج مطالعه دیگری نیز نشان داد که همدلی یکی از مؤلفه های اساسی کیفیت مراقبت بهداشتی محسوب می شود که رضایت بیمار را به همراه دارد و رضایت، سازگاری و انطباق بیشتر بیمار با طرح درمان و افزایش انگیزه وی برای مشارکت فعال در درمان، پیشرفت درمان و بهبود نتایج بالینی، کاهش طول دوره درمان و کاهش مطالبات مالی و کاهش نیاز به منابع را در پی دارد [۲۳]. نتایج پژوهش دیگری گویای آن بود که حمایت های اجتماعی ادراک شده منجر به افزایش همدلی با بیماران می شود و اعتماد و افشاگری را در بیماران تسهیل نموده و مستقیما اثربخشی درمان را افزایش می دهد [۲۴]. چنانکه گفته شد ایمنی بیمار و کیفیت ارائه خدمات به عنوان دو شاخص مهم سیستم های سلامت مطرح هستند

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

و بهبود و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت و ایمنی بیمار مستلزم همکاری شایسته در کار تیمی است و عواملی مانند؛ ارتباطات، آگاهی موقعیتی، رهبری، وضوح نقش و آموزش باعث تغییر و بهبود نگرش به همکاری می شود یعنی با افزایش درک مشترک و کاهش اختلاف نظر و تعارض در ادراکات افراد، می توان همکاری بهتری در مراقبت و درمان بیمار ایجاد کرد [۲۵]. در این راستا سازمان جهانی بهداشت در گزارش ۲۰۱۰ آزموش بین حرفه ای و همکاری بین حرفه ای را به عنوان یکی از راهکارهای تحقق ایمنی بیمار و ارائه خدمات بیمارمحور تعریف کرده است [۲۶]. همکاری بین حرفه ای مفهوم چندبعدی و پیچیده است که تحقق آن نیازمند رشد زیرتوانمندی های مختلف است [۲۵]. در گزارش سازمان جهانی بهداشت آموزش بین حرفه ای فرآیندی تعریف شد که توسط آن گروهی از دانشجویان یا پرسنل در حوزه سلامت با زمینه-های آموزشی متفاوت در طول یک دوره مشخص با یکدیگر آموزش داده می شوند بگونه ای که از طریق تعامل بین حرفه ای دستیابی به خدمات ارتقاء سلامت، پیشگیری، درمان، توانبخشی و سایر خدمات بهداشتی تسهیل می گردد [۲۷].

همکاری بین حرفه ای در حوزه سلامت فرآیندی است که در آن حرفه های مختلف سلامت با تخصص های متفاوت در کنار بیمار و خانواده هایشان در تعاملی مبتنی بر مشارکت، شناخت و وابستگی متقابل، اعتماد، درک و احترام متقابل، هدف گذاری مشترک، به اشتراک گذاشتن اطلاعات، مسئولیت و قدرت در تصمیم گیری ها و حل مسأله در جهت دستیابی به بهترین و مؤثرترین پیامد برای بیمار با هم تلاش و همکاری می کنند [۲۸].

همکاری بین حرفه ای پزشکان و پرستاران مسأله مهمی است و به معنی مشارکت در کار، به اشتراک گذاشتن مسئولیتها در حل مشکلات و تصمیم گیری برای ارائه برنامه های مراقبت از بیمار می باشد [۲۶]. کار تیمی می تواند منجر به ارتقاء پیامدهای بیمار و کاهش هزینه های بیمارستانی، افزایش رضایت شغلی در پزشکان و پرستاران و حفظ ایمنی بیمار شود. در مقابل ارتباط ضعیف یا نامناسب بین پزشک و پرستار می تواند منجر به ایجاد حالت تعارض مزمن بین آن ها و در نتیجه افزایش خطاهای پزشکی و پیامدهای ضعیف در بیماران شود [۲۹]. به علاوه ارتباطات بین حرفه ای نامناسب بین پزشکان و پرستاران می تواند با کاهش تعداد پرسنل سلامت به دنبال ترک خدمت آن ها ارتباط داشته باشد [۲۵]. تعاملات بین حرفه ای مشارکتی، عامل کلیدی در عملکرد تیم مراقبتی و تأثیر آن در دستیابی به یک هدف مشترک می باشد. مشارکت و همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکان برای ارتقاء برآیندهای بیمار و کیفیت ارائه خدمات بهداشتی ضروری است اما مشارکت در تیم مراقبت و درمان بصورتی که مرزهای حرفه ای در آن حفظ شود، همواره با چالش هایی نظیر ارتباطات ضعیف، اختلافات قدرت، بی احترامی و تعریف نامشخص از نقش ها مواجه است [۲۷].

مطالعات مربوط به نگرش پرستاران و پزشکان به همکاری بین حرفه ای نتایج متفاوتی به همراه داشته است؛ نتایج پژوهشی نشان دهنده نگرش مثبت پرستاران و پزشکان نسبت به همکاری بین حرفه ای بود [۳۰]. در پژوهش دیگری به نظر می رسید پرستاران در مقایسه با پزشکان نگرش مثبت تری نسبت به همکاری بین حرفه ای داشته باشند [۲۹]. نتایج پژوهش دیگری مبین آن بود که برای بهبود ارتباط حرفه ای پزشک و پرستار نیاز به توجه بیشتر به نقش های حرفه ای و استقلال پرستاران، گنجاندن دروس بین حرفه ای در برنامه درسی پزشکی و پرستاری و ایجاد روحیه کار تیمی در پزشکان و پرستاران می باشد [۳۰]. پژوهش دیگری نشان داد که پایبندی به ارزش های بین حرفه ای در بین فراگیران نقش اساسی در توسعه ارائه خدمات تیم محور و ارتقاء و بهبود و کیفیت خدمات سلامت دارد [۳۱]. مشارکت و همکاری بین حرفه ای بین پرستاران و پزشکان برای ارتقاء برآیندهای بیمار و کیفیت ارائه خدمات بهداشتی ضروری است اما مشارکت در تیم درمان و مراقبت با چالشهایی همراه است که از طریق آموزش بین حرفه-ای برطرف می شود [۳۲]. پژوهش دیگری نشان می دهد که راندهای بین حرفه‌ای، تدوین شیت‌های هدف‌گذاری مشترک بین حرفه‌ای، تهیه دستورالعمل‌ها و همچنین ابزارهای سنجش عملکرد تیمی و پایش آنها می‌تواند در ارتقاء همکاری بین حرفه‌ای مؤثر باشد و پیامدهای بیماران را بهبود بخشد [۳۳]. پژوهش دیگری با تأکید بر اینکه همکاری بین‌حرفه‌ای به عنوان یکی از اجزای مهم تأمین ایمنی بیمار شناخته شده است، نشان می دهد که با آموزش همکاری بین‌حرفه‌ای کارکنان بخش سلامت می توان عملکرد بین حرفه ای آنان را بهبود بخشید [۳۴]. نتایج پژوهش دیگری گویای آن است که برنامه آموزش بالینی استاندارد می‌تواند به استانداردسازی شایستگی‌های

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

پرستاران فارغ‌التحصیل و افزایش همکاری بین حرفه ای آن ها کمک کند [۳۵]. پژوهش دیگری نیاز و ضرورت درک آموزش بین حرفه ای و همکاری در بین دانشجویان پرستاری و پزشکی مطرح می نماید [۳۶]. در پژوهش دیگری نیز با مطرح کردن بعد زمان در همکاری بین حرفه ای نظریه جدیدی برای اقدام و عمل در مراقبت از بیمار مطرح می شود [۳۷].

با توجه به پیچیدگی های بخش اورژانس عملکرد تیمی و بین حرفه ای لازمه مراقبت ایمن و جامع در این بخش می باشد [۲]. کار تیمی شامل تصمیم گیری مشترک و به اشتراک گذاشتن اطلاعات، پیوستگی گروهی، هویت جمعی، مسئولیت مشترک جمعی، شفافیت در اهداف، نقش ها و وظایف، هماهنگی، ارتباط مؤثر تیمی، اعتماد و احترام متقابل، درک متقابل نقش ها و توانایی حل تضادها و فقدان تعاضات ماندگار و تلفیق کارها است [۳۸]. شاخص های عملکرد تیمی مانند کیفیت ارتباطات و تعاملات، میزان به اشتراک گذاشتن اطلاعات و مسئولیتها، تصمیم گیری مشترک و حل مسأله و تضاد به میزان زیادی بر پیامدهای بیماران تأثیرگذار است، از سوی دیگر عملکرد تیم و پویایی آن به درک و احترام متقابل، ارزش نهادن به تخصص ها، ارزش ها، نگرش ها و مهارت های منحصر بفرد تک تک اعضاء تیم، جو روانی ایمن و حمایت کننده که به تک تک اعضاء تیم اجازه می دهند به راحتی نظرات خود را مبتنی بر تخصص و دانش خود بیان کنند، بستگی دارد [۳۳]. فقدان جو ایمن و حمایت کننده ممکن است بسیاری از اطلاعات مهم به اشتراک گذاشته نشود و در نتیجه میزان خطاها و اشتباهات افزایش یابد [۳۶].

با توجه به اهمیت همکاری بین حرفه ای در ارائه مراقبت ایمن و جامع و درمان کارآمد، یکی از استراتژی ها و راهکارهای دستیابی به همکاری بین حرفه ای، آموزش بین حرفه ای است [۲۹]؛ آموزش بین حرفه ای به عنوان یکی از رویکردهای نوین آموزشی در نظام سلامت و یکی از روش های آموزشی است که باعث افزایش همکاری بین حرفه ای و بهبود کیفیت مراقبت از بیمار می شود [۳۹]. در آموزش بین حرفه ای بر یادگیری و ارتقاء مهارت فراگیران تا رسانیدن آنان به توانمندی اجرای موفقیت آمیز و مؤثر آن مهارت تأکید شده است [۴۰]. آموزش بین حرفه ای نوعی آموزش است که افراد از هم، با هم و درباره هم برای افزایش همکاری و بهبود مراقبت از بیمار یاد می گیرند [۳۹]. سازمان بهداشت جهانی آموزش چندحرفه ای را برای آموزش بین حرفه ای بکار برد و آن را فرآیندی تعریف کرد که توسط آن دانشجویان یا کارکنان حرفه های سلامت با زمینه های آموزشی متفاوت در طول یک دوره معین بصورت تعاملی با یکدیگر به یادگیری می پردازند تا از طریق افزایش همکاری ها به ارائه خدمات ارتقاء سلامت، پیشگیری، درمان، توانبخشی و سایر خدمات بهداشتی بپردازند [۴۱]. نتایج مطالعات مختلف اثربخشی این نوع آموزش را تأیید کرده اند؛ در این راستا در پژوهشی تأثیر معرفی مفاهیم آموزش بین حرفه ای بر نگرش دانشجویان رشته های مختلف مراقبت های بهداشتی به همکاری بین حرفه ای به تأیید رسید [۲۷]. در پژوهش دیگری چگونگی تأثیر آموزش بین حرفه ای بر ادراکات دانشجویان از همکاری در محیط های بالینی تشریح شد [۲۸]. پژوهش دیگری اثربخشی آموزش بین حرفه ای را در دانشگاه گونما به عنوان مرکز همکاری سازمان جهانی بهداشت ارزیابی نمود [۲۹]. در پژوهش دیگری تأثیر آموزش بین حرفه ای بر کار تیمی، مهارت های ارتباطی و کیفیت مراقبت های بهداشتی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه اثبات می‌شود [۴۲]. پژوهش دیگری نیز تأثیر آموزش بین حرفه ای در محیط های یادگیری بالینی بر عملکرد کادر درمان از یک مطالعه طولی ارزیابی شده و به اثبات می رسد [۴۱]. همچنین در پژوهشی اثربخشی آموزش بین حرفه ای را بر تغییر نگرش دانشجویان علوم سلامت به یادگیری و همکاری بین حرفه ای به تأیید رسید [۲۶].

با توجه به مطالب اخیر مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه موضوع مطالعه حاضر گویای آن است که تمرکز پژوهش های انجام شده پیرامون همدلی با بیمار بر پزشکان و تمرکز پژوهش های انجام شده پیرامون همکاری بین حرفه ای بر پرستاران بوده است. با توجه به پیچیدگی های بخش اورژانس و تأثیر مهارتهای ارتباطی چه از نوع ارتباط مؤثر و درک بیمار توسط پرستاران و پزشکان و چه از نوع همکاری شایسته پرستاران و پزشکان و افزایش درک مشترک و کاهش اختلاف نظر و تعارضات در ادراکات پیرامون ارائه مراقبت های درمانی ایمن، جامع و باکیفیت، بررسی بطور مجزا محدودیت هایی ایجاد می کند لذا مطالعه حاضر در جهت رفع این محدودیت ها کادر مراقبت و درمان (پرستاران و پزشکان) را همزمان در نظر گرفته است. با توجه به آنکه تاکنون پژوهشی با محوریت اثربخشی آموزش بین

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

حرفه ای بر میزان همدلی و همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکان بخش اورژانس در پاندمی کرونا در داخل و خارج از کشور مورد مداقه قرار نگرفته است، خلاء پژوهشی در این زمینه به وضوح حس می شود که این مسأله انگیزهای برای انجام مطالعه حاضر شد.

در این راستا بیمارستان بهمن به عنوان یکی از بیمارستان های پیشگام در توسعه آموزش بین حرفه ای، مطالعاتی را در این زمینه طرح ریزی و اجرا کرده است تا با اجرا و انتشار پیامدهای مطالعات مذکور و قرار دادن در معرض نقد صاحب نظران به توسعه آموزش بین حرفه ای و در نتیجه ارتقاء فرهنگ کار تیمی در حوزه سلامت و درمان کمک کند و سطح کیفیت مراقبت و درمان و ایمنی بیمار را در این بیمارستان بهبود و ارتقاء بخشد. در این راستا مطالعه حاضر نیز با هدف بررسی اثربخشی آموزش بین حرفه ای بر میزان همدلی و همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکان بخش اورژانس این بیمارستان در پاندمی کرونا طراحی و اجرا شد.

روش کار

مطالعه حاضر کاربردی و از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل بود که در بیمارستان بهمن تهران اجرا شد. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمام پرستاران و پزشکان بخش اورژانس بیمارستان بهمن با حداقل ۵ سال سابقه کار بودند که تجربه بالینی از ارتباط با بیمار و همکاران را در شرایط اورژانس داشتند. با توجه به آن که در روش پژوهش آزمایشی، حجم نمونه برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است [۴۳]، حجم نمونه بر اساس نموگرام بلند- آلتمن و بر اساس توان آزمون و اندازه اثر مشاهده شده در مطالعات مشابه پیشین [۲۶] و با در نظر گرفتن حداکثر انحراف معیار ۱۰، سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۹۰٪ و اندازه اثر ۸۰٪ تعداد ۱۵ نفر برآورد شد که با احتساب احتمال ریزش ۳۰ درصدی، در نهایت حجم نمونه ۲۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد و نمونه گیری به روش دردسترس اجرا شد و ۴۰ نفر از پرستاران و پزشکان واجد معیارهای ورود به مطالعه در قالب دو گروه ۲۰ نفره به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. در ادامه یکی این گروه ها بصورت تصادفی به گروه کنترل و گروه دیگر به گروه آزمایش اختصاص داده شد. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از؛ پرستار یا پزشک بخش اورژانس بودن، داشتن سابقه کار حداقل ۵ سال و حضور فعال در طرح آموزشی مطالعه. از جمله ملاک های خروج از مطالعه نیز می توان به عدم رضایت از ادامه حضور در مطالعه، عدم حضور کامل و فعال در طرح آموزشی مطالعه و شرکت در دوره ها و کارگاه های آموزشی موازی اشاره کرد.

ابزار اندازه گیری در مطالعه حاضر شامل ۲ مقیاس به شرح ذیل بود:

۱. مقیاس همدلی جفرسون (JSPE-HP): این مقیاس که در سال ۱۹۸۷ توسط جفرسون و همکاران با ۴۵ گویه برای سنجش میزان رفتارهای همدلانه کادر مراقبت و درمان با بیمار است که بر اساس نظریه همدلی کارل راجرز و بصورت یک مقیاس خوداظهاری تدوین و توسعه داده شده است و در سال ۱۹۹۵ توسط گروهی از محققین دانشگاه توماس جفرسون به سرپرستی دکتر حجت مورد بازبینی قرار گرفت. پرسشنامه نهایی دارای ۲۰ گویه و ۳ خرده مقیاس است؛ خرده مقیاس اول «اتخاذ دیدگاه » بوده ۱۱ گویه دارد، خرده مقیاس دوم «مراقبت همدلانه » بوده ۷ گویه دارد و خرده مقیاس سوم «خود را به جای بیمار نهادن » بوده ۲ گویه دارد. گویه های این مقیاس در سطح سنجش لیکرت ۵ درجه ای از کاملا مخالفم (کد ۱) تا کاملا موافقم (کد ۵) طراحی شده اند بنابراین امتیاز در کل مقیاس از ۲۰ تا ۱۰۰، در خرده مقیاس «اتخاذ دیدگاه» از ۱۱ تا ۵۵، در خرده مقیاس «مراقبت همدلانه» از ۷ تا ۳۵ و در خرده مقیاس «خود را به جای بیمار نهادن» از ۲ تا ۱۰ تغییر می یابد که نمرات بالاتر مبین درک و همدلی بیشتر کادر مراقبت و درمان با بیمار است. همچنین میانگین کلی مقیاس (۵۰) به عنوان نقطه برش یا حد متوسط در نظر گرفته شده است به این معنی نمرات مساوی و بالاتر از میانگین مبین میزان همدلی مطلوب و نمرات پائین تر از آن گویای نامطلوب بودن میزان همدلی است. حجت و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه اولیه این مقیاس را روانسنجی نموده و پایایی و روایی آن را تأیید کردند؛ میزان ضریب آلفا کرونباخ در پایایی یابی به روش انسجام درونی ۰/۹۰ گزارش شد [۴۴]. نسخه فارسی این مقیاس در مطالعه ای که در دانشگاه علوم پزشکی کرمان توسط هاشمی پور و کرمی (۱۳۹۰) انجام شد مورد روانسنجی قرار گرفت و میزان انسجام درونی به روش آلفا کرونباخ ۰/۸۳ و ضریب ICC در ارزیابی مجدد آزمون ۰/۸۲ گزارش شد و به تأیید رسید [۴۵].

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

۲. مقیاس آمادگی برای همکاری بین حرفه ای (RIPLS): این مقیاس که در سال ۱۹۹۹ توسط پارسل و بلیگ در دانشگاه لیورپول برای سنجش تمایل و نگرش فراگیران علوم سلامت برای یادگیری و همکاری بین حرفه ای طراحی شد، یک مقیاس خوداظهاری با ۱۹ گویه و ۳ خرده مقیاس است که بر اساس تئوری یادگیری بزرگسالان و تئوری های روانشناختی اجتماعی تدوین و توسعه داده شده است. خرده مقیاس اول که به «همکاری و کار تیمی» اختصاص دارد، حاوی ۹ گویه بوده و به اندازه گیری و سنجش ابعاد درک اهمیت و اثربخشی کار تیمی و ارتباطات مؤثر بین حرفه ای می پردازد. خرده مقیاس دوم که به «هویت حرفه ای » اختصاص دارد، حاوی ۷ گویه بوده و به اندازه گیری و سنجش ارزش های حرفه ای، باورها و نگرش های مثبت و منفی که حرفه ها نسبت به خود و دیگر حرفه ها دارند می پردازد. خرده مقیاس سوم که به «نقش ها و مسئولیت ها » اختصاص دارد، حاوی ۳ گویه بوده و به اندازه گیری و سنجش شناخت افراد از نقش ها، مسئولیتها و محدودیتهای خود و دیگر حرفه ها می پردازد. گویه های این مقیاس در سطح سنجش لیکرت ۵ درجه ای از کاملا مخالفم (کد ۱) تا کاملا موافقم (کد ۵) طراحی شده اند بنابراین امتیاز در کل مقیاس از ۱۹ تا ۹۵، در خرده مقیاس «همکاری و کار تیمی» از ۹ تا ۴۵، در خرده مقیاس «هویت حرفه ای» از ۷ تا ۳۵ و در خرده مقیاس «نقش ها و مسئولیتها» از ۳ تا ۱۵ تغییر می یابد که نمرات بالاتر مبین آمادگی بیشتر برای همکاری بین حرفه ای است. همچنین میانگین کلی مقیاس (۴۷/۵) به عنوان نقطه برش یا حد متوسط آمادگی در نظر گرفته شده است. پارسل و بلیگ (۱۹۹۹) در مطالعه اولیه این مقیاس را روانسنجی نموده و پایایی و روایی آن را تأیید کردند؛ میزان ضریب آلفا کرونباخ در پایایی یابی به روش انسجام درونی ۰/۹۰ گزارش شد [۴۶]. نسخه فارسی این مقیاس در مطالعه ای که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان توسط ایرج پور و همکاران (۱۳۹۰) انجام شد مورد روانسنجی قرار گرفت و میزان انسجام درونی به روش آلفا کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شد و به تأیید رسید [۴۷]. میزان پایایی نسخه فارسی این مقیاس در مطالعه ای که در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) توسط خسروی شوب و همکاران (۱۳۹۸) انجام شد به روش آزمون- بازآزمون بین ۰/۷۶ گزارش شد و به تأیید رسید [۲۶].

برنامه مراخله ای در مطالعه حاضر مشتمل بر دو کارگاه تعاملی دو روزه مجزا و با شرایط یکسان برای هر دو گروه آزمایش و کنترل بود؛ به گروه آزمایش آموزش بین حرفه- ای و به گروه کنترل آموزش تک حرفه ای داده شد. این کارگاه ها با روش بحث در گروه های کوچک و مبتنی بر سناریو و حل مسأله در دو بخش نظری و عملی برگزار شد، روز اول شامل ارائه مبانی نظری و روز دوم شامل برگزاری مانور دورمیزی مبتنی بر سناریوهای موقعیت های بحرانی بود. محتوای آموزشی کارگاه آموزش بین حرفه ای مبتنی بر اصول ارتباطات، تعاملات و همکاری بین حرفه ای و چالشهای مرتبط با ارائه مراقبت تیمی بوده و بر اساس مطالعات قبلی در این زمینه طراحی و با نظرخواهی از ۵ نفر از اساتید آموزش پزشکی که در حوزه آموزش بین حرفه ای تخصص داشتند، اعتباریابی شد. نحوه اجرای کارگاه مبتنی بر الگوی دانشگاه برتیش کلمبیا در زمینه آموزش بین حرفه ای بود که با محوریت تعامل، گفتمان و بازاندیشی اجرا شد. به این ترتیب که ضمن ارائه مبانی تعاملات و همکاری بین حرفه ای، سناریوهایی در خصوص چالشهای ارتباطی و همکاری های بین حرفه ای در تیم های مراقبتی و درمانی ارائه شد. سپس پرستاران و پزشکان در گروه های کوچک و در قالب تیم های بین حرفه ای به بررسی سناریوهای مربوطه پرداخته و در تعاملی سازنده و هدفمند راهکارهای خود را در خصوص حل چالش هایی که در سناریوها مطرح شده بود ارائه دادند و راهکارهای ارائه شده در هر تیم به تمامی تیم ها ارائه شد و مورد بازاندیشی و بحث مجدد قرار گرفت. طی این فرآیند پرستاران و پزشکان با نقشها و مسئولیت های حرفه ای یکدیگر و شیوه حل مسائل در تعاملات و همکاری های بین حرفه ای در تیم های مراقبتی و درمانی آشنا شدند. نهایتا در انتهای زمان برگزاری مانور هر تیم گزارش نهایی خود را به تیم های دیگر ارائه داده و تیم ها عملکرد یکدیگر را مورد نقد و بازاندیشی قرار داده و جمع بندی نهایی برای هر سناریو ارائه و ثبت شد. محتوای مذکور طی ۲ جلسه ۴ ساعته طی یک هفته ارائه شد. محتوای برنامه آموزش بین حرفه ای مذکور در (جدول ۱) ارائه شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

جدول ۱. محتوای برنامه آموزش بین حرفه ای به تفکیک جلسات

جلسه	محتوای برنامه آموزشی	مدت زمان	موضوع	مدت زمان	شیوه ارائه
اول	ارائه مبانی نظری	۴ ساعت	معرفی برنامه و اهداف کارگاه	۲۰ دقیقه	سخنرانی تعاملی با محوریت موقعیتهای بحرانی کرونایی در اورژانس
			مقدمه و نمایش فیلم	۳۰ دقیقه	نمایش فیلم با محوریت موقعیتهای بحرانی کرونایی در اورژانس – دریافت بازخورد
			کار تیمی	۲۰ دقیقه	سخنرانی تعاملی با محوریت موقعیتهای بحرانی کرونایی در اورژانس
			مهارتهای ارتباطی در تیم	۳۰ دقیقه	سخنرانی تعاملی با محوریت موقعیتهای بحرانی کرونایی در اورژانس – ارائه فیلم – دریافت بازخورد
			استراحت و پذیرایی	۳۰ دقیقه	–
			نقش و مسئولیت در تیم	۳۰ دقیقه	سخنرانی تعاملی با محوریت موقعیتهای بحرانی کرونایی در اورژانس – ارائه فیلم – دریافت بازخورد
			رهبری	۳۰ دقیقه	سخنرانی تعاملی با محوریت موقعیتهای بحرانی کرونایی در اورژانس – ارائه فیلم – دریافت بازخورد
			مهارتهای گفتگو و فنون مذاکره در تیم	۳۰ دقیقه	سخنرانی تعاملی با محوریت موقعیتهای بحرانی کرونایی در اورژانس – ارائه فیلم – دریافت بازخورد
			مدیریت تعارض	۳۰ دقیقه	سخنرانی تعاملی با محوریت موقعیتهای بحرانی کرونایی در اورژانس – ارائه فیلم – دریافت بازخورد
دوم	برگزاری مانور دورمیزی	۴ ساعت	پرسش و پاسخ – جمع بندی	۲۰ دقیقه	بررسی و پرسش و پاسخ در مورد سناریوی با محوریت موقعیتهای بحرانی کرونایی در اورژانس – دریافت بازخورد – جمعبندی
			مروری بر مباحث مربوط به همکاری بین حرفه ای	۳۰ دقیقه	سخنرانی تعاملی با محوریت موقعیتهای بحرانی کرونایی در اورژانس – ارائه فیلم – پرسش و پاسخ
			تشکیل گروههای کوچک در قالب تیمهای بین حرفه ای	۳۰ دقیقه	سخنرانی تعاملی در خصوص نقشها و مسئولیتها در تیم و مدیریت تعارضات در نقشها – دریافت بازخورد
			ارائه سناریو و برگزاری مانور دورمیزی	۶۰ دقیقه	دریافت بازخورد بصورت تعامل سازنده و هدفمند در خصوص ارائه راهکارهای حل چالش
					دریافت بازخورد بصورت بازاندیشی و بحث مجدد پیرامون راهکارهای ارائه شده پیرامون چالشهای در موقعیتهای بحرانی کرونایی
			استراحت و پذیرایی	۳۰ دقیقه	–
			ارائه گزارش از مانور	۹۰ دقیقه	دریافت بازخورد بصورت نقد و بازاندیشی عملکرد تیم خود و سایر تیمها و تعامل سازنده در مورد ارائه راهکارهای بهتر برای رفع و حل چالشها در موقعیتهای بحرانی کرونایی
			جمعبندی – پرسش و پاسخ	۳۰ دقیقه	ارائه جمعبندی نهایی برای هر سناریو و ثبت آن – پرسش و پاسخ نهایی در مورد همکاری بینحرفهای در موقعیتهای بحرانی کرونایی

فرآیند اجرای مطالعه حاضر به این ترتیب بود که ابتدا به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پس از کسب تأییدیه کمیته اخلاق و مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی بیمارستان بهمن و دریافت مجوزهای لازم، ابتدا از طریق فراخوانی در بخش اورژانس بیمارستان بهمن از پرستاران و پزشکان شاغل در این بخش که حداقل ۵ سال سابقه کار داشتند، برای حضور در پژوهش دعوت شد و پس از نام نویسی از پرستاران و پزشکان واجد معیارهای ورود به مطالعه، شرکت کنندگان به شیوه تصادفی ساده به دو گروه کنترل و آزمایش تفکیک شدند. در ادامه پس از تعریف مختصری از آموزش بین حرفه ای و آگاه ساختن هر دو گروه از هدف مطالعه و اخذ رضایت نامه کتبی در خصوص تمایل به مشارکت در پژوهش، از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد. با توجه به اینکه هنوز آموزش بین حرفه ای برای بسیاری از پرستاران و پزشکان کادر مراقبت و درمان ناشناخته است، در ابتدای پرسشنامه تعریف مختصری از همکاری بین حرفه ای مطابق با تعریف سازمان بهداشت جهانی ارائه شد. سپس دو کارگاه دو روزه مجزا و با شرایط یکسان برای هر دو گروه آزمایش و کنترل برگزار شد بگونه ای که به گروه آزمایش آموزش بین حرفه ای و به گروه کنترل آموزش تک حرفه ای داده شد. کارگاه آموزش بین حرفه ای در دو بخش نظری و عملی برگزار شد، روز اول شامل ارائه مبانی نظری و روز دوم شامل

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

برگزاری مانور دورمیزی مبتنی بر سناریوهای موقعیت های بحرانی بوده است. بعد از پایان کارگاه های آموزشی از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و داده های حاصل به روش تحلیل کواریانس تک متغیره تحلیل شدند و از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ برای انجام محاسبات بهره گرفته شد.

همچنین از جمله ملاحظات اخلاقی ای که به منظور جلوگیری از امکان بروز آسیب به دیگران باید مورد توجه قرار گرفت می توان به؛ دادن اطمینان به شرکت کنندگان در خصوص عدم آسیب ناشی از شرکت در پژوهش، آگاه نمودن شرکت کنندگان از موضوع و اهداف پژوهش و کسب رضایت نامه کتبی از ایشان، رعایت اصل آزادی در ورود و خروج مشارکت کنندگان به پژوهش، رعایت اصل محرمانه بودن نام و اطلاعات شرکت کنندگان و حفظ اصل امانت داری از اطلاعات ایشان و صداقت و عدم سوگیری و اعمال نظر توسط محقق و امانت داری علمی در خصوص اطلاعات پژوهش، اشاره نمود.

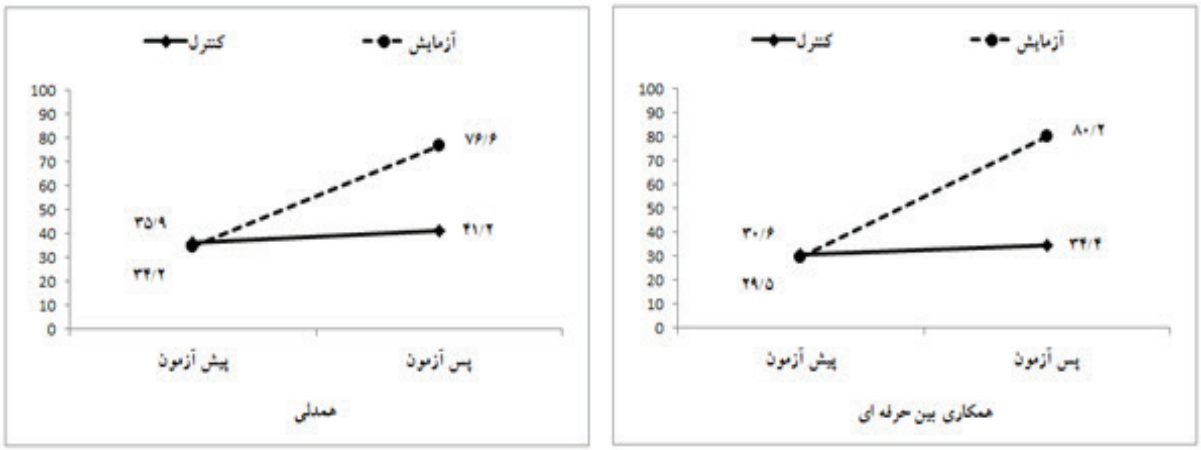
یافته ها

چنانکه پیش از این عنوان شد نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از پرستاران و پزشکان بخش اورژانس بیمارستان بهمن بود که حداقل ۵ سال سابقه کار داشتند و بطور تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره کنترل و آزمایش اختصاص یافتند. دامنه سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۳۵ تا ۶۵ سال با میانگین سنی ۶/۸۴۲±۵۲/۳۹ بود که از این تعداد ٪۵۵ مرد و ٪۴۵ زن بودند و از نظر وضعیت تأهل ٪۳۰ مجرد و ٪۷۰ متأهل بودند و به لحاظ شغلی ٪۶۵ پرستار و ٪۳۵ پزشک بودند که میانگین سابقه کار آنها ۵/۳۸۷±۹/۶۲ بود. میانگین و انحراف معیار نمره آمادگی برای همدلی و همکاری بین حرفه ای نمونه مورد بررسی در (جدول ۲) ارائه شده است.

جدول ۲. آمار توصیفی نمره آمادگی برای همدلی و همکاری بین حرفه ای (n=۲۰ در هر گروه)

گروه ها		گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
همدلی	پیش آزمون	۳۵/۹۱	۴/۸۱۶	۳۴/۲۰	۵/۲۱۱
	پس آزمون	۴۱/۲۵	۴/۶۴۲	۷۶/۶۷	۳/۶۴۸
همکاری بین حرفه ای	پیش آزمون	۳۰/۶۷	۴/۵۰۶	۲۹/۵۲	۵/۸۶۶
	پس آزمون	۳۴/۴۲	۴/۱۷۷	۸۰/۲۳	۳/۰۹۹

همانطورکه در (جدول۲) دیده می شود نمرات همدلی و همکاری بین حرفه ای در هر دو گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش داشته و نیز میانگین نمرات پس آزمون همدلی و همکاری بین حرفه ای در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می باشد که می‌تواند ناشی از تفاوت در روش آموزش باشد. به منظور مقایسه نتیجه آموزش بین حرفه ای و تک حرفه ای، میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در هر دو گروه کنترل و آزمایش در (نمودار۱) ارائه شده است.



نمودار ۱. نمرات همدلی و همکاری بین حرفه ای در هر دو گروه کنترل و آزمایش (n=۲۰ در هر گروه)

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

در ادامه به منظور بررسی اثربخشی آموزش بین حرفه ای در مقابل آموزش تک حرفه ای، روش آنالیز کواریانس تک متغیره اجرا شد که نتایج آن در (جدول۶) ارائه شده است. این آزمون دارای سه پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، همگنی واریانس ها و همگنی شیب خط رگرسیون است. برای بررسی نرمال بودن آزمون کلموگروف اسمیرنوف اجرا شد که نتایج آن در (جدول ۳) ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف یک نمونه ای (n=۲۰ در هر گروه)

گروه ها		گروه کنترل		گروه آزمایش	
		آماره آزمون	سطح معناداری	آماره آزمون	سطح معناداری
همکاری بین حرفه ای	پیش آزمون	۰/۱۷۸	۰/۰۹۷	۰/۱۵۶	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۱۸۹	۰/۰۶۰	۰/۱۱۴	۰/۲۰۰
همدلی	پیش آزمون	۰/۱۴۰	۰/۲۰۰	۰/۱۰۳	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۱۶۵	۰/۱۵۶	۰/۰۹۰	۰/۲۰۰

همانطورکه در (جدول۳) دیده می شود در هر دو گروه کنترل و آزمایش سطح معناداری نمرات پیش آزمون و پس آزمون همدلی و همکاری بین حرفه ای بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمد بنابراین با احتمال ۹۵ درصد این متغیرها نرمال هستند. برای بررسی همگنی واریانس ها آزمون لوین اجرا شد که نتایج آن در (جدول۴) ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین (n=۲۰ در هر گروه)

متغیرها	آماره آزمون	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
همدلی	۱/۸۲۶	۱	۳۸	۰/۱۸۵
همکاری بین حرفه ای	۲/۲۲۳	۱	۳۸	۰/۱۴۴

همانطورکه در (جدول۴) دیده می شود سطح معناداری آزمون بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمد بنابراین با احتمال ۹۵ درصد پراکندگی نمرات پیش آزمون و پس آزمون همدلی و همکاری بین حرفه ای در دو گروه کنترل و آزمایش یکسان هستند. برای بررسی همگنی شیب خط رگرسیون آزمون آنالیز کواریانس اجرا شد که نتایج آن در (جدول ۵) ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس اثر متقابل پیش آزمون و مداخله آموزشی (n=۲۰ در هر گروه)

	منبع تغییرات	مجموع مربعات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون	سطح معناداری
همدلی	پیش آزمون*مداخله آموزشی	۶/۸۲۹	۱	۶/۸۲۹	۰/۴۵۳	۰/۵۰۵
	خطا	۵۴۲/۷۶۹	۳۶	۱۵/۰۷۷		
	کل	۱۵۲۲۸۷/۵۴۰	۴۰			
مکاری بین حرفه ای	پیش آزمون*مداخله آموزشی	۱۶/۱۱۲	۱	۱۶/۱۱۲	۱/۱۷۰	۰/۲۸۷
	خطا	۴۹۵/۶۸۳	۳۶	۱۳/۷۶۹		
	کل	۱۵۲۹۳۵/۰۴۹	۴۰			

همانطورکه در (جدول ۵) دیده می شود سطح معناداری آزمون بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمد بنابراین با احتمال ۹۵ درصد همگنی شیب خط رگرسیون تأیید می شود یعنی اثر پیش آزمون بر مداخله آموزشی تصادفی است. بر اساس نتایج بدست آمده صحت پیش فرض ها مورد تأیید قرار گرفت، بنابراین در ادامه به منظور بررسی اثربخشی آموزش بین حرفه ای بر میزان همدلی و همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکان بخش اورژانس بیمارستان بهمن آزمون آنالیز کواریانس اجرا شد که نتایج آن در (جدول۶) ارائه شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس اثرات اصلی پیش آزمون و مداخله آموزش بین حرفه ای

منبع تغییرات		مجموع مربعات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
همدلی	مداخله آموزشی	۳۱۴/۲۹۹	۱	۳۱۴/۲۹۹	۲۰/۸۴۶	۰/۰۰۰	۰/۳۶۷	۰/۹۹۳
	پیش آزمون	۱۰۷/۶۵۲	۱	۱۰۷/۶۵۲	۷/۱۴۰	۰/۰۱۱	۰/۱۶۶	۰/۷۳۹
	خطا	۵۴۲/۷۶۹	۳۶	۱۵/۰۷۷				
	کل	۱۵۲۲۸۷/۵۴۰	۴۰					
		ضریب تبیین: ۰/۹۵۹			(ضریب تبیین تعدیل شده: ۰/۹۵۵)			
همکاری بین حرفه ای	مداخله آموزشی	۳۷۴/۲۹۵	۱	۳۷۴/۲۹۵	۲۷/۱۸۴	۰/۰۰۰	۰/۴۳۰	۰/۹۹۹
	پیش آزمون	۰/۱۹۵	۱	۰/۱۹۵	۰/۰۱۴	۰/۹۰۶	۰/۰۰۰	۰/۰۵۲
	خطا	۴۹۵/۶۸۳	۳۶	۱۳/۷۶۹				
	کل	۱۵۲۹۳۵/۰۴۹	۴۰					
		ضریب تبیین: ۰/۹۷۷			(ضریب تبیین تعدیل شده: ۰/۹۷۵)			

همانطورکه در (جدول۶) دیده می شود سطح معناداری آزمون آنالیز کواریانس کمتر از ۰/۰۵ بدست آمد لذا می توان گفت که روش آموزش بین حرفه ای در مقابل روش تک حرفه ای اثر معناداری بر همدلی و همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکان شاغل در بخش اورژانس بیمارستان بهمن داشته و ضریب مجذور اتا نشان می دهد که آموزش بین حرفه ای در مقایسه با آموزش تک حرفه ای ۰/۳۶ افزایش بیشتری را در همدلی و ۰/۴۳ افزایش بیشتری را در همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکان شاغل در بخش اورژانس بیمارستان بهمن رقم زده است. همچنین توان آماری مداخله آموزش بین حرفه ای بر همدلی و همکاری بین حرفه ای بیشتر از ۰/۹ است که مبین مناسب بودن حجم نمونه برای بررسی اثربخشی این مداخله آموزشی می باشد.

بحث و نتیجه گیری

بیمارستان از اجزاء بسیاری برای ارائه خدمات به بیماران تشکیل شده است؛ هیچ بیمارستانی بدون بخش اورژانس فعال و دارای عملکرد مناسب، نمی تواند به عنوان یک مرکز درمانی ایده آل محسوب شود [۳، ۵]. بخش اورژانس از ابعاد گوناگون درمانی، اقتصادی، عاطفی، بهداشتی و اجتماعی- حقوقی دارای اهمیت ویژه است و توجه به آن در جهت بهبود وضعیت موجود در مراکز درمانی حائز اهمیت می باشد [۱]. به منظور ارتقاء سطح کمی و کیفی خدمات تشخیصی و درمانی بخش اورژانس توجه به سه محور اساسی ساختار، فرآیند و فعالیت از ضروریات بوده و در صورت توجه به این موارد می توان انتظار داشت که این بخش بتواند خدمات مطلوب و مؤثری را به بیماران ارائه نماید [۴].

رشد روزافزون توجه به مسائل مطرح در حوزه تحقیقات اخلاق پزشکی ضرورت بررسی همه جانبه ساختارهایی چون همدلی و همکاری بین حرفه ای را ایجاب نموده است که گمان می رود در بهبود کیفیت روابط پرستار و پزشک با بیمار نقش اساسی ایفا می کند [۱]. گسترش توجه به آموزش هایی که روابط همدلانه با بیمار را در مرکز توجه خود قرار می دهند می-تواند منشأ تحولات مثبتی در حوزه روابط پرستار و پزشک با بیمار و گسترش همکاری بین حرفه ای پرستار و پزشک و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت گردد [۳]. در این راستا مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش بین حرفه ای بر میزان همدلی و همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکان بخش اورژانس در پاندمی کرونا اجرا شد.

تمرکز مطالعه حاضر بر بررسی نقشی است که همدلی در بهبود روابط پرستاران و پزشکان با بیمار و همکاری بین حرفه ای در ارتقاء کیفیت ارائه خدمات مراقبتی و درمانی ایفا می کند و در نظر دارد با بازبینی نقش همدلی و همکاری بین حرفه ای از دیدگاه های انسان گرایی و پزشکی به گسترش دانش موجود در زمینه روابط پرستاران و پزشکان با بیمار و همکاری پرستاران و پزشکان با هم کمک کند. بررسی نقش همدلی در بهبود روابط پرستاران و پزشکان با بیمار و بررسی نقش همکاری بین حرفه ای در ارتقاء کیفیت ارائه خدمات مراقبتی و درمانی می تواند رهنمودهای ارزشمندی را در زمینه تأمین بهداشت روانی از سطح پیشگیری تا درمان برای افراد و نهادهای مختلف به همراه داشته باشد. نتایج گویای آن بود که در قیاس با گروه کنترل که آموزش تک حرفه ای داده شد، آموزش بین حرفه ای

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

دارای تأثیر بیشتری بر افزایش همدلی و همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکان بخش اورژانس بیمارستان بهمن در پاندمی کرونا بود.

همدلی اعتماد و افشاگری را تسهیل نموده و مستقیما اثربخشی درمان را افزایش می دهد [۱]، همچنین همدلی در حرفه پزشکی منجر به تشخیص دقیق تر و کاهش خطاهای پزشکی در تشخیص و درمان می شود و نرخ دادخواهی و شکایات ناشی از قصور درمان را کاهش می دهد [۲۳]. رضایت، سازگاری و انطباق بیشتر بیمار با طرح درمان و افزایش انگیزه وی برای مشارکت فعال در درمان، پیشرفت درمان و بهبود نتایج بالینی، کاهش طول دوره درمان و کاهش مطالبات مالی و کاهش نیاز به منابع از پیامدهای همدلی کادر مراقبت و درمان با بیمار است [۱۶]. گرچه مهارت همدلی تا حدود زیادی وابسته به شخصیت افراد است اما قابلیت آموزش و یادگیری دارد و رضایتمندی بیمار را به همراه دارد [۱]. دلایل مختلفی برای عدم همدلی کادر مراقبت و درمان با بیمار ذکر شده است که از جمله آن ها می توان به نداشتن وقت کافی، مشغله زیاد، تمرکز بر امر مراقبت و درمان در زمینه مشکلات بیمار عدم آموزش کافی در این زمینه و عدم علاقه به ورود به حریم خصوصی بیماران اشاره کرد ضمن اینکه همدلی کردن به لحاظ احساسی کادر مراقبت و درمان را درگیر کرده تا جایی که نگرانی برای آسیب به سایر جنبه های زندگی کادر مراقبت و درمان وجود دارد [۱۹]. نتایج بررسی ها گویای آن است که بکار بردن صحیح مهارت همدلی نه تنها مشکلات ذکر شده را در پی ندارد بلکه منجر به تشخیص زودرس بیماری ها، همکاری بیشتر بیمار و تمکین از تجویزهای پزشکی، حل موارد مشکل، صرفه اقتصادی و عدم نیاز به تلاش های بیشتر عاطفی نیز می شود [۲۲]. البته در صورتیکه همدلی از حد باشد می تواند با تصمیم گیری های پزشکی در زمینه تشخیص و درمان تداخل پیدا کند [۱۶].

تمرکز پژوهش های انجام شده پیرامون همدلی بیشتر بر مزیت هایی که روابط همدلانه برای بیمار دارد، است و مزیت های روابط همدلانه برای پرستاران و پزشکان مورد غفلت قرار گرفته اند؛ از جمله مزیت هایی که روابط همدلانه برای پرستاران و پزشکان دارد آن است که علی رغم چالش های بسیاری که پرستاران و پزشکان با آن روبرو هستند، روابط همدلانه و رضایت از ارتباطی که پرستاران و پزشکان با بیمار برقرار می کنند همچون مانعی در برابر استرس های شغلی و فرسودگی شغلی عمل می کند [۲۰]. بنابراین روابط همدلانه پرستاران و پزشکان با بیمار از لحاظ درونی پاداشی شادی بخش برای پرستاران و پزشکان به همراه دارد که این پاداش درمانی برای فشارهایی است که حرفه تخصصی آن ها در پی دارد [۱۲]. همدلی همچنین عامل بالقوه¬ای برای بهزیستی پرستاران و پزشکان محسوب می شود؛ نتایج تحقیقات اخیر نشان می دهند که حالت-های هیجانی پرستاران و پزشکان زمانی که با بیمار ارتباط برقرار می¬کنند، سبب یادآوری اطلاعات کمتری در ذهن او از وضعیت وخیم شرایط پزشکی بیمار می شود [۲۲]. از آنجایی‌که در پاندمی کرونا نقصان همدلی در تعاملات بین بیمار، خانواده و کادر درمان یکی از موانع فرهنگی عمده در ارائه و دریافت خدمات مراقبت سلامت در بخش اورژانس هست، ضروری است که مسئولین نظام سلامت، تمهیداتی جهت تغییر رویکرد تعاملات بیماران، همراهان، و کادر درمان با تمرکز بر تعدیل رفتارهای واگرا و حربه‌های در رفت مسئولیت در راستای ایجاد اعتماد در مردم و حفظ سلامت کادر درمان اتخاذ نمایند [۱].

به دلیل ماهیت پیچیده و روز افزون خدمات بهداشتی و گسترش دانش پزشکی همکاری پرستاران و پزشکان در مراقبت از بیمار باید به شدت مورد توجه قرار گیرد [۳۷]؛ در بیانیه سازمان همکاری بین حرفه ای سلامت کانادا آمده است که آموزش بین حرفه ای و فعالیت های مبتنی بر همکاری بیمارمحور نقش کلیدی در ساخت تیم مؤثر درمانی و بهبود فعالیت ها و پیامدهای درمانی ایفا می کند [۲۹]. بنابراین تیمی بودن ماهیت مراقبت از بیمار و نیاز روزافزون اعضاء تیم مراقبت سلامت به بهبود روابط بین حرفه ای سبب شده است که همکاری های بین حرفه ای و آموزش آن به عنوان یکی از الزامات سیستم¬های آموزشی مطرح شود که نیازمند بستری جهت آماده سازی دانشجویان به عنوان پرسنل آینده نظام سلامت است [۳۳]. مشارکت در تصمیم گیری های بالینی شامل تعامل بین افراد در امر مراقبت از بیمار برای دستیابی به یک هدف مشترک درمانی یعنی ارتقاء وضعیت بیمار و افزایش کیفیت مرقبت از بیمار است [۲۸]. در مشارکت و همکاری بین حرفه ای هر کدام از طرفین با اعتماد به نفس و با توجه به امکانات و تجهیزات، نظرات حرفه ای خود را ابراز می کنند و تمرکز اصلی روی نیازهای بیمار و مذاکرات حول محور برنامه مراقبتی بیمار است [۳۹]. از یک طرف مشارکت پرستاران و پزشکان می تواند

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

باعث افزایش کیفیت مراقبت، کاهش طول مدت بستری، کاهش هزینه های درمانی، افزایش رضایت شغلی و حفظ ایمنی بیماران شود. از طرف دیگر عواقب و پیامدهای عدم همکاری پزشک و پرستار جدی است؛ این عواقب شامل عدم هماهنگی در مراقبت از بیمار و نگرش منفی از خدمات درمانی و نیز درگیری مزمن بین پرستاران و پزشکان است که منجر به افزایش خطاهای طبی و مرگ و میر بیماران می شود [۳۵].

نتایج تحقیقات نشان می دهد که وجود رابطه رئیس- مرئوسی بین پزشکان و پرستاران و عدم آگاهی پزشکان از نقش پرستاران از عمده ترین عوامل مؤثر بر مشارکت در تصمیم گیری بالینی محسوب می شود چراکه در محیط های حرفه ای برای تصمیم گیری بالینی نظر پزشکان بر پرستاران غالب است و اغلب اختیارات و تخصص های پرستاران در این حیطه در نظر گرفته نمی شود [۲۶]. همچنین در اغلب موارد نقش های پرستاران مورد قبول پزشکان نیست و به نظرات ایشان توجه نمی شود؛ این نگرش پزشکان نقطه مقابل نگرش پرستارانی است که ساعات طولانی تری در بالین بیمار هستند و در مواقع عدم حضور پزشک تصمیمات پرستار نقش حیاتی در حفظ جان بیمار دارد [۳۰]. لذا دیدگاه پرستاران و پزشکان در مورد مشارکت با یکدیگر و برداشت آنان از همکاری با هم متفاوت بوده و پرستاران همواره خواستار همکاری بر پایه احترام متقابل حرفه ای و تبادل اطلاعات لازم برای مراقبت از بیمار در این بستر بودند. در مقابل برداشت پزشکان از پرستاران افرادی مطیع بوده که از مقررات بی چون و چرا اطاعات می کنند و نخستین وظیفه آنها اجرای دستورات پزشکی و تأمین نیازهای بیمار است [۳۱]. در این راستا گسترش آموزش پرستاری و تأکید و توجه به اصول و ضرورت همکاری بین حرفه ای دیدگاه پزشکان و پرستاران را بر مبنای همکاری بین حرفه ای جهت دستیابی به اهداف سلامت با حفظ احترام به اصول حرفه ای یکدیگر تغییر خواهد داد.

انجام این مطالعه می تواند گام مثبتی جهت کمک به کادر مراقبت و درمان بخش اورژانس در پاندمی کرونا باشد لذا معاونت درمان در وزارت بهداشت، دانشگاه ها و بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی خصوصی و دولتی، مدیران، پزشکان و پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی و کارکنان کلیه مراکز بهداشتی و درمانی از نتایج این پژوهش بهره مند خواهند شد.

محدودیت های مطالعه

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد که در آن روابط علت و معلولی بین متغیرها نمی توانند بصورت تجربی مورد تأیید قرار گیرند. همچنین ابزارهای سنجش متغیرها بصورت پرسشنامه های خوداظهاری بود که به نظر می رسد می تواند با محدودیت هایی مواجه باشد و تحت تأثیر سوگیری پاسخ دهی، عدم آگاهی، خلق و خوی آزمودنی و زمان کافی برای پاسخدهی قرار گیرد. دیگر محدودیت مطالعه حاضر معطوف به زمان محدود پرستاران و پزشکان بخش اورژانس برای شرکت در طرح مطالعه و نیز تخصیص وقت خود به منظور پاسخگویی به پرسشنامه ها بود.

نهایتا توجه شود که مطالعه حاضر در بین پرستاران و پزشکان بخش اورژانس و در شرایط پاندمی کرونا صورت گرفته است و تعمیم نتایج حاصل از آن به سایر بخش های بیمارستان و در شرایط پساکرونا باید با احتیاط صورت گیرد.

پیشنهادهای مطالعه

نظر به نتایج حاصل از مطالعه حاضر جهت ارتقاء همکاری بین حرفه ای پرستاران و پزشکان و بهبود رفتارهای همدلانه کادر مراقبت و درمان با بیماران در بخش اورژانس در پاندمی کرونا، توجه و عمل به مجموعه پیشنهادهای ذیل توصیه می شود:

۱. با توجه به اهمیت و اثراتی که همدلی در کیفیت روابط پرستار و پزشک با بیمار دارد، اختصاص دوره هایی به منظور آموزش همدلی گامی مفید در جهت بهبود روابط پرستار و پزشک با بیمار و ارتقاء کیفیت مراقبت و درمان و ایمنی بیمار خواهد بود. بررسی نقش همدلی در حوزه اخلاق پزشکی می تواند رهنمودهای ارزشمندی را در زمینه تأمین بهداشت روانی از سطح پیشگیری تا درمان در دسترس افراد و نهادهای مختلف نظیر وزارت بهداشت و کلینیک های روانشناسی و مشاوره به مشاوره به همراه داشته باشد.

۲. پیشنهاد می شود مدیران توجه بیشتری به فرآیند گزینش و استخدام متقاضیان شغل های پرستاری و پزشکی در بخش اورژانس معطوف نمایند و با اجرای آزمون های روانشناسی مناسب افرادی را برای تصدی این مشاغل انتخاب نمایند که از سطح مطلوب همدلی و روحیه کار تیمی برخوردار باشند.

۳. افزون بر این پیشنهاد می شود که به منظور حفظ

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

و ارتقـاء روحیـه کار تیمـی و همدلـی در میـان پرسـتاران و پزشـکان شـاغل در بخـش اورژانـس بیمارسـتان، مجموعـه کارگاه هـای آمـوزش بیـن حرفـه ای و تعامـل مؤثـر بـا بیمـار برگـزار شـود.

۴. بـه عـلاوه توصیـه مـی شـود کـه بـا در نظـر گرفتـن برنامه هایـی نظیـر انتخـاب پرسـتار و پزشـک برتـر کـه دارای روحیـه کار تیمـی و همدلـی بـا بیمـار باشـد، بـه تشـویق پرسـتاران و پزشـکان بـرای پایبنـدی هـر چـه بیشـتر بـه اصـول همدلـی بـا بیمـار و همـکاری بیـن حرفـه ای بپردازنـد. در ایـن راسـتا در نظـر گرفتـن مجموعـه ای از هدایـای نقـدی و غیرنقـدی بـرای پرسـتاران و پزشـکان برتـر مـی توانـد اثـر مهمـی داشـته باشـد.

۵. همچنیـن بـه مدیـران پیشـنهاد مـی شـود فضـای تعاملـی بـرای ارتبـاط بیـن پرسـتاران و پزشـکان بـا مدیـران و سرپرسـتان فراهـم نماینـد تـا در صـورت نیـاز پرسـتاران و پزشـکان بتواننـد بـه راحتـی بـه آنـان مراجعـه نمـوده و مسـائل و مشـکلات کاری خـود را بیـان نماینـد.

۶. افـزون بـر ایـن بـه مدیـران توصیـه مـی شـود بـه منظـور شـنیدن نظـرات پرسـتاران و پزشـکان، جلسـات منظـم و ماهانـه برگـزار نماینـد تـا از مشـکلات حاکـم بـر کار آنهـا آگاهـی یابنـد؛ ایـن امـر مـی توانـد در ارتقـاء حـس رضایـت شـغلی و بهبـود عملکـرد ایشـان حائـز اهمیـت باشـد.

۷. نهایتـا بـه مدیـران پیشـنهاد مـی شـود بـه منظـور ابـراز حمایـت ابـزاری از پرسـتاران و پزشـکان، در برابـر درخواسـت هـای احتمالـی ایشـان مبنـی بـر تغییـر شـیفت کاری، اخـذ مرخصـی کاری و یـا ایجـاد تغییـر در سـاعات کاری، انعطـاف پذیـر بـوده و بـه شـیوه ای مؤثـر بـه حـل مشـکلات آنـان کمـک نماینـد.

در کنـار پیشـنهادات کاربـردی بـه منظـور افزایـش قابلیـت تعمیـم دهـی و نیـز بـه منظـور ایجـاد اطمینـان در مدیـران و مسـئولان معاونـت درمـان در وزارت بهداشـت جهـت بکارگیری نتایج بدسـت آمـده در مطالعـه حاضـر، پیشـنهاد مـی شـود سـایر محققـان تأثیر آمـوزش بیـن حرفـه ای بـر همدلـی و همـکاری بیـن حرفـه ای را در جامعـه ای گسـترده تـر و بـا تعـداد نمونـه بیشـتر و بـه روش ارزیابـی عملکـرد توسـط ناظـر بیرونـی نیـز بررسـی نمـوده و نتایـج حاصـل از آن را در اختیـار مدیـران و مسـئولان معاونـت درمـان در وزارت بهداشـت قـرار دهنـد.

سپاسگزاری

بدیـن وسـیله از پرسـتاران و پزشـکان بخـش اورژانس بیمارسـتان بهمـن کـه در ایـن مطالعـه حضـور داشـتند و پژوهشـگران را یاری نمودنـد، کمـال تشـکر و قدردانـی بـه عمـل مـی آیـد.

References

1. Hassankhani H, Soheili A, Dehgannezhad J, Powers K. Lack of empathy in interaction between patient/family and healthcare professionals in an Iranian emergency department: a focused ethnographic study. Nurs Midwifery J. 2022;20(1):1-16. [Persian].
2. Milton J, Erichsen Andersson A, Aberg ND, et al. Healthcare professionals' perceptions of inter-professional teamwork in the emergency department: a critical incident study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2022;30:46. [Link]
3. Milton J, Gillespie BM, Åberg D, Erichsen Andersson A, Oxelmark L. Inter-professional teamwork before and after organizational change in a tertiary emergency department: An observational study, Journal of Interprofessional Care.
4. Karam M. Inter-professional Collaboration between General Physicians and Emergency Department Teams in Belgium: A Qualitative Study. International journal of integrated care. 2017;17(4):9.
5. Rezaei S, Roshangar F, Rahmani A, Tabrizi FJ, Sarbakhsh P, Parvan K. Emergency nurses' attitudes toward inter-professional collaboration and teamwork and their affecting factors: A cross-sectional study. Nurs Midwifery Stud. 2021;10:173-80.[Persian].
6. Motamedzadeh M, Sarvary M H, Ebadi A. Comparison of Quality Nursing Safe Care in Corona and NonCorona Wards. Paramedical Sciences and Military Health. 2021;16(2):34-41. [Persian].
7. Fathi E, Malekshahi Beiranvand F, Hatami Varzaneh A, Nobahari A. Health Care Workers Challenges during Coronavirus Outbreak: The Qualitative Study. RBS. 2020;18(2):237-248. [Persian] .
8. Raesi R, Bokaie S, Hushmandi K, Raei M. Evaluation of Patients› Satisfaction with the Diagnosis of COVID-19 from the Quality of Nursing Services in Corona Ward: A Cross-sectional Study. jccnursing. 2022;15(1):25-33.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

[Persian].
9. Nejat N, Borzabadi Farahani Z. COVID-19 Pandemic: Opportunities for Continuing Nursing Professional Development. J Med Educ Dev. 2022;14(44):1-2. [Persian] [Link]
10. Aghaei M H, Ebadi A, Aliakbari F, Vafadar Z. The Effectiveness of Crisis Management Education Based on Inter-Professional Approach on Military Nurses' Ability to Confront with Crisis. J Mil Med. 2020; 22(1):54-63. [Persian]
11. Kerasidou A, Bærøe K, Berger Z, Caruso Brown AE. The need for empathetic healthcare systems. Journal of Medical Ethics. 2021;47:e27.
12. Miniotti M. Empathy for patient care in medical students: new evidence on the importance of self-transcendence. Psychology, Health & Medicine. 2022;27(5):1035-1041.
13. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. Healthcare. 2020;8(1):26.
14. Khodabakhsh MR, Mansoori P. Empathy and its impact on promoting physician-patients relationship. ijme. 2011;4(3):38-46. [Persian]
15. Amani A, Esfandiari H, Gholami M. The Role of Problem Solving Strategies in Empathy with Patients in Sanandaj Nurses. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2014;1(1):39-49. [Persian].
16. Breyer T, Storms A. Empathy as a Desideratum in Health Care – Normative Claim or Professional Competence?.Interdisciplinary Journal for Religion and Transformation in Contemporary Society. 2021;7(2):359-375.
17. Yu CC, Tan L, Le MK, Tang B, Liaw SY, et al. The development of empathy in the healthcare setting: a qualitative approach. BMC Med Educ. 2022;22:245.
18. Sedaghati kasbakhi M, Rohani C, Mohtashami J, Nasiri M. Cognitive or Affective Empathy in Oncology Nurses: A Cross-Sectional Study. IJNR. 2017;12(4):9-18. [Persian].
19. Winter R, Leanage N, Roberts N, Norman RI, Howick J. Experiences of empathy training in healthcare: A systematic review of qualitative studies. Patient Education and Counseling. 2022; Available online.
20. Guidi C, Traversa C. Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. Med Health Care and Philos. 2021;24:573–585.
21. Lashgari E, Vaghee S, Karimi Moonaghi H, Behnam Vashani HR. The effect of context-based learning in psychiatric nursing internship on empathy skills with the patient of nursing students. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2018;20(5):349-55. [Persian].
22. Sedaghati kasbakhi M, Rohani C, Mohtashami J, Nasiri M. Cognitive or Affective Empathy in Oncology Nurses: A Cross-Sectional Study. IJNR. 2017;12(4):9-18. [Persian].
23. Barkhordari-sharifabad M, Nadian-Sadeh H, sedaghati kesbakhi M. The Relationship between Spiritual Intelligence with Caring Behavior and Empathy in Nurses Working in Hospitals affiliated to University of Medical Sciences of Kashan. 3 JNE. 2020;8(6):8-17. [Persian] [Link]
24. Ranaei Kordshouli H, Allahyari Bouzanjani A. Nurses' empathy with patient: the effect of perceived social supports and ethical responsibility to patient. Nursing Management. 2016;5(1):29-39. [Persian].
25. Line V, Berit MD. Inter-professional collaboration between nurses and doctors for treating patients in surgical wards, Journal of Inter-professional Care. 2022;36(2):186-194.
26. Khossravi Shoobe J, Khaghanizade M, Parandeh A, vafadar Z. Effectiveness of Educational Workshop based on inter-professional approach in Changing Health Science Students' Attitudes towards Inter-professional Learning and Collaboration.. Educ Strategy Med Sci. 2019; 12(4):125-133. [Persian].
27. Zaher S, Otaki F, Zary N. et al. Effect of introducing inter-professional education concepts on students of various healthcare disciplines: a pre-post study in the United Arab Emirates. BMC Med Educ. 2022;22:517. [Persian].
28. Teuwen C, van der Burgt S, Kusurkar R. et al. How does inter-professional education influence students' perceptions of collaboration in the clinical setting? A qualitative study. BMC Med Educ. 2022;22:325. [Persian].
29. Makino T, Lee B, Matsui H, Sato E, Noguchi N, Kama A, Shinozaki H, Watanabe H. Evaluation of the effectiveness of Inter-professional Education at Gunma University as the WHO Collaborating Centre: case series. J Hosp Manag Health Policy. 2022;6:19.
30. Aghamohammadi D, Dadkhah B, Aghamohammadi M, Nasiri E. Inter Professional

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]

Collaboration: Attitude of Nurses and Physicians of Ardabil›s Intensive Care Units. JHC. 2018;20(1):18-29.[Persian].
31. Keshmiri F, Barghon R, Bromand M, Zhaleh A, Nazmieh, H. Reviewing on Interprofessional Collaboration Competencies in health care team. Horizons of Medical Education Development. 2021;12(3):86-96.[Persian].
32. Movafegh N, Mohamadzade Zarankesh S, Naeeni MK. Investigating the factors affecting participation in clinical decision-making from viewpoint of physicians and nurses of educational hospitals of Qazvin . MEDICAL SCIENCES. 2019;29(3):249-257.[Persian].
33. Vafadar Z. The Necessity of Teamwork and Inter Professional Collaboration in the Intensive Care Unit. jccnursing. 2020;13(1):5-1. [Persian].
34. Amini M, Ahmari Tehran H, Ahmadi S. Exploration of the Operating Room Personnel From Components and Examples of Interprofessional Collaboration: A Phenomenological Study. Qom Univ Med Sci J. 2021;15(5):342-351.[Persian].
35. Horii S, Nguyen CTM, Pham HTT, Amaike N, Ho HT, Aiga H. Effectiveness of a standard clinical training program in new graduate nurses' competencies in Vietnam: A quasi-experimental longitudinal study with a difference-in-differences design. PLoS ONE. 2021;16(7):e0254238.
36. Song HY, Nam KA. The Need for and Perceptions of Interprofessional Education and Collaboration Among Undergraduate Students in Nursing and Medicine in South Korea. J Multidiscip Healthc. 2022;15:847-856.
37. Samuriwo R. Inter-professional Collaboration-Time for a New Theory of Action? Front. Med. 2022;9:876715.
38. Mazhariazad F, Sharifi K. A Challeng of the Interdisciplinary Collaboration Between Nurses and Physicians in Iran. An integrated review. Nursing Management. 2020;9(4):64-76. [Persian].
39. Raj S, Kelly D, Siddig M, et al. Design and Evaluation of Interprofessional Training Program for Healthcare Students from Collectivistic Culture. Med.Sci.Educ. 2022;32:447–455.
40. Lee DW-C, Dong C-Y, Aw DC-W. How we implemented Continuous Interprofessional Education at a newly established public hospital in Singapore. Proceedings of Singapore Healthcare.2022.
41. Chua WL, Ooi SL, Chan GWH, Lau TC, Liaw SY. The Effect of a Sepsis Inter-professional Education Using Virtual Patient Telesimulation on Sepsis Team Care in Clinical Practice: Mixed Methods Study J Med Internet Res 2022;24(4):e35058.
42. Asvadi Kermani A, Ghojazadeh M, Hazrati H, Alizadeh M. The effects of interprofessional education on teamwork,communication skills and quality of health care in advanced and developing countries: A systematic review and meta-analysis study. Res Dev Med Educ. 2022;11(2):1-8.[Persian].
43. Delavar A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences. Fifth Edition. Tehran: Virayesh; 2022:39-40.[Persian].
44. Parsell G; Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). Medical Education. 1999;33(2):95-100.
45. Irajpour A; Alavi M. Readiness of postgraduate students of Isfahan University of Medical Sciences for interprofessional learning. iranian Journal of medical education. 2011;9(11):1050-7. [Persian].
46. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. Educ Psychol Measur. 2016;61(2):349-65.
47. Hashemipour M, Karami MA. Validity And Reliability Of The Persian Version Of Jspe-Hp Questionnaire (Jefferson Scale Of Physician Empathy-Health Professionals Version). Journal of Kerman University of medical sciences. 2012;19(2):201-211.[Persian].

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-11-01]