



## همکاری پزشک و پرستار: یک تعامل موثر؟

شهین طاقی - استادیار، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

احمد نصیری\* - استاد، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

### چکیده

مقدمه:

مراقبت ایمن و یکپارچه سلامت مستلزم همکاری حرفه‌مندان سلامت است. همکاری بین حرفه‌ای مقوله‌ای مهم و بسیار پیچیده است که تحت تاثیر فرهنگ، سیستم ارزشی و ادراکی افراد قرار می‌گیرد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب پرستاران از همکاری بین حرفه‌ای با پزشکان طراحی گردید.

روش کار:

یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی برای جمع‌آوری و تحلیل تجارب پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند استفاده شد. ده نفر پرستار به طور هدفمند برای شرکت در این مطالعه انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های بدون ساختار و نیمه ساختاریافته جمع‌آوری گردید. فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت همزمان و مستمر با جمع‌آوری داده‌ها و با توجه به مراحل پیشنهادی گرانهایم و لاندمن انجام گردید.

نتایج:

پس از تحلیل داده‌ها پنج تم اصلی شامل خود باوری حرفه‌ای پرستار نیازمند توجه، رفتارهای بین حرفه‌ای غیر محترمانه، بلا تکلیفی در مسئولیت پذیری، اطاعت یا تعامل و در کنار هم کار کردن یا همکاری مبتنی بر تعامل آشکار گردید.

نتیجه‌گیری:

یافته‌های این مطالعه نشان دهنده نیاز پرستاران به حمایت برای تقویت خودباوری حرفه‌ای خویش، برقراری احترام دو جانبه و درک صحیح مسئولیت‌ها بود. این یافته‌ها همچنین بر ایجاد تعامل سازنده و تقویت روحیه همکاری بین حرفه‌ای تاکید نمود.

کلید واژه‌ها: خودباوری حرفه‌ای؛ رفتارهای بین حرفه‌ای؛ مسئولیت‌پذیری؛ همکاری مبتنی بر تعامل؛ مطالعه کیفی

**مقدمه:**

در عصر حاضر گستردگی و سرعت دگرگونی‌های زندگی بشر، فرایند مراقبت ایمن و یکپارچه سلامت را با چالش‌هایی روبرو ساخته است. یک راهبرد موثر برای مدیریت این چالش‌ها، توسعه همکاری بین حرفه‌های مرتبط با سلامت است. همکاری بین حرفه‌ای مقوله‌ای مهم و در عین حال بسیار پیچیده است که تحت تاثیر تفاوت سیستم ارزشی و قدرت حرفه‌های مختلف، تعریف نقش‌ها و تقسیم وظایف بین حرفه‌ای قرار می‌گیرد (۱). کمبود آشنایی با مفاهیم بنیادین، ساختارها و عوامل موثر بر انجام فعالیت‌های مشارکتی موجب شده است که با وجود نگرش مثبتی که نسبت به مراقبت‌های یکپارچه سلامت وجود دارد، کمتر شاهد همکاری تیمی باشیم (۲).

مراقبت از بیمار دارای ماهیت تیمی است و بخش عمده‌ای از فعالیت مراقبتی پرستار نیازمند همکاری با اعضای تیم سلامت از جمله پزشک می‌باشد (۳، ۴). با این وجود، نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهند که همکاری بین پزشک و پرستار محدود و نامناسب است (۲، ۵، ۶) و عواملی نظیر حرفه گرایی، مشکلات ارتباطی، ابهام نقش‌ها، ساختار و جو سازمانی و نگرش‌های واگرا مانع دستیابی به عملکرد بین حرفه‌ای می‌شود (۷، ۸).

مطالعات انجام شده در زمینه همکاری پزشک و پرستار در ایران بیشتر از نوع توصیفی هستند. این مطالعات نگرش پرستاران و پزشکان را در مورد همکاری بین حرفه‌ای بررسی نموده‌اند. مطالعات کیفی نیز اغلب به تبیین تجربه ارتباط حرفه‌ای پرستار با پزشک، افراد مافوق و سایر پرستاران پرداخته‌اند (۸، ۹، ۲). همکاری بین حرفه‌ای مفهومی وسیع‌تر از ارتباط دارد و موضوعاتی چون مهارت‌های بین فردی و سازمانی و همچنین درک نقش را نیز در برمی‌گیرد (۱۰، ۱۱). از آنجا که همکاری بین حرفه‌ای تحت تاثیر فرهنگ و درک اجتماعی قرار می‌گیرد (۲، ۱۲) به نظر می‌رسد برای پرداختن به این مقوله رویکرد کیفی مناسب باشد. بنابراین با توجه به این که کمتر مطالعه کیفی در زمینه تجربه همکاری بین حرفه‌ای پرستاران در ایران انجام شده است، این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران از همکاری بین حرفه‌ای با پزشکان در مراقبت از بیماران بستری انجام گردیده است.

**روش:**

این مطالعه با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی انجام گردید. جمعیت هدف، پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند بودند. برای انتخاب مشارکت کنندگان از روش نمونه گیری هدفمند با حداکثر تنوع (از نظر سن، جنس و تجارب بالینی) استفاده گردید. همه پرستاران با حداقل پنج سال سابقه کار بالینی که تمایل به مشارکت در مطالعه و بیان دیدگاه‌ها و نظرات خویش و همچنین توانایی ابراز نظر و بیان عقیده را داشتند، واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند. اشباع اطلاعات با شرکت ده نفر پرستار حاصل گردید.

**جمع آوری داده‌ها:**

در این مطالعه داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های بدون ساختار و نیمه ساختار یافته جمع‌آوری گردید. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه بود. زمان و مکان مصاحبه با نظر مشارکت کنندگان تنظیم گردید. مصاحبه‌ها در دانشکده پرستاری و بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و در محیطی آرام و خصوصی برگزار شد. هر مصاحبه با پرسش در مورد مشخصات دموگرافیک آغاز می‌شد و سپس سوال باز و کلی مانند «لطفاً تجربه خود از همکاری با پزشک را توصیف کنید» مطرح می‌گردید، در ادامه سوالات بعدی و پیگیری کننده به تناسب پاسخ‌های مشارکت کنندگان پرسیده می‌شد. پس از انجام هر مصاحبه، محقق جهت غوطه وری در داده‌ها، چند نوبت به دقت مصاحبه را گوش می‌داد. نسخه‌برداری از مصاحبه در اولین فرصت ممکن انجام می‌شد.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها:

فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت همزمان و مستمر با جمع‌آوری داده‌ها بر اساس روش تحلیل محتوای قراردادی و با توجه به مراحل پیشنهادی گرانهایم<sup>۱</sup> و لاندمن<sup>۲</sup> انجام گردید (۱۳). به این ترتیب که هر مصاحبه به صورت کلمه به کلمه پیاده گردید و چندین بار متن مصاحبه برای به دست آوردن درک کلی از محتوای آن خوانده شد. سپس متن به واحدهای معنایی تقسیم گردید و کدگذاری انجام شد. کدهای اولیه بر اساس مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌های آنها به زیردسته و دسته‌ها طبقه بندی گردیدند و در نهایت تم‌ها استخراج شدند.

برای اطمینان از اعتبار<sup>۱</sup> داده‌ها، تعامل طولانی مدت محقق با مشارکت کنندگان و داده‌های جمع‌آوری شده و همچنین انتخاب مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع رعایت گردید. علاوه بر این، چهار مشارکت کننده مطالب تایپ شده و کدهای استخراج شده مربوط به مصاحبه‌های خودشان را مطالعه کردند و آنها را مورد تأیید قرار دادند. قابلیت وابستگی<sup>۲</sup> و تایید پذیری<sup>۳</sup> یافته‌ها با استفاده از نظرات دو نفر از همکاران مسلط به تحقیق کیفی تایید گردید. به این ترتیب که متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده توسط آنها مورد بررسی قرار گرفت. توافق قابل قبولی در میان نتایج استخراج شده بین این محققین وجود داشت.

### ملاحظات اخلاقی:

پروپوزال این پژوهش به تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند رسید (IR.BUMS.REC.1397.4887). همچنین فرم رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان اخذ گردید. در طی تحقیق اصول رازداری و اختیاری بودن شرکت در تحقیق یا خروج از آن رعایت شد. همچنین، به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که نام و هویت آنها تحت هیچ شرایطی فاش نمی‌شود و در هر مرحله که بخواهند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

### یافته‌ها:

1. Credibility
2. Dependability
3. Confirmability

در این مطالعه ده پرستار (۴ مرد و ۶ زن) در طیف سنی ۳۰ تا ۵۸ سال و میانگین سنی ۳۸/۴ سال در مطالعه شرکت کردند. آنان دارای ۶ تا ۳۵ سال (میانگین ۱۳/۷ سال) سابقه کار در بخش های مختلف بالینی بودند.

پس از تحلیل داده ها در مجموع پنج تم خود باوری حرفه ای پرستار نیازمند توجه، رفتارهای بین حرفه ای غیر محترمانه، بلا تکلیفی در مسئولیت پذیری، اطاعت یا تعامل و در کنارهم کار کردن یا همکاری مبتنی بر تعامل استخراج گردید. اولین تم و طبقات مربوط به آن به طور خلاصه در جدول (۱) ذکر گردیده است.

Table1

Nurses experiences of interprofessional collaboration in hospitalized patient care themes, categories, and subcategories

Theme	subtheme	Category
Nurse's professional confidence : worthy of attention	Insufficient courage	Lack of confidence for Giving Opinions  inadequate daring to ask  poor self- confidence for independent action  failure of nursing education in developing professional confidence
	Inadequate support	Unsupported Nurse's professional confident behaviors by physician  <b>Lack of</b> nurses' intra-professional synergy  discriminatory and non supportive overall view toward nurse

## خود باوری حرفه ای پرستار : نیازمند توجه

تم اول این مطالعه بیانگر آن بود که اغلب مشارکت کنندگان معتقد بودند که شرایط برای شکل گیری خود باوری حرفه ای پرستار فراهم نبوده است. دو طبقه اصلی که در ارتباط با این تم به دست آمد کمبود جرات مندی و کمبود دریافت حمایت بود.

### کمبود جرات مندی:

تجربه بسیاری از مشارکت کنندگان حاکی از برخوردار نبودن پرستاران از جرات کافی برای اظهار نظر بود. زیرا اظهار نظر کردن، دخالت در کار پزشک تلقی می شود و ممکن است پیامدهای ناخوشایندی در بر داشته باشد. در بسیاری از موارد پرستاران برای رفع ابهامات و یا انجام اقدامات مبتنی بر تشخیص حرفه ای خود از جرات کافی برخوردار نبودند. از جمله مشارکت کنندگان ابراز داشتند:

«حتی پرستار جرات نداره بگه این دستور دارویی رو نمی تونم بخونم، ناخواناست. بعضی وقتا من دیدم برای یک دستور دارویی که همکاری نمی تونه بخونه ممکنه از این بخش به اون بخش بره، سه تا لاین میره می گرده از این همکار پرس، از اون پرس، ولی جراتش رو نداشته زنگ بزنه آقای دکتر، این اوردر شما را نمی تونم بخونم» (مرد، کارشناس ارشد، ده سال سابقه کار).

### کمبود دریافت حمایت :

مشارکت کنندگان بر این باور بودند که برخورد پزشک، امکان اظهار نظر و انجام اقدامات مستقل توسط پرستار را فراهم نمی کند و پرستاران نیز از یکدیگر در راستای توسعه کفایت حرفه ای حمایت نمی کنند. آنها، همچنین معتقد بودند که جامعه و نظام سلامت نگاه تبعیض آمیزی نسبت به پزشک و پرستار دارند که از زمان شکل گیری هویت حرفه ای پرستار آغاز می گردد و در سرتاسر زندگی کاری آنها ادامه دارد. مشارکت کنندگان اظهار نمودند:

«تبعیض قائل شدن بین پزشک و پرستار سابقه تاریخی داره، جامعه هم اغلب به پرستار به عنوان یک فرد تحصیل کرده نگاه نمی کنه» (مرد، کارشناس، دوازده سال سابقه کار).

### رفتارهای بین حرفه ای غیر محترمانه

در مطالعه حاضر بسیاری از مشارکت کنندگان از روابط غیر دوستانه پزشک و پرستار نسبت به هم سخن گفتند. آنان احساس می کردند که مجبورند بر خلاف حس باطنی خود، برخورد ظاهری خوبی با پزشک داشته باشند. این مضمون شامل دو طبقه اصلی روابط متقابل غیر دوستانه و احترام سطحی بود.



روابط متقابل غیر دوستانه:

تجربه مشارکت کنندگان حاکی از روابط غیر دوستانه بین پزشک و پرستار بود که تحت تاثیر عواملی نظیر سن، سابقه، شلوغی بخش، تعداد پرسنل پرستاری هر شیفت و چرخش پرسنل پرستاری در بخش ها قرار می گرفت. در این زمینه یکی از پرستاران عنوان کرد:

«بعضی پزشکا صمیمی نمی شن مثلاً سلام نمی کنن خداحافظی نمی کنن. همینجور میان مریضاشونو میبینن، اوردراشون می نویسن ومیرن، حس خیلی بدی روالقاء می کنه» (زن، کارشناس، ده سال سابقه کار).

پرستاران تجربه برخورد های تند برخی پزشکان را نسبت به خود در حضور بیمار و همراهی مطرح نمودند. همچنین از رفتار های حاکی از نارضایتی پرستاران سخن گفتند. یکی از پرستاران در این زمینه گفت:

«پرستارا وقتی ناراضی هستن. متاسفانه خیلی زیاد پشت سر پزشکا حرف می زنن. کارشوزیر سوال می برن و این تو همکاری جوونتر بیشتره» (زن، کارشناس، شش سال سابقه کار).

احترام سطحی:

تجربه مشارکت کنندگان نشان داد که پرستار در برخی شرایط خود را مجبور می بیند به گونه ای رفتار کند که خوشایند پزشک باشد در این زمینه یکی از پرستاران عنوان کرد:

« معتقدم که پرستار ها سعی می کنند، مطابق میل پزشک رفتار کنند تا آرامش بر بخش حاکم باشه، ولی هر چه بین افراد ارتباط ها صادقانه تر باشه، بهتره » (زن، کارشناس، هفده سال سابقه کار).

پرستاران بیان نمودند که رفتار کردن مطابق خوشایند پزشک موجب می شود که بین حس درونی و رفتار بیرونی خود دچار احساس تناقض شوند. تجربه مشارکت کنندگان نشان دهنده یک احترام مشروط بین پزشک و پرستار بود که در برخی شرایط به صورت بی احترامی و یا احترام سطحی نمود پیدا می کرد.

**بلا تکلیفی در مسئولیت پذیری**

همکاری بین حرفه ای موفق مستلزم شفاف بودن نقش ها و مسئولیت ها است تا افراد به درستی مسئولیت خود را درک کنند و مسئولیت عملکرد خود را به عهده گیرند. بسیاری از مشارکت کنندگان درک ناکافی مسئولیت و فرار از پذیرش مسئولیت عملکردها را تجربه کرده بودند.



درک ناکافی مسئولیت:

بر اساس تجربه مشارکت کنندگان، پزشک و پرستار برخی از امور را وظیفه خود نمی دانند و مورد بی توجهی قرار می دهند. این عدم درک پزشک و پرستار از مسئولیت خود در برابر بیمار موجب تنش در روابط می گردد. در این راستا یکی از پرستاران گفت:

«مقیم بیهوشی می گفت: به فلان متخصص بیهوشی بگین. اون هم می گفت: تو یک نرس ویژه ای، چرا خودت انجام نمیدی؟ بعد من زنگ می زدم به سوپروایزر، اون هم می گفت: تو نباید انجام بدی، سردرگم بودیم» (زن، کارشناس ارشد، هفت سال سابقه کار).

فرار از پذیرش مسئولیت عملکردها:

یافته های مطالعه حاکی از تجربه پرستاران در زمینه برعهده نگرفتن مسئولیت عملکرد خویش، به دنبال جستجوی علت بروزمشکلات نبودن و نسبت دادن کوتاهی ها در اکثر موارد به پرستاران بود. در این زمینه یکی از پرستاران اظهار داشت:

«من یه تجربه داشتم که چند سال پیش که یه مریض بدحال شده بود، پزشک آنکال جواب نمی داد. از پزشک اورژانس کمک گرفتیم، صبح مریض اکسپایر شد. من در گزارش نوشتیم که ما به پزشک زنگ زدیم جواب نداد. پزشک عکس العمل تندی نشون داد که نباید در گزارش پرستاری می نوشتی که من جوابگو نبودم» (زن، کارشناس، بیست سال سابقه کار).

یکی از مشارکت کنندگان نیز عنوان کرد:

«گاهی کوتاهی هایی در سیستم از سوی پزشک وجود داره که معمولاً به دلیل جایگاه ضعیف تر اون رو به پرستارا نسبت میدن، البته در فرایندهای قانونی مسئول مشخص میشه و هر کس به اندازه سهم خودش مجازات میشه ولی در جوی که ایجاد میشه اغلب پرستار مقصر شناخته شده و سرزنش میشه» (مرد، کارشناس ارشد، سی و پنج سال سابقه کار).

بر اساس تجربه مشارکت کنندگان درجاتی از عدم درک مسئولیت و به عهده نگرفتن مسئولیت عملکرد وجود داشت که می تواند همکاری بین حرفه ای را با مشکل مواجه سازد.

**اطاعت یا تعامل؟**

بر اساس یافته های مطالعه حاضر، تجربه پرستاران حاکی از فراهم نبودن فضای تعامل و لزوم اطاعت کلیشه ای بود.



اطاعت کلیشه ای:

تجربه بسیاری از پرستاران نشان داد که یک باور کلیشه ای رواج دارد که طبق آن از پرستار انتظار می رود از پزشک اطاعت کند و مجری دستورات وی باشد. در این زمینه یکی از پرستاران گفت:

«اصلا پرستار انگار حق تصمیم گیری نداره، پزشک دستور میده و ما مجبوریم اجرا کنیم. از بالا همیشه اوردر بوده، دکتر دستور داده ما اجرا کردیم. مثلا من پشت تلفن یک مریض رو برای ایشون توصیف می کنم، رگباری اوردرها میاد و اصلا به من فرصت داده نمیشه بگم آقای دکتر این اینجوری هم هست، مثلا به نظر شما این کار رو هم بکنیم یا نه» (زن، کارشناس ارشد، دوازده سال سابقه کار).

همچنین بسیاری از پرستاران احساس می کردند که برای حفظ موقعیت خود مجبور به اطاعت هستند. یکی از پرستاران ابراز کرد:

«پرستار باید تابع باشه، سیستم اینجوری می پسنده، باید تو اینجوری باشی، اگر غیر این باشی حذفی، متاسفانه مثلا میگن این نیرو به درد نمی خوره، جلوی دکتر فلانی وایمیسته، شاید درست انجام بده کار رو، ولی حذف میشه. در کل اگر بخوای تو مجموعه باشی و ناراحتی ایجاد نشه، تو باید همینجوری تابع باشی» (زن، کارشناس، شش سال سابقه کار).

فراهم نبودن فضای تعامل:

یافته های مطالعه نشان داد که اغلب فرصتی برای برقراری تعامل مناسب بین پزشک و پرستار وجود ندارد. در این راستا یکی از پرستاران گفت:

«با برنامه های اعتبار بخشی، پرستارها خیلی سرشون شلوغ شده و دایم باید حواسشون به تکمیل کردن اطلاعات مورد نیاز سیستم باشه، در گذشته ما ممکنه دو نفر نیرو بودیم و سی نفر مریض و مرتب به بیمارها سر می زدیم ولی الان پرستار اینقدر درگیر کارهای ثبت در سیستم است که فرصت سرزدن از بیمار رو هم نداره. فرصت تعامل با بیمار و پزشک رو نداره و پزشکا هم که معمولا سرشون شلوغه و خیلی سریع ویزیت می کنن و میرن» (مرد، کارشناس ارشد، سی و پنج سال سابقه کار).

پرستاران مبادله اطلاعات و جلسات آموزشی مشترک را در همکاری مناسب پزشک و پرستار موثر دانستند. یکی از پرستاران در این زمینه عنوان کرد:

«اگه شما بدونین که پزشکتون چه چیزهایی رو ازتون می خواد، راحت تر می تونین تو بالین هم اجراش بکنین، امسال برای اولین بار جلسه آموزشی داشتیم که پزشک در مورد بیماری و روش های درمان توضیح می داد و





پرستار مراقبت‌های پرستاری شو در ادامه تدریس می‌کرد. خیلی پرستارها استقبال کردند، این خودش همدلی بین پزشک و پرستار رو بیشتر می‌کنه» (زن، کارشناس، هجده سال سابقه کار).

طبق تجربه مشارکت کنندگان تبادل اطلاعات بین پزشک و پرستار موجب می‌شود که پرستار با اطمینان بیشتری وظایفش را انجام دهد. نظر یکی از پرستاران چنین بود:

«بعضی وقت‌ها هست که پزشک توضیح میده، می‌گه به این دلیل نباید این کار رو بکنی و واقعا این رو می‌پذیری که شاید این چیزی که من می‌بینم اون فراتر از رو می‌بینی و این خودش حس خوبی ایجاد می‌کنه، ولی اغلب توضیح نمیدن» (زن، کارشناس، هفده سال سابقه کار).

در مجموع، یافته‌های مطالعه نشان داد که شرایط برای یک تعامل موثر فراهم نیست و این باور وجود دارد که پرستار می‌بایست اطاعت کند.

#### در کنار هم کار کردن به جای همکاری تعاملی

مفهوم همکاری در ادبیات نظام سلامت بسیار مورد استفاده قرار گرفته است. این مفهوم الهام بخش و در عین حال پیچیده است. بخشی از پیچیدگی آن مربوط به سطوح مختلف همکاری است که از کنار هم کار کردن تا همکاری در قالب تیم‌های یکپارچه را در بر می‌گیرد. در مطالعه حاضر دو طبقه اصلی شامل عدم تعامل به دلیل مشترک نبودن اهداف و تعهد ضعیف طرفین برای تعامل موثر شناسایی گردید.

عدم تعامل به دلیل مشترک نبودن اهداف:

تجربه پرستاران حاکی از آن بود که پزشک و پرستار در بسیاری از موارد جدا از یکدیگر کار می‌کنند چون اهداف مشترکی را دنبال نمی‌کنند. در این راستا یکی از پرستاران گفت:

«ما اگه هدفمون بیمار باشه، اون وقت می‌شیم تیم، ولی هدفمون دقیقاً بیمار نیست، من گاهی اوقات می‌بینم پزشک بیشتر برای مقاصد مالی کار می‌کنه، سرپرستار برای این که پستش حفظ بشه، بیمار رو هم مراقبت می‌کنیم، ولی هدفه اون نیست، متأسفانه حتی هدف بیمارستان هم بیمار نیست، گاهی هدفش ارتقاء خود بیمارستانه که بگن بیمارستان سطح یک شده، حسم بیشتر اینه، حس نمی‌کنم تیم هستیم» (زن، کارشناس، ده سال سابقه کار).

تعهد ضعیف طرفین برای تعامل موثر:

تجربه مشارکت کنندگان حاکی از عدم تمایل و تلاش پزشک برای همکاری تیمی بود. یکی از پرستاران اظهار داشت:



«پزشکا هیچوقت نخواستن با پرستار در یک تیم قرار بگیرن. ما یک تیم نیستیم در واقع داریم کار می کنیم هر کدوم جدا ... تا پزشکا وقت نزارن این همکاری برقرار نمیشه، تا پزشک نخواد و وارد نشه، تا نیان جلو نمیشه ... به نظر من از طرف پزشکا سهمش بیشتره» (مرد، کارشناس ارشد، ده سال سابقه کار).

همچنین مشارکت کنندگان اهمیت تلاش پرستار برای کسب صلاحیت های مورد نیاز همکاری بین حرفه ای را مطرح نمودند. پرستاران بر این باور بودند در بخش هایی که پرستار از مهارت های حرفه ای بیشتری برخوردار است، همکاری مطلوب تری بین پزشک و پرستار برقرار است. صلاحیت های حرفه ای پرستار موجب جلب اعتماد پزشک نسبت به وی و ارتقاء همکاری می گردد. یکی از پرستارها چنین عنوان نمود:

«من فکر می کنم اگر پرستارای ما خوب کار بکنن، اگه پرستارا حرفه ای باشن، اصلا می تونن نقش خیلی مهمی داشته باشند و حتی مدیریت کنن همکاری پزشک و پرستار رو... ولی متأسفانه در این زمینه خیلی تلاش نمی کنند» (مرد، کارشناس، دوازده سال سابقه کار).

تجارب مشارکت کنندگان نشان داد که متمرکز نشدن بر هدف مشترک و تعهد ناکافی پزشک و پرستار برای شکل دادن یک همکاری تیمی موجب شده است که پزشک و پرستار در کنار یکدیگر به طور جداگانه انجام وظیفه کنند.

#### بحث:

هدف این مطالعه تبیین تجارب پرستاران از همکاری بین حرفه ای با پزشکان در مراقبت از بیماران بستری بود. این تجارب شامل خود باوری حرفه ای پرستار: نیازمند توجه، رفتارهای بین حرفه ای غیرمحترمانه، بلا تکلیفی در مسئولیت پذیری، اطاعت یا تعامل، و در کنار هم کار کردن یا همکاری تعاملی بودند.

بر اساس یافته ها، مشارکت کنندگان کمبود جرات مندی در اظهار نظر، پرسیدن ابهامات و رفتار مستقل و همچنین ناکافی بودن تاثیر آموزش پرستاری در شکل گیری خودباوری حرفه ای را تجربه کرده بودند. نتایج مطالعات متعددی نیز نشان داده است که پرستاران جرات کمی دارند (۱۴) و در مواردی که ابراز عقیده ممکن است عواقب مطلوبی نداشته باشد، از اظهار نظر خودداری می کنند و مسائل را نادیده می گیرند (۱۵). عدم شکل گیری خودباوری در آن ها موجب می شود که در حالی که برای ایفای نقش مستقل حرفه ای توانمند هستند، بدون اظهار نظر و ارزیابی تخصصی وابسته به پزشک عمل کنند (۱۶). در حالی که پرستار می بایست ضمن همکاری با پزشک، از استقلال حرفه ای برخوردار باشد (۱۷). نتایج برخی مطالعات نیز حاکی از کمبود خودباوری حرفه ای پرستاران تازه فارغ التحصیل می باشد (۱۸).

طبق یافته های مطالعه حاضر، پرستاران در مسیر توسعه خودباوری حرفه ای، رفتارهای تبعیض آمیز را تجربه کرده بودند. نتایج مطالعات نشان می دهند که تبعیض تحت تاثیر کلیشه ها یا ادراکات اجتماعی شکل می گیرد. وجود

کلیشه ها در مورد یک گروه در بسیاری از موارد با تعصب یا قضاوت همراه می گردد. کلیشه های حرفه ای ارتباط و همکاری را تحت تاثیر قرار می دهند (۱۲) و موجب می شوند که روابط بین اعضای دو گروه حرفه ای بیش از آنکه بر نقاط اشتراک متمرکز شود، حول محور تفاوت ها شکل گیرد (۱۹). همچنین صاحب نظران معتقد هستند که در فرایند جامعه پذیری، تاکید هر حرفه بر دیسیپلین خود موجب بی توجهی به نقاط قوت سایر رشته ها و مانع از تقویت مهارت همکاری می گردد (۱۶).

به طور کلی یافته های مطالعه نشان داد که خودباوری حرفه ای پرستاران نیاز به توجه بیشتری دارد. این در حالی است که برای همکاری بین رشته های مختلف می بایست هر رشته تکامل یافته باشد، منظور از تکامل رشته، پیشرفت دانش و همچنین خودباوری اعضای آن حرفه است که موجب می شود مرزهای حرفه ای در عین این که نفوذپذیر هستند، مستحکم و پایدار باشند (۲۰)، بنابراین برای یک همکاری بین حرفه ای مطلوب می بایست خودباوری حرفه ای پرستاران تقویت گردد.

در مطالعه حاضر، تجربه بسیاری از مشارکت کنندگان حاکی از رفتارهای بین حرفه ای غیرمحترمانه و وابسته به شرایط بود. نتایج برخی مطالعات نیز نشان می دهد که پزشکان و پرستاران در روابط بین حرفه ای تا حدودی احساس نامطلوب را تجربه می کنند (۲، ۵، ۶). در برخی موارد پزشکان رفتارهای تحکم آمیزی دارند که منعکس کننده نگرش سنتی است که در آن پرستاران به جای همکاران حرفه ای با ارزش، زیر دست محسوب می شوند، تسلط پزشکان موجب از بین رفتن توازن قدرت می شود و مانع از آن می گردد که نقش و تخصص پرستاران را درک کنند و برای آن احترام قائل باشند (۲۱، ۲۲). همچنین نتایج مطالعات حاکی از آن است که روابط بین پزشک و پرستار از ثبات کافی برخوردار نیست. این روابط ناپایدار تحت تاثیر عواملی مانند تجربه کاری، بخش محل خدمت، چرخش نیروی پرستاری در بخش های مختلف و مدت ارتباط پرستار و پزشک تغییر می کند (۲، ۱۵).

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که در اغلب موارد رفتار احترام آمیز پرستار ظاهری و ناهماهنگ با حس باطنی وی می باشد. برخی صاحب نظران معتقدند هنگامی که تفاوت قدرت در یک رابطه زیاد است، سمت ضعیف تر رابطه اغلب از سبک های منفعل برای مدیریت روابط استفاده می کند. فرد دارای قدرت کمتر به جای رفتار واقعی برای اجتناب از پیامدهای ناگوار، مکانیسم واکنش معکوس را بکار می برد (۲۳).

در مجموع طبق یافته های مطالعه می توان گفت که احترام بین پزشک و پرستار وابسته به شرایطی است که در آن قرار دارند و در برخی موارد شاهد بی احترامی و یا احترام ظاهری در روابط بین حرفه ای هستیم. در حالی که اعتماد و احترام از شروط مهم همکاری پزشک و پرستار می باشد که موجب توسعه ارتباط و بهبود پیامدهای مربوط به بیمار می شود (۲۴). برای یک همکاری بین حرفه ای مناسب می بایست روابط متقابل، باز و محترمانه توسعه یابد (۱۰).



نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که در پاره ای از موارد درک پزشک و پرستار از مسئولیت خود در برابر بیمار ناکافی است. نتایج برخی مطالعات نیز نشان می دهد که پزشک و پرستار نسبت به تقاضاهای بیمار بی توجهی می کنند و اطلاعات کافی به بیمار ارائه نمی نمایند. همچنین در بسیاری از موارد پرستار با بیمار ارتباط مطلوبی برقرار نمی کند و پزشک نیز حقوق بیمار را مورد غفلت قرار می دهد (۲۵، ۲۶). در حالی که ارزش نهادن به نیازهای مددجویان از مهارت های بین فردی مهم در همکاری است و همکاری پزشک و پرستار نیازمند مسئولیت پذیری آن ها جهت ارائه مراقبت با کیفیت می باشد (۱۰، ۲۷). در پرستاری، مسئولیت پذیری حرفه ای جوهره بنیادینی است که گریز از آن بی نظمی، آشفتگی و آسیب ایجاد می کند (۳۰) و برای شکل گیری آن لازم است که پرستار باور کند روی حرفش حساب می کنند و به نظراتش احترام می گذارند (۲۸). پزشک و پرستار با وجود متفاوت ماهیت کارشان از یکدیگر، می بایست برای ارائه بهترین خدمات به بیمار با هم همکاری کنند، این موضوع می تواند موجب گنجی در نقش ها و مسئولیت ها گردد (۲۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده فرار از پذیرش مسئولیت عملکردها بود. همسو با این یافته، نتایج برخی مطالعات نیز نشان می دهند که چنانچه کوچکترین مشکلی در امر مراقبت و درمان بیمار پیش آید، اولین فردی که مورد انتقاد قرار می گیرد، پرستار است (۱۶). برخی صاحب نظران معتقد هستند که انسان ها در برخورد با مشکلات اغلب تمایل به فرافکنی دارند، در صورتی که بیشتر مشکلات، ناشی از عدم کفایت افراد نیست و ریشه در طراحی ضعیف سیستم دارد، آنان بر این باور هستند که بسیاری از ما به جهان به صورت ایستا نگاه می کنیم. این نحوه نگرش ما را به سمت ارائه توصیفی خطی از پدیده های سیستمی سوق می دهد، بنابراین در برخورد با یک مساله متقاعد می شویم که تقصیر بر عهده طرف مقابل است (۳۰). در صورتی که تمایل و شجاعت برای پذیرش بار مسئولیت در قبال نتایج به دست آمده موجب همکاری توأم با احترام و اعتماد می شود (۱۶).

در یک نگاه کلی می توان گفت که یافته های مطالعه نشان می دهند که در برخی موارد مسئولیت حرفه ای به خوبی درک نمی شود و افراد از پذیرش مسئولیت عملکرد خویش سرباز می زنند که این امر مانع یک همکاری بین حرفه ای مطلوب می گردد.

بر اساس نتایج این مطالعه، تجربه پرستاران در همکاری با پزشک به جای تعامل، بیشتر اطاعت بود. پرستاران احساس کرده بودند که از آن ها انتظار می رود که اطاعت کنند و همچنین برای حفظ وضعیت خویش، خود را مجبور به اطاعت می دیدند. نتایج برخی مطالعات نیز نشان می دهد که پزشکان، پرستار را زیر مجموعه خود دانسته و همکاری آن ها را برابر اجرای دستورات می دانند (۲، ۳۱). قبل از دهه ۱۹۶۰، پرستار به عنوان فردی در نظر گرفته می شد که می بایست از پزشک اطاعت کند (۳۲). با وجود سالها سیاست گذاری و برنامه های آموزشی در راستای تغییر روابط پرستاران و پزشکان، هنوز نگاه سنتی به خود و حرفه مقابل وجود دارد. این نگرش سنتی می تواند به صورت کلیشه های پنهان به حیات خود ادامه دهد. به منظور بهبود همکاری بین حرفه ای، می بایست

همه اعضای تیم باور درستی نسبت به خود و سایر حرفه های همکار داشته باشند، بنابراین لازم است کلیشه های حرفه ای شناسایی و ارزش گذاری شوند. برای ایجاد توازن قدرت در همکاری، آموزش بین حرفه ای راهبرد مناسبی است که با به چالش کشیدن تفاوت های سنتی، مرزهای بین حرفه ای را محو می سازد (۱۹).

یافته های مطالعه حاکی از کمبود تعامل پزشک و پرستار، از دست دادن فرصت های تعامل و عدم تبادل اطلاعات علمی بود. نتایج برخی مطالعات نیز هم راستا با نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که اکثر پزشکان به نقطه نظرات پرستار گوش نمی کنند، وقت کمی را برای ارتباط با اعضای تیم سلامت و بیماران صرف می کنند (۳۳، ۱۶). پزشک و پرستار اغلب با یکدیگر صحبت نمی کنند و یا ارتباط بین آن ها ناکافی است (۳۱). عجله داشتن پزشک و عدم دسترسی به او در این زمینه مانع عمده ای محسوب می شود (۳۳). در حالی که عدم برقراری ارتباط مؤثر بین پرستاران و پزشکان که به دفعات رخ می دهد، می تواند عواقب سوئی برای بیمار داشته باشد. عدم تعامل بین پزشک و پرستار موجب گردیده است که ایمنی بیمار به یک دغدغه جهانی مبدل شود (۱۵). پزشک و پرستار از مهم ترین اعضای تیم درمان هستند که وظایف جداگانه و متمایزی دارند. با این وجود از آنان انتظار می رود به منظور ارائه خدمات بهتر با یکدیگر ارتباط مؤثری برقرار کنند (۳۴). قرار دادن آزادانه اطلاعات لازم در اختیار اعضای حرفه های مکمل نیز در همکاری بین حرفه ای مؤثر شناخته شده است (۱۰). همکاری بین حرفه ای می بایست موجب خلق فرصت های مساوی برای هر یک از افراد باشد تا دانش و تخصص خود را در یک محیط توأم با احترام و اعتماد به اشتراک بگذارند (۳۵).

در مجموع یافته ها از این حکایت دارد که در بسیاری از موارد ارتباط پزشک و پرستار از الگوی فرادست - فرودست تبعیت می کند و تبادل اطلاعات علمی بین آن ها به طور مؤثری صورت نمی گیرد. چنین شرایطی مانع از شکل گیری یک همکاری بین حرفه ای مناسب می گردد.

تجربه مشارکت کنندگان نشان داد که پزشک و پرستار به جای یک همکاری مبتنی بر تعامل فقط در کنار هم کار می کنند و اهداف مشترکی که می توانند فعالیت ها را همسو کنند مورد بی توجهی قرار می گیرند. همچنین در برخی موارد پزشک و پرستار، اهداف فردی را بر اهداف حرفه ای ترجیح می دهند. نتایج برخی مطالعات نیز نشان می دهد که حرفه مندان سلامت به صورت مجزا فعالیت می کنند (۳). این حرفه ها به دلیل برخورداری نبودن از نگرش تیمی، هر یک اهداف جداگانه ای دارند و کمتر بر اساس اهداف مشترک عمل می کنند (۳۶). این در حالی است که برای ارائه مراقبت جامع به جای عملکرد فردی و تک حرفه ای یک فرایند تیمی مورد نیاز است (۱). در این زمینه نقش سیستم آموزشی حرفه های مربوط به سلامت را نباید از نظر دور داشت. آموزش سنتی به ندرت افراد را برای کار تیمی آماده می کند و بیشتر بر توانایی تکنیکی و صلاحیت فردی در مراقبت از بیمار متمرکز است (۳۴). بنابراین به نظر می رسد با بهبود رویکردهای آموزشی، فرایند اجتماعی شدن پزشک و پرستار تغییر یابد. این امر می تواند موجب همسو کردن اهداف، همگرایی تلاش ها، موازنه قدرت و مشارکت بین حرفه ای



در تصمیم گیری ها گردد. در این راستا آموزش بین حرفه ای می تواند به تعاملات و عملکرد تیمی مبتنی بر مددجو منجر گردد. این رویکرد آموزشی، دانشجویان حرفه های سلامت را برای کسب آگاهی، نگرش و مهارت های همکاری بین حرفه ای آماده می سازد (۱). چنانچه دانشجویان با هم به یادگیری بپردازند، برای کار کردن با هم آماده می شوند (۳۷).

یافته های مطالعه حاکی از تعهد ضعیف پزشک برای فراهم کردن شرایط همکاری بین حرفه ای و کمبود تعهد پرستار برای کسب صلاحیت های حرفه ای موثر بر همکاری بود. نتایج برخی مطالعات در راستای یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که پزشکان نسبت به استقلال پرستاران و پذیرش مشارکت آنان در امر تصمیم گیری مراقبت دیدگاه مثبتی ندارند. همچنین پزشکان آگاهی محدودی نسبت به حرفه پرستاری دارند و نگرش پزشک سالاری آنان مانع از این می شود که شرایط را برای همکاری تیمی تسهیل کنند (۲). صاحب نظران معتقد هستند که برای عملکرد بین حرفه ای می بایست اعضای هر حرفه از مرز حرفه گرایی عبور کنند و حرفه های دیگر را به عنوان بخش مکمل حرفه خویش بپذیرند (۱۰). نتایج برخی مطالعات نیز نشان می دهد که چنانچه پرستاران به صورت تخصصی و حرفه ای عمل کنند، پزشک برای آنان ارزش بیشتری قائل می گردد و در نتیجه کیفیت همکاری بین حرفه ای ارتقاء می یابد (۲). صلاحیت پرستاران از عوامل اصلی تعیین کننده نوع روابط پزشک و پرستار محسوب می شود.

به طور کلی یافته ها نشان داد که پزشک و پرستار به جای یک همکاری مبتنی بر تعامل فقط در کنار هم فعالیت می کنند. پزشک و پرستار تعهد کافی برای ایجاد پیش زمینه های همکاری بین حرفه ای ندارند. بنابراین با وجود این که امروزه همکاری بین حرفه ای مورد تاکید است، در عمل شاهد این سطح از همکاری نیستیم.

محدودیت مهم مطالعه حاضر آن بود که فقط به تجارب پرستاران از همکاری بین حرفه ای پرداخته شد. در حالی که بررسی تجارب پزشکان از همکاری با پرستار می تواند موجب درک جامع تری در این زمینه گردد.

#### نتیجه گیری:

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، برای تجربه یک همکاری بین حرفه ای مطلوب؛ توسعه خودباوری حرفه ای پرستاران می بایست مورد حمایت قرار گیرد. پزشک و پرستار به یکدیگر به عنوان حرفه های مکمل احترام بگذارند. همچنین اعضای هر حرفه در مورد مسئولیت هایی که بر عهده دارند به قطعیت بهتری برسند. تعامل سازنده پزشک و پرستار، جایگزین دیدگاه های سنتی کلیشه ای اطاعت گردد و پزشک و پرستار به جای کار کردن در کنار هم یک همکاری مبتنی بر تعامل را شکل دهند.



1. Vafadar Z, Vanaki Z, Ebadi A. Interprofessional education a response to health system challenges. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014;14(2):148-64.
2. Jasemi M, Rahmani A, Aghakhani N, Hosseini F, Eghtedar S. Nurses and Physicians' viewpoint toward interprofessional collaboration. *Iran Journal of Nursing*. 2013;26(81):1-10.
3. Yamani N, Jafae R, Karimi H, Erajpour A, Jarahi L. Medical, nursing and radiology students readiness for Interprofessional education in Mashhad University of Medical Sciences. *Journal of Medical Education Development*. 2015;8(17):113-21.
4. Pakpour V, Hojat M, Salehi H, Rahmani A, Shahim A, Mohammadi R. Viewpoint of nurses on inter-professional relationship between nurses and doctors. *Hayat*. 2014;20(1):74-85.
5. Rostam H, Rahmani A, Ghahramanian A. The viewpoint of nurses about professional relationship between nurses and physicians. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2010;7(1):63\_71-63\_71.
6. Sterchi LS. Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN journal*. 2007;86(1):45-57.
7. Fung LY, Downey K, Watts N, Carvalho JC. Barriers to Collaborative Anesthetic Care Between Anesthesiologists and Nurses on the Labor and Delivery Unit: A Study Using Modified Delphi Technique. *Obstetric Anesthesia Digest*. 2018;38(2):79-80.
8. Nakhaee S, Nasiri A. Inter-professional relationships issues among iranian nurses and physicians: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2017;22(1):8.
9. Azimi Lolaty H, Ashktorab T, Bagheri Nesami M, Bagherzadeh Ladari R. Experience of professional communication among nurses working in educational hospitals: a phenomenological study. *Journal of Mazandaran university of medical sciences*. 2011;21(85):108-25.
10. Irajpour Alireza, Alavi M. An Overview of Fundamental Concepts and Structures: Inter-professional Collaboration in the Mental Health Services Area. *Isfahan: University of Medical Sciences and Health Services*; 2016.
11. Amini SB, Keshmiri F, Soltani Arabshahi K, Shirazi M. Development and validation of the inter-professional collaborator communication skill core competencies. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2014;20(115):8-16.
12. Thurston MM, Chesson MM, Harris EC, Ryan GJ. Professional stereotypes of interprofessional education naive pharmacy and nursing students. *American journal of pharmaceutical education*. 2017;81(5):84.
13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
14. Motahari M, Mazlom S, Asgharipour N, Maghsoudi Poor Zaid Abadi S, Ghiassi Ajgan M. The effect of the assertiveness skill training on the surface of nurse's aassertiveness in workplace. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016;23(4):644-51.
15. Park K-O, Park S-H, Yu M. Physicians' experience of communication with nurses related to patient safety: a phenomenological study using the Colaizzi method. *Asian nursing research*. 2018;12(3):166-74.
16. Farhadie A, Elahi N, Jalali R. Nurses' and physicians' experiences of the pattern of their professional relationship with each other: A phenomenological study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020;6(2):201-13.
17. Lewis FM. Autonomy in Nursing. *Ishikawa Journal of Nursing*. 2006;3(2):1-6.
18. Ortiz J. New graduate nurses' experiences about lack of professional confidence. *Nurse education in practice*. 2016;19:19-24.
19. Blair IV, Steiner JF, Havranek EP. Unconscious (implicit) bias and health disparities: where do we go from here? *The Permanente Journal*. 2011;15(2):71.





20. Jalali Nia S F, DehghanNayeri N. Theorizing And Nursing Theories. 1 ed. Tehran: Boshra; 2004.
21. Sirota T. Nurse/physician relationships: improving or not? Nursing2022. 2007;37(1):52-6.
22. Storch JL, Kenny N. Shared moral work of nurses and physicians. Nursing ethics. 2007;14(4):478-91.
23. Booyens S W. Dimensions of Nursing Management. 2 ed. Southern Africa: Juta and Company Ltd; 1998.
24. Baiyekusi I. Physician-Nurse Relationship: Nurses' perception in internal medicine and surgical units. 2010.
25. Mohamadi N, Gholami N, Rezaei S, Zangeneh M, Shahnavaizi M, Roshanaei G, Shayan A. Evaluating staff and students' knowledge about professional ethics in the Field of Communication, Law and Ethics. Research in Medical Education. 2017;9(4):9-1.
26. Mossadegh Rad AM, Esna Ashari P. Patients and physicians awareness of patients' rights and its implementation at Beheshti hospital in Isfahan. Iranian journal of medical education. 2004;4(1):45-54.
27. Vaezi A, Dabirian A, Ameri M, Kavosi A. Nurses' viewpoint about collaboration between physicians and nurses in clinical decision-making in the hospitals of Tehran, 2011. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery. 2013;10(2):87-93.
28. Zagheri Tafreshi M, Atashzadeh Shorideh F, Pazargadi M, Barbaz A. Quality of nursing care: nurses', physicians', patients' and patients familys' perspectives : A qualitative study. Nursing and Midwifery Journal. 2012;10(5):0-.
29. Shiri A. The study of the relationship between self-confidence and responsibility among nurses of hospitals in Ilam Medical University. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2016;24(5):83-91.
30. Nekoui Moghaddam M, BeheshtiFar M. Learning Organizations. Tehran: Parsa; 2007.
31. Elsous A, Radwan M, Mohsen S. Nurses and physicians attitudes toward nurse-physician collaboration: a survey from Gaza Strip, Palestine. Nursing research and practice. 2017;2017.
32. Mishra S. Respect for nursing professional: silence must be heard. Elsevier; 2015. p. 413-5.
33. Ghiyasvandian S, Zakerimoghadam M, Peyravi H. Nurse as a facilitator to professional communication: a qualitative study. Global Journal of Health Science. 2015;7(2):294.
34. Wang Y-Y, Wan Q-Q, Lin F, Zhou W-J, Shang S-M. Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review. International journal of nursing sciences. 2018;5(1):81-8.
35. Aghamohammadi D, Dadkhah B, Aghamohammadi M. Nurse-Physician Collaboration and the Professional Autonomy of Intensive Care Units Nurses. Indian J Crit Care Med. 2019;23(4):178-81.
36. Zeyghami Mohammadi S, Haghighi S. The association between nurses' communication skills and nurse-physician relationship and collaboration in Alborz hospital of Karaj in 2008. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2009;19(2):121-7.
37. Cheraghi M A, YazdanNik A. Multi-professional training, learning together to work together in the clinic. ijme. 2003;3(10):42.



## Physician -nurse collaboration: An effective interaction?

Abstract:

Introduction:

Safe and integrated health care requires the collaboration of health professionals. Interprofessional collaboration is an important and highly complex issue that is influenced by culture, value system and perception. Therefore, the present study was designed to explain nurses' experiences of interprofessional collaboration with physicians.

Methods:

A qualitative study with conventional content analysis approach was used to collect and analyze the experiences of nurses working in educational hospitals of Birjand University of Medical Sciences. Ten nurses were selected purposefully to participate in this study. Data were collected through unstructured and semi-structured interviews. Data analysis was performed simultaneously and continuously with data collection and according to the proposed steps of Granheim and Landman.

Results:

Following the data analysis, five main themes including Nurse's professional confidence: worthy of attention, Disrespectful inter professional behaviors, Uncertainty in inter professional responsibility, Obedience or interaction, Working separately but together instead of interactional collaboration were emerged.

Conclusion:



The findings of this study demonstrated the need for nurses' support to strengthen their professional self- Confidence, establishing mutual respect and understanding responsibilities. These findings also emphasized the importance of creating constructive interaction and strengthening the spirit of interprofessional cooperation.

Keywords: Professional Self-Confidence; Interprofessional Behaviors; Responsibility; Interaction Based Collaboration; Qualitative study