

## بررسی میزان بکارگیری ارتباط درمانی توسط پرستاران در بیماران بستری در بخش‌های اورژانس

گیتا سنگستانی\*، غلامحسین فلاحی نیا\*\*، نجیبه جعفریان\*\*

دریافت: ۸۷/۱۲/۳، پذیرش: ۸۸/۴/۳

### چکیده:

**مقدمه و هدف:** ارتباط درمانی عبارت از یک ارتباط معنی‌دار و هدفمند است که پرستار با بیمار در جهت حل مشکلات او و ایجاد واکنش‌های سازگارانه در وی برقرار می‌کند. این پژوهش به منظور تعیین میزان بکارگیری ارتباط درمانی توسط پرستاران با بیماران بستری در مراکز اورژانس همدان انجام گرفت.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی، ۷۴ پرستار در ۴۴ ساعت مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها از طریق مشاهده عملکرد پرستاران که در هر شیفت بطریق تصادفی ساده انتخاب می‌شدند، کسب گردید. میزان ارتباط، شیوه ارتباط، و میزان رضایت بیماران، با استفاده از چک لیست و یادداشت‌های مشاهده‌گر، و تکمیل پرسشنامه توسط بیماران مربوطه مشخص می‌گردید. در نهایت جهت تجزیه تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS استفاده شد.

**نتایج:** در مجموع تعداد برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار در این مطالعه ۷۸۷ فقره ثبت شد که طی یک شیفت کمترین آن ۴ بار و بیشترین آن ۳۰ بار انجام شده است. بررسیها همچنین نشان داد که میزان رضایت بیماران از ارتباط درمانی در ۲۹/۵٪ موارد کم، در ۴۰/۶٪ موارد متوسط و در ۲۹/۹٪ موارد زیاد بوده است. آزمون آماری نشان می‌دهد بین میزان رضایت بیماران با نسبت تعداد پرستار به بیمار در بخش مربوطه، ارتباط معنی داری وجود ندارد.

**نتیجه نهایی:** مجموعاً نتایج حاکی از آن است که میزان برقراری ارتباط پرستاران در بخش‌های اورژانس ما مناسب و مطلوب نیست و از عوامل مهم آن میتوان به کمبود وقت، محیط پر استرس و عدم توجه پرستاران به اهمیت ارتباط درمانی اشاره کرد.

**کلید واژه ها:** ارتباط / بخش اورژانس / بیمار / پرستار

### مقدمه:

آسایش و تقویت احساس اعتماد و امنیت در بیمار است (۴). وظیفه پرستاران برآوردن احتیاجات بیماران از طریق برقراری ارتباط، و همیاری او در کارهاست. یکی از مسائل و مشکلات عمده‌ای که افراد جامعه امروزی را تهدید می‌کند عدم برقراری ارتباط صحیح و درک همدلانه است. ارتباط ضعیف می‌تواند ریشه بسیاری از بیماری‌ها در بیماران باشد (۵). نوع ارتباط بین مراقبین اورژانس و بیمار و خانواده وی می‌تواند بر میزان نگرانی و نتیجه کلی مراقبت‌های فوری مؤثر باشد. اگر مراقبین اورژانس از این عوامل آگاه باشند معمولاً مراقبت با کیفیت بهتری صورت

برقراری ارتباط برای انسان امری حیاتی و اساسی است، زیرا تنها وسیله‌ای است که انسان نیازهای طبیعی خویش را برطرف کرده و به حیات خود ادامه می‌دهد (۱). بدون برقراری ارتباط اداره بسیاری از امور جاری زندگی غیرممکن می‌گردد (۲). ارتباط یک جزء کلیدی بین پرستار، بیمار و بستگانش در امر مراقبت‌های بهداشتی مؤثر می‌باشد (۳). جهت برقراری ارتباط رضایت‌آمیز پرستاران باید از اصول روانی و اجتماعی ارتباط آگاهی داشته باشند. هدف اصلی از برقراری ارتباط فراهم کردن

\* عضو هیأت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان و عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک (پرستاری و مامایی) (gsangestani@yahoo.com)

\*\* عضو هیأت علمی گروه پرستاری - داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان

سازگاری با محیط ناآشنا از اهداف اولیه پرستاری اورژانس می‌باشد. واکنش به بیمار و پاسخ دادن به سؤالات وی بصورت صمیمانه سبب احساس آرامش و اطمینان در بیمار می‌شود. لمس بیمار و اطمینان دادن به او، اضطراب بیمار را تسکین داده و به رفع ترس‌های ناشناخته کمک می‌کند (۱۶). با توجه به اینکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پرستاران از اهمیت برقراری ارتباط آگاهی کمی دارند و ارتباط صحیح و مناسبی با بیماران برقرار نمی‌کنند و برقراری ارتباط ضعیف در مراکز اورژانس می‌تواند سلامتی و رضایت بیماران را تحت تأثیر قرار دهد (۱۷)، پژوهشگر بر آن شد که پژوهشی تحت عنوان بررسی میزان بکارگیری ارتباط درمانی توسط پرستاران در بیماران بستری در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های آموزشی شهر همدان انجام دهد تا با استفاده از نتایج پژوهش اهمیت برقراری ارتباط با بیماران را که پرستاران سعی در برآوردن نیازهای آنان در وضعیت تنش‌زا دارند، تشریح نماید.

### روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی است که بمنظور بررسی میزان ارتباط درمانی توسط پرستاران در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های اکباتان و مباشر همدان که در زمان انجام مطالعه، اورژانس بستری فعال داشته‌اند، انجام شده است. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در این مراکز اورژانس می‌باشد. تعداد نمونه‌ها با استفاده از سرشماری (Census) ۷۴ نفر برآورد گردید. بدین ترتیب کلیه افراد جامعه پژوهش، نمونه پژوهش را تشکیل میدادند. داده‌ها از طریق مشاهده عملکرد پرستاران در هر شیفت، کسب گردید. ابزار گردآوری داده‌ها شامل یک چک لیست بمنظور ثبت مشاهدات، و یک پرسشنامه حاوی ۱۵ سوال بر اساس مقیاس سه درجه ای لیکرت، جهت تعیین میزان رضایت بیماران بوده است. برای تعیین روایی ابزار گردآوری داده‌ها از نظرات متخصصین و همکاران هیئت علمی، و برای تعیین اعتبار چک لیست از روش مشاهده همزمان سه مشاهده گر بصورت پایلوت محدود استفاده شد. دفعات برقراری ارتباط، مدت زمان آن، تعداد دفعات قطع ارتباط و علت آن، شیوه برقراری

می‌گیرد و ارتباط و تعامل در فضای احترام متقابل به وجود می‌آید (۶). تحقیقات نشان داده که برقراری ارتباط خوب و مؤثر، از دیدگاه بیماران خیلی باارزش می‌باشد (۷). کلید اصلی در تمام مراحل مراقبت از بیمار در مراکز اورژانس ایجاد ارتباط درمانی است. واژه ارتباط درمانی بر رابطه ای که سودمند باشد و یا اثر مثبت داشته باشد اطلاق می‌شود (۸). بعبارت دیگر، ارتباط درمانی یک ارتباط معنی‌دار و هدفمند است که بین پرستار و بیمار در جهت حل مشکلات بیمار و ایجاد واکنش‌های سازگارانه در او می‌باشد (۹). ارتباط درمانی در همان اولین برخورد با بیمار شکل می‌گیرد. اولین برخورد بیمار با مراقبین اورژانس یک دید کلی از مراقبت اورژانس به او می‌دهد. در صورت وخیم بودن حال بیمار که مستلزم استفاده از روش‌های درمانی تهاجمی فوری است برای اطمینان بخشیدن به بیمار و ایجاد حمایت از وی باید به بطور خلاصه اقدامات مورد نظر را به بیمار توضیح داد. بیمار باید دلیل اقدام درمانی را بداند و از هرگونه درد یا ناراحتی که در اثر آن ایجاد می‌شود آگاه باشد حتی اگر بیمار سؤالی نکند باز هم توضیح مختصری درباره اقدام درمانی ضروری است. جنبه‌های خاص ارتباط درمانی شامل همدردی بجای دلسوزی و شناخت احساسات بیمار است (۱۰). در یک گروه یا سازمان، ارتباطات چهار نقش مهم ایفا می‌کند که شامل کنترل امور، ایجاد انگیزه، ابراز احساسات و کسب اطلاعات می‌باشند (۱۱). نتایج حاصل از پژوهش‌ها بیانگر اینست که پرستاران به روابط خود با بیماران به عنوان بخشی از مراقبت‌های پرستاری می‌نگرند ولی از اهمیت برقراری ارتباط آگاهی کمی دارند و ارتباط صحیح و مناسبی با بیماران برقرار نمی‌کنند (۱۲). همچنین تحقیقات نشان داده که ارتباط بین پرستار و بیمار از توان و استحکام کافی برخوردار نمی‌باشد. پرسنل بهداشتی در برقراری ارتباط دچار ضعف و کمبود هستند (۱۳). مدت زمانی که پرستاران جهت برقراری ارتباط با بیماران صرف می‌کنند بسیار کم است (۱۴) و بیماران اغلب از میزان اطلاعات دریافت شده و نیز میزان برقراری ارتباط ناراضی هستند (۱۵). کاهش اضطراب و کمک به بیمار برای

۷۴ پرستار مورد بررسی، کلاً ۲۴۰۱ دقیقه (۴۰ ساعت و یک دقیقه) پدیده ارتباطی صورت گرفت که کمترین زمان ارتباط در یک شیفت ۸ دقیقه و بیشترین زمان آن هشتاد و دو دقیقه و میانگین زمان ارتباطات برقرار شده ۳۲/۴۵ دقیقه و انحراف معیار آن ۱۸/۲ دقیقه بوده است. تعداد ارتباطات در طی این مدت ۷۸۷ فقره بوده که کمترین آن ۴ بار و بیشترین آن ۳۰ بار در یک شیفت مشاهده شده و میانگین دفعات این ارتباط ۱۰/۶۴ و انحراف معیار آن ۴/۷۰ بوده است. در اکثریت مواقع در هر شیفت توسط پرستار مورد نظر ۱۰-۶ فقره ارتباط برقرار گردید. در اکثریت مواقع (۲۵/۷٪) زمان برقراری ارتباط در یک شیفت کاری توسط یک پرستار ۲۰-۱۱ دقیقه بوده است (جدول ۲-۴).

**جدول ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مدت زمان ارتباط در هر شیفت توسط یک پرستار**

زمان برقراری ارتباط دقیقه)	شیفت		کل زمان
	تعداد	درصد	
کمتر از ۱۰	۵	۶/۸	۴۷
۱۱-۲۰	۱۹	۲۵/۷	۲۹۲
۲۱-۳۰	۱۵	۲۰/۳	۳۹۰
۳۱-۴۰	۱۲	۱۶/۲	۴۱۳
۴۱-۵۰	۱۱	۱۴/۸	۴۹۶
۵۱-۶۰	۶	۸/۱	۳۲۸
۶۱-۷۰	۲	۲/۷	۱۳۱
۷۱ و بیشتر	۴	۵/۴	۳۰۴
جمع	۷۴	۱۰۰	۲۴۰۱

جدول فوق نشان دهنده آن است که در اکثریت شیفت ها (۲۵/۷٪) زمان برقراری ارتباط در یک شیفت کاری توسط یک پرستار ۲۰-۱۱ دقیقه بوده است.

**جدول ۳: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب دفعات برقراری ارتباط پرستاران با بیماران**

دفعات برقراری ارتباط در یک شیفت	شیفت		کل ارتباط برقرار شده
	تعداد	درصد	
کمتر از ۵ مرتبه	۷	۹/۵	۳۱
۶-۱۰ مرتبه	۳۲	۴۳/۲	۲۴۸
۱۱-۱۵ مرتبه	۲۷	۳۶/۵	۳۵۱
۱۶-۲۰ مرتبه	۵	۶/۸	۶۵
۲۱-۲۵ مرتبه	۲	۲/۷	۴۲
۲۶-۳۰ مرتبه	۱	۱/۳	۳۰
جمع	۷۴	۱۰۰	۷۸۷

نتایج بیانگر آن است که در اکثریت مواقع (۴۳/۲٪) دفعات برقراری ارتباط در یک شیفت کاری توسط یک پرستار ۱۰-۶ بار بوده است.

ارتباط و سایر متغیرهای مورد مطالعه در تمام طول یک شیفت، توسط مشاهده گر، در چک لیست ثبت می‌شد و در پایان شیفت نیز پرسشنامه مربوط به رضایت بیماران، توسط بیماران هوشیار بستری در بخش، تکمیل می‌گردید. پس از جمع آوری، تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS انجام گرفت.

### نتایج:

در رابطه با معیارهای ارتباط درمانی، نتایج به دست آمده در جدول ۱ درج گردیده است.

**جدول ۱: توزیع فراوانی مشاهدات پژوهشگر در رابطه با متغیرهای مربوط به معیارهای ارتباط درمانی**

متغیرهای مربوط به شیوه برقراری ارتباط	بلی		تعداد بدون پاسخ جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
آیا پرستار خود را به بیمار معرفی کرد؟	۹ (۱۲/۲)	۶۵ (۸۷/۸)	۷۴
آیا پرستار در شروع صحبت از بیمار اجازه می‌گیرد؟	۳۸ (۵۱/۴)	۳۶ (۴۸/۶)	۷۴
آیا پرستار بیمار را به اسم صدا می‌کند؟	۲۵ (۳۳/۸)	۴۹ (۶۶/۲)	۷۴
آیا پرستار بیمار را با نکات مثبت مورد تشویق قرار می‌دهد؟	۳۴ (۴۵/۹)	۴۰ (۵۴/۱)	۷۴
آیا پرستار بیمار را با پاسخ کلامی مورد پذیرش قرار می‌دهد؟	۵۰ (۶۷/۶)	۲۳ (۳۱/۱)	۷۳
آیا پرستار بیمار را با پاسخ غیر کلامی مورد پذیرش قرار می‌دهد؟	۱۹ (۲۵/۷)	۵۵ (۷۴/۳)	۷۴
آیا پرستار بطور مرتب و بدون احساس نیاز بیمار به او سر می‌زند؟	۲۱ (۲۸/۴)	۵۳ (۷۱/۶)	۷۴
آیا پرستار درک خود از وضعیت (حالت) بیمار از اعلام می‌کند؟ (مثل غمگین بنظر می‌رسید)	۳۲ (۴۳/۲)	۴۲ (۵۶/۷)	۷۴
آیا پرستار نظر بیمار را در مورد مشکل وی سؤال می‌کند؟	۲۳ (۳۱/۱)	۵۱ (۶۸/۹)	۷۴
آیا پرستار نظر بیمار را در مورد موضوع صحبت سؤال می‌کند؟	۱۴ (۱۸/۹)	۶۰ (۸۱/۱)	۷۴
آیا پرستار با روی گشاده (تبسم) با بیمار صحبت می‌کند؟	۵۲ (۷۰/۳)	۲۲ (۲۹/۷)	۷۴
آیا ارتباط بی‌موقع قطع می‌شود؟	۲۰ (۲۷)	۵۳ (۷۱/۷)	۷۳
آیا پرستار به سؤالات بیمار پاسخ می‌دهد؟	۶۷ (۹۰/۵)	۷ (۹/۵)	۷۴

در مورد تعیین مدت زمان و دفعات برقراری ارتباط نتایج حاکی از این بود که در طی ۷۴ شیفت (۴۴۴ ساعت) و

جدول ۴: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب زمان و دفعات برقراری ارتباط پرستاران با بیماران

زمان برقراری ارتباط	زمان	دفعات
کل	۲۴۰۱	۷۸۷
کمترین در هر شیفت	۸	۴
بیشترین در هر شیفت	۸۲	۳۰
میانگین	۳۲/۴۵	۱۰/۶۴
انحراف معیار	۱۸/۲	۴/۷۰

نتایج بیانگر آن است که در طی ۷۴ شیفت (۴۴۴ ساعت) کلاً ۲۴۰۱ دقیقه (۴۰ ساعت و یک دقیقه) ارتباط صورت گرفته که کمترین زمان ارتباط در یک شیفت ۸ دقیقه و بیشترین زمان ۸۲ دقیقه بوده است. کمترین دفعات ارتباط در یک شیفت ۴ مرتبه و بیشترین آن ۳۰ مرتبه بود. میانگین زمان برای ارتباطات برقرار شده ۳۲/۴۵ دقیقه و انحراف معیار آن ۱۸/۲ دقیقه بود و میانگین دفعات ارتباطات ۱۰/۴۴ و انحراف معیار آن ۴/۷۰ بود.

از ۷۴ شیفت مورد بررسی، ۳۸ مورد صبح و ۳۶ مورد عصر بود. نتایج حاکی از آنست که دفعات برقراری ارتباط در شیفتهای عصر در مقایسه با صبح بیشتر ولی زمان برقراری ارتباط در شیفتهای عصر کوتاهتر بوده است.

از ۷۴ پرستار مورد بررسی ۵۱٪ مجرد و ۹۴/۶٪ آنها مؤنث بودند. ۷۵/۷٪ پرستاران کمتر از ۳۰ سال سن و ۹۰/۵٪ آنها سابقه کار کمتر از ۱۰ سال داشتند. در ۵۰٪ شیفتهای تعداد بیماران بستری در بخش اورژانس بین ۱۵-۱۱ نفر بودند و در ۴۳/۲٪ موارد تعداد پرستاران ۲ نفر و در ۳۲/۵٪ مواقع ۳ نفر بود. در ۲۱/۷٪ موارد تعداد پرستاران یک نفر و در ۲۱/۶٪ موارد تعداد پرستاران ۴ نفر بوده است. در اکثریت مواقع (۷۵/۶٪) بین ۵-۱ نفر در طی شیفت، بیمار جدید پذیرش شده بود.

در تعیین دفعات قطع نامناسب ارتباط پرستاران با بیماران نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که در ۲۶/۹٪ موارد ارتباط قطع شده و از کل موارد قطع ارتباط که حدود ۲۱۲ مورد را شامل میشود، در ۱۶/۹٪ موارد بعلت پاسخگوئی به تلفن بخش، در ۳۹/۱٪ موارد بدلیل پاسخگوئی به بیماران دیگر، در ۲۵٪ موارد بعلت پاسخگوئی به همراهان، و در ۱۹٪ موارد بدون هیچگونه علت مشخصی ارتباط قطع می‌گردید (جدول ۵).

جدول ۵: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب علت قطع ارتباط پرستاران با بیماران

علت قطع ارتباط	تعداد	درصد
پاسخگوئی به تلفن بخش	۳۶	۱۶/۹
پاسخگوئی به بیماران دیگر	۸۳	۳۹/۱
پاسخگوئی به همراهان	۵۳	۲۵
نامشخص	۴۰	۱۹
جمع	۲۱۲	۱۰۰

جدول فوق بیانگر آنست که در اکثریت مواقع (۳۹/۱٪) علت قطع ارتباط، پاسخ گوئی به بیماران بوده است.

نسبت تعداد پرستاران به بیماران در ۷۳/۳٪ موارد ۲۰٪ بوده یعنی به طور متوسط به ازای هر پنج نفر بیمار، یک پرستار در بخش حضور داشته است و در بقیه موارد این نسبت ۲۵٪ یعنی یک به چهار بوده است.

### بحث:

ارتباط به عنوان اصل و بنیاد در زندگی، یک فرآیند دو جانبه با مشارکت همزمان دو نفر می‌باشد. ارتباط تکنیکی است که می‌تواند با نیاز اجتماعی افراد وفق داده شود (۱۸). ارتباط با بیمار فرآیندی است که در آن بیمار و پرستار بعنوان شرکت کننده تعامل نموده و هر یک سهم فعالی را در تبادل اطلاعات به عهده می‌گیرند (۱۹). نتایج ما نشان میدهد که در بررسی ۷۴ شیفت کاری (۴۴۴ ساعت) جمعاً ۴۰ ساعت و یک دقیقه فرآیند ارتباطی صورت گرفته در حالیکه در بررسی کویرا (Coiera) و همکاران (۲۰۰۲) در استرالیا، طی ۳۵ ساعت و ۱۳ دقیقه مشاهده عملکرد پرستاران، ۱۲۸۶ مورد ارتباط ثبت شده است (۱۳). یکی از موانع مهم در برقراری ارتباط کمبود وقت است بطوریکه پرسنل بخشهای اورژانس باید خیلی سریع افرادی را که مشکل حاد دارند بررسی نمایند و این مورد منجر به رفتار کلیشه‌ای با بیماران خواهد شد که مانع برقراری ارتباط می‌گردد و زمانی که بخش‌های اورژانس شلوغ باشد، بیمار بعنوان یک فرد فراموش می‌شود (۸). یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که در اکثریت مواقع (۴۳/۲٪) تعداد پرستاران در بخش اورژانس بستری با میانگین بیماران بستری ۵ نفر، فقط دو نفر بوده است که در ۷۵/۶٪ موارد در طی یک شیفت ۵-۱ نفر نیز بیمار پذیرش شده داشتند. با توجه به شرایط فعلی بیمارستان‌ها در رابطه

با کمبود پرسنل پرستاری و کثرت بیماران، امری بدیهی است که پرستار اکثر اوقات خود را به غیر از امور پرستاری از جمله منشی‌گری، پاسخ به تلفن و مراجعین و مواردی از این دست سپری نماید. نتایج بررسی حاکی از این بود که در ۶۷/۶٪ موارد پرستار برای برقراری ارتباط از پاسخ کلامی و در ۲۵/۷٪ موارد از پاسخ غیر کلامی استفاده می‌کرد. ارتباط غیر کلامی منبعی غنی در حالات احساسی و روحی افراد است و این نوع ارتباط بیش از ارتباط کلامی خالی از ریا و ابهام است (۲۰). لیکن برقراری ارتباط غیر کلامی مستلزم نیرو و صرف زمان زیاد برای پرستاری می‌باشد که با توجه به عدم امکانات و پرسنل کافی مقدور نمی‌باشد. میانگین زمان برقراری ارتباط یک پرستار در یک شیفت ۶ ساعته، ۳۲ دقیقه در طی حدود ۱۱ فقره فرآیند ارتباطی بود که به ازای هر ارتباط، پرستار به طور متوسط فقط ۳ دقیقه با بیمار تعامل داشت که بیانگر ارتباطات ضعیف و ناکافی تیم پرستاری است. همچنان که نتایج پژوهش‌های قبلی از جمله پژوهش ریل (Real) (۲۰۰۴) مؤید این مطلب است که پرستاران ارتباط صحیح و مناسبی با بیماران برقرار نمی‌کنند و از اهمیت ارتباط و ارتباط درمانی آگاهی کافی ندارند (۱۲). در مطالعه ما یافته‌ها نشان داد که ۲۷٪ از کل ارتباطات برقراری شده، قطع شده است کویرا و همکاران نیز نتایج مشابهی بدست آورده اند بطوریکه ۳۰/۶٪ موارد قطع ارتباط را ثبت کرده اند (۷). نکته جالب در یافته‌ها این بود که اکثریت پرستاران شاغل در اورژانس (۷۵/۵٪) کمتر از ۳۰ سال سن و ۸۷/۸٪ آنها کمتر از ۵ سال سابقه کار داشتند که بیانگر این است که در برنامه‌ریزی بخش‌های اورژانس عمدتاً پرستاران جوان و فعال به کار گرفته شده‌اند.

### نتیجه نهائی :

نتایج این پژوهش نشان داد هرچند که برقراری ارتباط در شیفت‌های بعد از ظهر در مقایسه با صبح زیاد بود ولی برقراری ارتباط در شیفت‌های بعد از ظهر کمتر بوده است که می‌توان نتیجه گرفت که پرستاران علی‌رغم شلوغی و کار زیاد در شیفت‌های صبح، وقت بیشتری را صرف برقراری ارتباط می‌کنند که نشان از انرژی بالا بوده و شاید

نظارت کافی در شیفت‌های صبح سبب ایجاد انگیزه در پرستاران جهت برقراری ارتباط با بیماران می‌گردد. در خاتمه پیشنهاد می‌گردد که جهت ارتقاء ارتباطات بین پرستاران و بیماران و مؤثر بودن فرآیندهای ارتباطی که اساس کار بالینی را بهبود می‌بخشد و می‌تواند تأثیر مثبتی در فرآیندهای بالینی داشته باشد برنامه‌های آموزش ضمن خدمت گنجانده شود تا پرستاران با تازه‌های علوم ارتباط انسانی و اهمیت آن آشنا شوند و به این امر مهم در پرستاری بیشتر توجه شود. بعلاوه شواهدی در دست است که برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های ارتباطی برای تیم بهداشتی می‌تواند سبب بهبود مهارت‌های ارتباطی آنها و نهایتاً سبب رضایت بیماران گردد (۷).

### سپاسگزاری :

بدینوسیله از دانشجویان پرستاری و مامائی دانشکده پرستاری و مامائی که در جمع‌آوری اطلاعات با ما همکاری نموده اند قدردانی و تشکر می‌کنیم و همچنین از مدیریت و پرسنل محترم اورژانس بیمارستان‌های اکباتان و مباشر که نهایت همکاری را در طول انجام طرح با اینجانبان داشتند نهایت تشکر را داریم.

### منابع :

1. Rad P. [Communications in the world]. Tehran: Chehr , 2002. (Persian) .
2. Shaheed beheshti's translatur group, [Taylor's Fundamental of Nursing], Tehran: Boshra, 2004: 78. (Persian).
3. Williams CA, Gossett Mt. Nursing Communication: Advocacy For the patient or physician USA. Clin Nurse Res 2001; 10(3):332-340.
4. Maleki F. [Headline]. Parastari Organization Magazine 2005; 11: 3. (Persian).
5. Moradi M, Goodarzi A. [The principle of communication in nursing]. Tehran: Fardanesh, 2000. (Persian).
6. Fereidoni ZH, Majidi F, Dorripour F. [The article book of the first overall congress of moral patient manife]. 2004: 58-59. (Persian).
7. Nairn S, Whothon E, Marshal C, Roberts M, Swann G. Accident and Emergency Nursing 2004; 12 : 159-165.
8. Baillie L. An exploration of nurse-patient relationships in accident and emergency. Accident and Emergency Nursing. 2005; 13: 9-14.
9. Koosha M, Vagheii S. [Psychiatric nursing], Sabzevar: Entezar, 2000,:181-197. (Persian).
10. Baghaee M, Saghafi SH. [A guidance for nursing

- emergency care]. Rasht: Hedayat, 1995:1-6. (Persian).
11. Parsa A, Eraabi M. [Organic behavior]. Tehran: Daftare Farhangi, 2005:582. (Persian).
  12. Real C. Communications: Nurse patient Relationships. San Diego, Ca 92130, 2004.
  13. Coiera WE, Jayasvrixa AR, Hardy J, Bannan A, Thorpe EC. Max. Communication loads on clinical staff in Emergency department. Med J Australia. 2002May; 176(9) : 415-418.
  14. Wilkinson S. Nursing communications. J. Adv Nurs 1998: 132-138.
  15. Macclod. E , Sims S. Oncology for nurses and Health care personals. London: Churchill living stone, 1999 : 23-25.
  16. Sammi T. [Brunner and Suddarth's text book of medical-surgical nursing], Tehran 2002:63-70. (Persian) .
  17. Poor communication : Root of most patient safety ills. ED Manage. 2004. 16(7): 76-8.
  18. Shahriari T, et al. [Margreet L's psychiatric nursing:Mental health], Tehran: Nashre Daneshgahi, 1991: 206. (Persian).
  19. Knipfer E, Scheiner R. How to reach a satisfactory communication in nursing care. A J N. 2006; 59(1): 2-8.
  20. Heroabadi SH, Marbaghi A. [Management of nursing & midwifery]. Tehran: Iran University of Medical Sciences Publisher, 1997: 655. (Persian).