



Assessment of the Attitude of Nurses and Physicians to the Nurse-physician Collaboration in the Neonatal Intensive Care Units of the Selected Teaching Hospitals in Tehran

Nazi Dezvaree¹, Somayeh Rostamli², Mamak Shariat³, Maliheh Kadivar^{4*},
Leila Shahbaznejad⁵, Saleheh Tajalli⁶

1- MSc of Intensive Care Nursing, Neonatal Nurse, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- MSc of Neonatal Intensive Care Nursing, Neonatal Nurse, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Professor, Maternal, Fetal & Neonatal Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Professor, Division of Neonatology, Department of Pediatrics, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- Pediatric Infectious Diseases Research Center, Communicable Diseases Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

6- Nursing Care Research Center (NCRC), School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding author: Maliheh Kadivar, Professor, Division of Neonatology, Department of Pediatrics, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: kadivarm@tums.ac.ir

Received: 7 July 2023

Accepted: 6 Oct 2023

Abstract

Introduction: Optimal collaboration between members of the patient management team; especially physicians and nurses; can effectively prevent stress by creating an appropriate moral atmosphere that leads to the improvement of the quality of care. This study aimed to determine the attitude of nurses and physicians toward physician-nurse collaboration working in the neonatal intensive care units of the teaching hospitals in Tehran, the capital of Iran.

Methods: In this descriptive and analytical study, carried out in the neonatal intensive care units of the teaching hospitals in Tehran in 2018-2019, 234 physicians and nurses, selected by the available sampling method, participated in the study. Data were analyzed by SPSS V21 software with T-test, Pearson, and Anova.

Results: The mean attitude score of nurses was 24.15 with a frequency percentage (40.25%) compared to physicians' 25.70 with a frequency percentage (42.80%) ($P < 0.05$). The highest average score in the questionnaire was related to teamwork and information sharing among physicians and nurses, 6.75 and 8.73 respectively. A significant relationship was found between nurses' attitudes toward work experience, working hours, and liability insurance ($P < 0.05$).

Conclusions: The attitude of the nurses and physicians about physician-nurse collaboration in this study was revealed to be unsatisfactory. One of the important reasons for the negative score of the attitude of nurses and physicians towards collaboration may be the point that sufficient importance is not given to the role of nurses in patient management. It is therefore recommended to identify factors affecting the improvement of collaboration, as well as maintaining enough weight to the role of nurses in patient management by further studies.

keywords: Attitude, Collaboration, Neonatal intensive care unit (NICU), Nurse, Physician.



نگرش پرستاران و پزشکان بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان به تشریک مساعی پزشک - پرستار در بیمارستان‌های دانشگاهی منتخب شهر تهران

نازی دزواری^۱، سمیه رستمی^۲، مامک شریعت^۳، ملیحه کدیور^{۴*}، لیلا شهبازنژاد^۵، صالحه تجلی^۶

- ۱- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
- ۲- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
- ۳- استاد، بهداشت مادر و کودک-مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد-دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
- ۴- استاد گروه بیماری‌های کودکان، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
- ۵- استادیار گروه بیماری‌های کودکان، فوق تخصص روماتولوژی کودکان. مرکز تحقیقات عفونی اطفال، پژوهشکده بیماری‌های واگیر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
- ۶- استادیار، دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: ملیحه کدیور، استاد گروه بیماری‌های کودکان، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
ایمیل: kadivarm@tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۷/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۱۶

چکیده

مقدمه: ارتباط مطلوب بین اعضای تیم درمانی خصوصاً پزشک و پرستار می‌تواند از طریق ایجاد جو اخلاقی مناسب، در پیشگیری از بروز تنش مؤثر بوده و باعث ارتقا کیفیت مراقبت شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش پرستاران و پزشکان نسبت به تشریک مساعی بین پزشک و پرستار در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی منتخب تهران صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، که در بخش‌های ویژه نوزادان بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی در تهران بر روی گروه‌های پزشکی و پرستاری در سال ۱۳۹۸ صورت گرفت، تعداد ۲۳۴ نفر از پزشکان و پرستاران که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، در مطالعه شرکت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تشریک مساعی جفرسون استفاده شد. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS.V21 و با استفاده از آزمون‌های آماری تی، پیرسون و آنووا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه ۶۹٪ از پرستاران و ۵۴٪ از پزشکان نسبت به تشریک مساعی پزشک و پرستار نگرش منفی (تمایل کم‌تر به تشریک مساعی) داشتند. میانگین نمره نگرش پرستاران ۲۴/۱۵ و درصد فراوانی آن (۴۰/۲۵٪) در مقابل پزشکان ۲۵/۷۰ با درصد فراوانی (۴۲/۸۰٪) است ($P < 0.05$). بیشترین میانگین نمره در این پرسشنامه مربوط به حوزه کار تیمی و اشتراک اطلاعات در میان پزشکان و پرستاران به ترتیب ۶/۷۵ و ۸/۷۳ بود. رابطه معناداری بین نگرش پرستاران با سابقه کار، ساعت کاری و داشتن بیمه مسئولیت یافت شد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد اکثریت پرستاران و پزشکان شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان نسبت به تشریک مساعی پزشک و پرستار نگرش منفی به تشریک مساعی پزشک-پرستار داشتند نگرش پرستاران و پزشکان شرکت‌کننده در این در وضعیت مطلوبی نیست. از علل مهم نمره منفی نگرش پرستاران و پزشکان به تشریک مساعی شاید بتوان به عدم در نظر گرفتن پرستار به عنوان رکن مهم تیم درمانی و دادن اختیار کافی به پرستار جهت مشارکت اشاره داشت. با توجه به اهمیت موضوع، شناخت عوامل مؤثر در بهبود این رابطه و تلاش در جهت ارتقا آن، پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: تشریک مساعی، پزشک، پرستار، بخش مراقبت ویژه نوزادان، نگرش.

مقدمه

برقراری تشریک مساعی از جمله وظایف بسیار مهم پزشکان و پرستاران می باشد و مقدار زیادی از زمان مراقبتی صرف آن می گردد. برقراری همکاری حرفه ای مؤثر بین پرستاران و پزشکان به سبب نقش کلیدی و اساسی آن در اجرای طرح مراقبت و درمان بیماران ضروری می باشد (۱). مشارکت بین پزشک و پرستار تحت تاثیر عواملی هم چون آموزش، اخلاق، فرهنگ، جنس، وضعیت روحی و روانی و تکنولوژی می باشد (۲). پرستاران با توجه به شرح وظایف خود باید به طور پیوسته با پزشکان در تماس باشند و به دلیل حوزه کاری مشترک، ایجاد همکاری حرفه ای بین پرستاران و پزشکان اجتناب ناپذیر است (۳). لذا ایجاد یک سیستم ارتباطی قابل اعتماد برای تبادل اطلاعات و عقاید بین اعضای تیم مراقبتی، حس همکاری را در میان افراد ایجاد می کند و احتمال سوء تفاهم و خطا را به حداقل می رساند (۴). وجود همکاری حرفه ای مناسب بین پرستاران و پزشکان می تواند منافع زیادی برای هر دو گروه داشته باشد. تعامل مناسب پزشک و پرستار موجب بهبود کیفیت مراقبت های درمانی، ارتقای کارایی پزشک و پرستار و افزایش اعتماد بین آنها، جلوگیری از انتظارات غیرواقعی بین حرفه ای، کاهش خطاهای طبی و به طور کلی رضایتمندی بیمار و تیم مراقبتی می گردد (۵).

تشریک مساعی به عنوان نمودی از ارتباط مؤثر، فرآیندی است که طی آن پزشک و پرستار در مورد مشکل و یا مشکلات بیمار بحث کرده و هر یک دانش و اطلاعات خود را با رعایت احترام متقابل بیان می کنند تا بر این اساس یک برنامه مراقبتی انجام شود. بسیاری از اختلافات پزشکان و پرستاران با برقراری ارتباط صحیح و هم چنین داشتن تشریک مساعی قابل حل است (۶). تشریک مساعی نامناسب پزشک-پرستار، منجر به عدم رضایت کاری پزشک-پرستار شده و کیفیت مراقبت را کاهش می دهد (۲). از مهم ترین علل اضطراب در حرفه پرستاری عدم روابط حسنه کاری و تنش در روابط حرفه ای پرستاران با سایر همکاران، به ویژه پزشکان است (۷). این مسئله از این نظر حائز اهمیت است که در مراکز مراقبتی-درمانی که با کمبود تعداد پرستاران مواجه شده اند، یکی از دلایل مهم این امر را نارضایتی ارتباطات حرفه ای بین پزشک و

پرستار گزارش کرده اند (۸). اجرای آگاهانه دستورات پزشک یکی از وظایف پرستاران است که با استقلال حرفه ای آنها منافاتی ندارد، اما اطاعت کورکورانه پرستاران از پزشکان در پرستاری نوین جایگاهی ندارد (۹). بنابراین تشریک مساعی بین پزشک و پرستار می تواند در رفع معضل کمبود پرستار و افزایش علاقه آنان به این حرفه نیز مؤثر باشد (۱۰). عقیده پزشکان به نقش حاشیه ای پرستاران نقطه مقابل نگرش پرستارانی است که ساعات طولانی را با بیمار سپری می کنند و در بسیاری از مواقع تصمیماتشان به علت عدم دسترسی و عدم حضور به موقع پزشک، تعیین کننده مرگ و زندگی بیمار می باشد (۱۱). از سوی دیگر علیرغم پیامدهای مثبت افزایش دانش پرستاری، این امر خود یکی از عوامل تنش زای دیگر به حساب می آید زیرا در گذشته پزشکان به علت دانش بیشتر، در امر معالجه بیمار حاکمیت داشتند اما با پیشرفت علم پرستاری، پرستاران سعی کرده اند بر اهداف مراقبتی متمرکز شوند و تنها اطاعت کننده صرف دستورات پزشکان نباشند، که این عامل موجب تنش با پزشکان می شود (۱۲). همچنین تفاوت نگرش راجع به درمان را می توان از عوامل مهم اختلال در تعاملات حرفه ای برشمرد، حال آنکه مراقبت و معالجه چنان در هم تنیده اند که توجه به معالجه بدون توجه به مراقبت امری غیر قابل قبول است (۱۳). رویکرد مشارکتی بین پرستار-پزشک در بخش های ویژه مراقبتی جهت کاهش آسیب و مرگ و میر بیماران، ارتقا کیفیت مراقبت و افزایش رضایت بیمار و تیم درمانی لازم می باشد (۱۴، ۱۵).

با توجه به فواید مشارکت بین حرفه ای، اجرای آن در بخش مراقبت ویژه نوزادان Neonatal Intensive Care (Unit) NICU به علت این که اعضای تیم بهداشتی در آن جا با چالش های مختلفی از جمله بستری نوزادان با آسیب پذیری و مرگ و میر بالا و مسایل مربوط به آن روبرو هستند بسیار حایز اهمیت می شود. همکاری بین حرفه ای روشی برای مقابله با چالش ها در انجام بهترین اقدام برای نوزاد است که به نفع خانواده و در کل بهبود کیفیت مراقبت است. بنابراین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی علاوه بر دانش حرفه ای برای داشتن همکاری مؤثر، باید مهارت های همکاری داشته باشند (۱۶). متخصصان حرفه ای مختلف سلامت شامل پزشکان، پرستاران، تنفس درمانگرها،

این مراکز هم بجز نمونه گیری آسان، زیرا این مراکز دارای ارائه خدمات میکال و بعضاً جراحی به نوزادان و همین طور برخی مراکز هم دارای بخش های زایمان است و از جهت نوع نوزادان تحت پوشش که هم نوزادان بیمار و نیازمند جراحی و هم نوزادان کم وزن و نارس را تحت پوشش قرار می دادند که بتواند تعامل و مشارکت گروه های مختلف را در ارائه خدمات به این نوزادان و خانواده ها رقم بزند.

کلیه پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان (سطح دو و سه مراقبتی نوزادان) مراکز یادشده که در زمان انجام پژوهش دانش آموخته مقطع کارشناسی پرستاری یا کارشناسی ارشد پرستاری بودند و سابقه حداقل شش ماه کار در این بخش ها را داشتند و نیز پزشکان متخصص، دستیاران فوق تخصصی و پزشکان فوق تخصص نوزادان شاغل در بخش های ویژه نوزادان این مراکز و متمایل به مشارکت جمعیت پژوهش را تشکیل دادند.

نمونه گیری به روش در دسترس انجام گردید. کل پرستاران و پزشکان بخش های ویژه نوزادان و نوزادان مراکز منتخب به ترتیب ۲۷۲ و ۳۵ نفر بودند که بر اساس جدول کوهن حداقل حجم نمونه ۱۶۹ و ۲۸ نفر به ترتیب برای پرستاران و پزشکان پیشنهاد شد. که در گروه پرستاری ۲۰۹ نفر و در گروه پزشکی ۲۵ نفر در پژوهش شرکت کردند.

پس از انجام هماهنگی های لازم با مسئولین این مراکز به منظور جمع آوری اطلاعات، ابتدا ضمن بیان اهداف پژوهشی به پرسنل واجد شرایط در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در این پژوهش، درخواست پاسخ دهی و تکمیل پرسشنامه به صورت حضوری به عمل می آمد. پرسشنامه ها بدون نام تکمیل شدند و در کلیه مراحل این پژوهش رعایت محرمانگی صورت گرفت.

این طرح توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران، کد IR.TUMS.VCRREC.1395.403 دریافت نموده است. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه در دو بخش استفاده شد. بخش اول پرسشنامه دارای دو قسمت بود: قسمت اول مربوط به مشخصات جمعیت شناختی (سن، جنس، سابقه کاری، سابقه کار در بخش ویژه نوزادان، وضعیت تاهل، وضعیت استخدام، نوع شیفت کاری، اضافه

فیزیوتراپیست ها، متخصصین تغذیه، فارماکولوژیست های بالینی، روانشناسان بالینی، گفتار درمانی، مددکاران اجتماعی و ... در کنار یکدیگر در بخش های ویژه، خدمات درمانی و مراقبتی را ارائه می دهند و از این رو کیفیت تشریک مساعی و همکاری بین حرفه ای و عملکرد تیمی عامل اصلی تعیین کننده کیفیت مراقبت، ایمنی و ارتقا پیامدهای بیمار در بخش های فوق بوده و عدم تشریک مساعی و رویکرد تیمی منجر به افزایش اشتباهات و عوارض ناخواسته و پیامدهای منفی در بیماران می شود (۱۷). مطالعات بسیار زیادی نشان داده اند، ضعف در تشریک مساعی و همکاری بین حرفه ای و تصمیم گیری های مشترک در بخش ویژه به خصوص بخش ویژه نوزادان، نقش مهم در افزایش اشتباهات پزشکی، میزان مرگ و میر، افزایش میزان بستری، و افزایش عوارضی هم چون زخم بستر- عفونت مرتبط با ونتیلاتور- تاخیر در جداسازی از ونتیلاتور سقوط- آرام بخشی نامناسب و همچنین کاهش رضایت بیمار و خانواده و افزایش هزینه های مالی- افزایش ترک کار و جابجایی شغلی ارائه دهندگان مراقبت و بروز چالش های اخلاقی دارد (۱۸) با توجه به اهمیت تشریک مساعی پزشک و پرستار در ارتقا کیفیت مراقبت و افزایش رضایتمندی بیمار و ارائه دهندگان مراقبت، در مورد بررسی این روابط توجه کافی به عمل نیامده، است (۷). لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت ارتباط بین پزشک و پرستار در بخش های مراقبت ویژه نوزادان در مراکز آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی تهران صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه مقطعی، توصیفی تحلیلی در بخش های ویژه نوزادان بیمارستان های آموزشی منتخب دانشگاه های علوم پزشکی در تهران بر روی گروه های پزشکی و پرستاری در طی شش ماه آخر سال ۱۳۹۸ صورت گرفت.

مراکز آموزشی-درمانی مورد نظر پژوهش بخش مراقبت ویژه نوزادان مراکز آموزشی-درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی در شهر تهران (بیمارستان های آرش، مرکز طبی کودکان، اکبرآبادی، بهرامی و یاس تهران) به عنوان جامعه پژوهش انتخاب شدند. بخش های مراقبت ویژه نوزادان که سطح سوم و سطح دوم مراقبتی هستند. علت انتخاب

کاری، دارا بودن بیمه مسیولیت، اشتغال در سازمان دیگر، ترک کار یا تمایل به ترک کار، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان) و قسمت دوم مربوط به ویژگی های شغلی. بخش دوم پرسشنامه بررسی نگرش پزشکان و پرستاران در مورد تشریک مساعی جفرسون (Jefferson scale of attitudes toward Physician- Nurse collaboration: JSPNC) می-باشد که در سال ۱۹۸۵ در دانشگاه جفرسون توسط حجت و هرمن (Hojat and Homan) به زبان انگلیسی ابداع و در سال ۱۹۹۹ توسط حجت بازنگری شده است و نگرش پزشکان و پرستاران را در مورد تشریک مساعی پزشک و پرستار می سنجد. این پرسشنامه دارای ۱۵ گویه است که نگرش پزشکان و پرستاران را به تشریک مساعی را در ابعاد «آموزش مشترک و تشریک مساعی» با ۷ گویه (گویه های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵)، «مراقبت و درمان» با ۳ گویه (گویه های ۱۶، ۱۷، ۱۸)، «استقلال پرستاران» با ۳ گویه (گویه های ۱۹، ۲۰، ۲۱)، و «اقتدار پزشکان» با ۲ گویه (گویه های ۲۲ و ۲۳) مورد بررسی قرار می دهد. پاسخ به هر گویه بر حسب مقیاس چهار امتیازی لیکرت از کاملاً مخالف (امتیاز ۱) تا کاملاً موافق (امتیاز ۴) می باشد. لازم به ذکر است که گویه های ۸ و ۱۰ که به بعد «اقتدار پزشکان» مربوط است، به صورت معکوس طراحی و نمره دهی می شود. دامنه نمره قابل کسب از ۱۵ تا ۶۰ متغیر است که نمره کم نشان دهنده نگرش منفی نسبت به تشریک مساعی در دو گروه پزشکان و پرستاران است (۱۹). نمره ۱۵ تا ۳۰ به عنوان نگرش منفی و ۳۱ تا ۴۵ نسبتاً منفی و ۴۶ تا ۶۰ مثبت در نظر گرفته می شود. این ابزار توسط پاک پور و همکاران (Pakpour and et al) در ایران، ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته و آلفای کرونباخ ۰٫۸۶ محاسبه گردیده است (۲۰).

داده ها پس از جمع آوری، در بانک اطلاعاتی نرم افزار آماری SPSS V.21 ثبت شد. آمار توصیفی برای متغیرهای کیفی به صورت فراوانی مطلق و نسبی، و برای متغیرهای کمی به صورت میانگین و انحراف معیار بیان شد. به منظور استخراج آمار استنباطی و تحلیل های بین گروهی جهت مقایسه متغیرهای کمی بین دسته ها در صورت نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون تی مستقل / آنوا

و در غیر آن از آزمون من ویتنی / کروسکال والیس استفاده شد. در روابط معنی دار، وقتی تعداد دسته ها برای مقایسه میانگین ها بیش از دو دسته بود برای ارزیابی اثر واقعی معنی داری که کدام گروه موجد آن بوده است، آزمون Post-Hoc, LSD به کار رفت. مقایسه متغیرهای کیفی بین گروه ها با کمک آزمون مربع کای انجام گرفت. برای دستیابی به همبستگی بین متغیرهای کمی با هم نیز ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید. سطح معنی داری در این مطالعه ۹۵٪ و توان مطالعه ۸۰٪ و ($P < 0.05$) منظور شده بود.

یافته ها

با توجه به این که از گروه پزشکان ۲۵ نفر و در گروه پرستاری ۲۰۹ نفر در پژوهش شرکت کردند میزان پاسخ دهی ۷۶/۲۲٪ بدست آمد. یافته ها نشان داد که از ۲۳۴ نفر شرکت کننده، ۲۱۷ نفر (۹۱/۹٪) زن بودند. تعداد ۶۶ نفر (۳۰/۳٪) از شرکت کننده ها کمتر یا مساوی ۵ سال سابقه کار در بیمارستان و ۹۷ نفر (۴۴/۷٪) سابقه کار کمتر یا مساوی ۵ سال در بخش های ویژه نوزادان را ذکر کردند. همچنین تعداد ۱۱۵ نفر از پرستاران (۹۴/۳٪) و ۷ نفر از پزشکان (۵/۷٪) تمایل به ترک خدمت داشتند.

یافته ها نشان داد ۶۹٫۱٪ از پرستاران و ۵۴٫۲٪ از پزشکان شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان نسبت به تشریک مساعی پزشک و پرستار نگرش منفی داشتند (جدول ۱). بیشترین نمره در دو گروه پرستاران و پزشکان مربوط به حوزه کار تیمی و اشتراک اطلاعات و کمترین نمره مربوط به اختیار پرستاران است و البته بین نمرات حوزه های اختیار پرستار، تسلط پزشک و مراقبت در مقابل درمان تفاوت معنی دار وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۲). میانگین نمره نگرش پرستاران ۲۴/۱۵ و درصد فراوانی آن (۴۰/۲۵٪) در مقابل پزشکان ۲۵/۷۰ با درصد فراوانی (۴۲/۸۰٪) است و تنها تفاوت معنادار بین دو گروه در امتیاز آموزش کنار همدیگر دیده شد که به طور معناداری در پزشکان بالاتر از پرستاران بود ($P = 0.049$) (پرستاران $57/2 \pm 9/7$ در مقابل پزشکان $62/8 \pm 2/08$) (جدول ۱، ۲)

نازی دزواری و همکاران

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی نگرش پزشک و پرستار مشارکت کننده در پژوهش نسبت به تشریک مساعی

نگرش	نگرش مثبت تعداد (درصد)	نگرش نسبتاً منفی تعداد (درصد)	نگرش منفی تعداد (درصد)	*P.Value
پزشک	۰	۱۱ (۴۵٫۸٪)	۱۳ (۵۴٫۲٪)	۰٫۲۹۶
پرستار	۱ (۰٫۵٪)	۵۷ (۳۰٫۵٪)	۱۳۰ (۶۹٪)	

قابل ارزش $P < ۰.۰۵$

تعداد افراد با نمره نگرش منفی و نسبتاً منفی یعنی نمره کمتر از ۴۶ در پژوهش حاضر

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار نگرش پرستاران و پزشکان شرکت کننده در پژوهش نسبت به تشریک مساعی

نوع آزمون	میانگین		انحراف معیار		آیتم های کمی پرسشنامه جفرسون
	پرستار	پزشک	پرستار	پزشک	
*آزمون مربع کای	۸/۷۳	۶/۷۵	۲/۱۶	۲/۵۷	اشتراک اطلاعات و کار تیمی
**قابل ارزش $P < ۰.۰۵$	۴/۹۵	۵/۴۸	۱/۴۲	۱/۵۵	مراقبت در مقابل درمان
	۴/۴۶	۴/۱۶	۱/۴۷	۰/۹۸۶	اختیار پرستار
	۴/۷۳	۴/۸۰	۱/۵۹	۱/۴۴	تسلط پزشک

سابقه کار آنها ارتباط معنی داری یافت شد ($P = ۰ / ۰.۱۳$) و بین نمره جفرسون پرستاران با ساعت کاری رابطه مستقیم معنی داری دیده شد. با افزایش ساعات کاری امتیاز نگرش جفرسون بیشتر می شد.

($P = ۰ / ۰.۰۱$ ، $T = ۰ / ۳۰۱$). داشتن بیمه مسئولیت مدنی نیز از عواملی بود که امتیاز را بالا برد ($P = ۰ / ۰.۱۶$) (جدول ۳، ۴).

بین نگرش پزشکان به تشریک مساعی پزشک-پرستار و عوامل دموگرافیک آن ها (سابقه کار، ساعت کار و اضافه کاری، وضعیت تاهل، فکر ترک کار، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان، اشتغال به کار در سایر بیمارستان ها، تعداد فرزندان و بیمه مسئولیت) رابطه معنی داری دیده نشد. بین نگرش پرستاران به تشریک مساعی پزشک-پرستار با

جدول ۳: ارتباط نگرش پرستاران به تشریک مساعی با عوامل دموگرافیک (سابقه کار)

نوع آزمون	*P.Value	انحراف معیار	میانگین	سابقه کار
*آزمون کروسکال والیس **قابل ارزش $P < ۰.۰۵$	۰/۰۱۳	۵/۱۶	۲۴/۱۵	کمتر و مساوی ۵ سال
		۴/۷۷	۲۵/۴	۶ تا ۱۰ سال
		۴/۵۴	۲۲/۵۴	۱۱ تا ۱۵ سال
		۵/۴۹	۲۳/۴۹	۱۶ تا ۲۰ سال
		۲/۲۵	۲۲/۹۰	بیش از ۲۰ سال
		۴/۸۸	۲۴/۱۸	کل

قابل ارزش $P < ۰.۰۵$

جدول ۴: ارتباط نگرش پرستاران به تشریک مساعی با عوامل دموگرافیک (بیمه مسئولیت)

نوع آزمون	*P.Value	انحراف معیار	میانگین	بیمه مسئولیت
*من ویتنی **قابل ارزش $P < ۰.۰۵$	۰٫۰۱۶	۶٫۸۱	۲۴٫۵۶	بله
		۴٫۶۴	۲۱٫۵۵	خیر
		۴٫۸۶	۲۴٫۱۵	کل

** قابل ارزش $P < ۰.۰۵$

بحث

در این مطالعه که با هدف نگرش پرستاران و پزشکان به تشریح مساعی پرستار پزشک از طریق پرسشنامه جفرسون صورت گرفت، نشان داده شد اکثریت پرستاران و پزشکان شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان نسبت به تشریح مساعی پزشک و پرستار نگرش منفی به تشریح میاعی پزشک-پرستار داشتند. بر اساس نمرات کسب شده از پرسشنامه نگرش کاملاً مثبت در هیچکدام و تا حدی مثبت فقط در یک پرستار دیده شد از آنجایی که غالباً نگرششان منفی بود لذا تفاوت بین دو دسته از نظر نگرش معنادار نشد ($P < 0.05$) در مطالعات قبلی پرستاران نسبت به پزشکان تمایل بیشتری به تشریح مساعی پرستار پزشک داشتند که با پژوهش حاضر هم خوانی ندارد (۲۱-۲۵). در این پژوهش از علل مهم نمره منفی نگرش پرستاران و پزشکان به تشریح مساعی شاید بتوان به عدم در نظر گرفتن پرستار به عنوان رکن مهم تیم درمانی و دادن اختیار کافی به پرستار جهت مشارکت اشاره داشت. عواملی مانند سنت و فرهنگ، تبعیت پرستاران از پزشکان، مرد بیازن بودن اعضای تیم درمانی، الگوی آموزش پرستار-پزشک بر نگرش پزشکان و پرستاران نسبت به تشریح مساعی تأثیر می گذارد. به طور سنتی، گروه پزشکان که عمدتاً مرد هستند دستورات مربوط به مراقبت از بیمار را می دهند و گروه پرستار که عمدتاً زن هستند باید از این دستورات پیروی کنند. این دیدگاه های سنتی بر نگرش پزشک و پرستار نسبت به تشریح مساعی نقش دارد (۲۱). البته نقش فرهنگ را در تشریح مساعی بین دو عنصر اصلی تیم درمان نباید نادیده گرفت (۱۹).

در یک مطالعه در میان ۵۳ پزشکان و ۱۷۶ پرستاران در دو بیمارستان ارجاعی در اتیوپی نتایج نشان داد پرستاران نمره نگرش منفی تری نسبت به پزشکان دارند که نتایج سازگار با پژوهش حاضر بود (۲۲). در اغلب موارد نقش های پرستاران مورد قبول پزشکان نیست و به نظراتشان توجه نمی شود. این نگرش پزشکان نقطه مقابل نگرش پرستارانی است که ساعات طولانی تری در بالین بیمار هستند و در واقع در عدم حضور پزشک تصمیمات پرستار نقش حیاتی در حفظ حیات بیمار دارد. لذا دیدگاه پزشک و پرستار در ارتباط با تشریح مساعی با هم متفاوت است. پرستاران خواستار همکاری بر پایه احترام متقابل حرفه ای و تبادل اطلاعات در این بستر دارند، در مقابل برداشت پزشکان از پرستاران

افرادی مطیع است که دستورات را باید بی چون و چرا اجرا کنند. با گسترش آموزش دیدگاه پرستاران نسبت به همکاری حرفه ای جهت دستیابی به اهداف سلامت تغییر یافته است. سیاست های سازمانی جاری در برخی مراکز درمانی همچنین در محدوده اختیارات پرستاران مؤثر است. البته با توجه به تغییرات گسترده ای که در حرفه پرستاری و نقش های آن به وجود آمده است، پرستاران در حال حاضر دیگر اعتقادی به اطاعت نمودن محض از پزشکان ندارند و بیشتر تمایل به برقراری ارتباط توأم با احترام متقابل دارند (۲۷، ۲۶، ۲۸).

در پژوهش حاضر بیشترین نمره پرستاران و پزشکان مربوط به حوزه کار تیمی و اشتراک اطلاعات بود و بین نمرات حوزه های اختیار پرستار، تسلط پزشک، و مراقبت در مقابل درمان تفاوت معنی دار در دو گروه وجود نداشت. تنها تفاوت معنادار بین دو گروه در امتیاز آموزش کنار یکدیگر دیده شد که به طور معناداری در پزشکان بالاتر از پرستاران بود.

از جمله نتایج عملکردی کار تیمی، کاهش زمان اقامت بیماران، کاهش احتمال بستری مجدد، افزایش قدرت ارتباطات و همکاری بین پزشکان و اعضاء گروه ارائه دهنده مراقبت، تفویض مسئولیت مراقبت از بیماران از سوی پزشک، به دیگر اعضای گروه و کاهش هزینه های درمانی به دنبال تفویض مسئولیت مراقبت از بیماران در بخش مراقبت و درمان را می توان اشاره کرد. ضروری است که دانشکده های پزشکی و پرستاری آموزش های بین حرفه ای را در برنامه های درسی خود بگنجانند تا درک مکمل بودن نقش های پزشکی و پرستاری افزایش یابد (۲۰).

در مطالعه ای دیگر روی ۱۳۵ پزشک و پرستار بخش های داخلی و جراحی دو بیمارستان آموزشی کشور مصر انجام شد، مشخص شد که پرستاران نگرش مثبت بیشتری به تشریح مساعی نسبت به پزشکان داشتند. در حوزه کار تیمی و اختیار پرستاری از پرسشنامه جفرسون نمره پرستاران معنی دار بالاتر از پزشکان بود و در حوزه مراقبت در مقابل درمان، نمره پزشکان بالاتر گزارش شد و در حوزه تسلط پزشک، نمرات پزشکان و پرستاران تقریباً یکسان بود. این مطالعه از این نظر که در حوزه کار تیمی نمرات پرستاران و پزشکان بالاتر بوده سازگار با پژوهش حاضر هست، اما از این نظر که نمرات نگرش پرستاران و پزشکان مثبت بوده ناسازگار با پژوهش حاضر هست (۲۱).

بیمارستان ها، تعداد فرزندان و بیمه مسئولیت) رابطه معنی داری دیده نشد. ولی بین نگرش پرستاران به تشریک مساعی پزشک-پرستار با سابقه کار پرستاری ارتباط معنی دار تا قبل از سابقه ۱۰ سال کار مستقیم دیده شد. در افرادی که سابقه کار بیشتری داشتند، به طور معنی داری نمره نگرش بیشتری بدست آمد. در برخی از مطالعات قبلی مشخص شد بین تجربه و سابقه کاری با نمره نگرش به تشریک مساعی حرفه ای ارتباط معنی دار مستقیم وجود دارد که تا حدی سازگار با پژوهش حاضر است (۲۰،۳۱،۳۲،۳۳،۳۴). در پژوهش حاضر مشخص شد بعد از ۱۰ سال سابقه کاری، با افزایش سابقه کار به طور واضحی امتیاز پرسشنامه جفرسون کمتر می شود. در خصوص ایجاد دید منفی پرستاران نسبت به همکاری با افزایش سنوات خدمت بیشتر از ۱۰ سال، به نظر می رسد شناخت ناکافی جایگاه و اهمیت حرفه پرستاری در روند درمان توسط بسیاری از پزشکان، می تواند نقش عمده ای داشته باشد. همچنین نمره نگرش پرستاران با ساعت کاری و بیمه مسئولیت رابطه معنی دار مستقیم دیده شد.

مطالعات قبلی نشان داد که بین میانگین امتیاز نگرش نسبت به تشریک مساعی حرفه ای پرستار-پزشک و وضعیت استخدامی پرستاران ارتباط آماری معناداری وجود داشته است که ناسازگار با پژوهش حاضر است ولی نگرش نسبت به تشریک مساعی حرفه ای با جنس، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، مسؤلیت کاری، بخش و نوبت کاری پرستاران مورد پژوهش ارتباط آماری معناداری نداشت که مشابه پژوهش حاضر است (۱۸).

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به جمع آوری داده ها از برخی از مراکز درمانی دانشگاهی در یک شهر، تعداد کم پزشکان در مقابل پرستاران و ارائه اطلاعات به صورت خودگزارش دهی، اشاره کرد. مسئله دیگر انجام مطالعه فقط در بخش های مراقبت ویژه نوزادان می باشد که با توجه به ساختار خاص این بخش ها امکان تعمیم پذیری نتایج را به دیگر بخش ها کاهش می دهد. در این جهت مطالعه چند مرکزی و از شهرهای مختلف و یا به صورت مصاحبه با کادر پزشکی و پرستاری در شناخت بهتر این موارد کمک می کند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل از مطالعه فوق و دید محدود پرستاران و پزشکان در خصوص تشریک مساعی بنابراین

در ارتباط با تشریک مساعی در میان پرستاران و پزشکان در بیمارستانی در ایالت ناوادا در امریکا در مقایسه جنس زن و مرد، پرستاران زن نگرش مثبت بیشتر به تشریک مساعی داشتند. این نتایج با مطالعات قبلی سازگار می باشد (۲۲،۲۹،۳۰،۳۱) ولی در پژوهش حاضر بررسی اثر جنس بر نگرش انجام نشد و هدف پژوهش بررسی تشریک مساعی در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان های منتخب بود. جهت تایید اثر جنس و نوع بخش مطالعات بیشتر باید در هر دو گروه انجام شود. اثرات نوع بخش می تواند در نوع نگرش افراد موثر باشد که در مطالعه حاضر بررسی آنها انجام نشد. در مطالعه ای مشابه در سال ۲۰۱۵ نتایج نشان داد نمره تشریک مساعی پرستاران شاغل در بخش اورژانس کمتر از سایر بخش ها بود (۲۴). در حالی که پژوهش حاضر فقط در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان های منتخب انجام شد.

در یک مطالعه که در میان ۲۵۲۲ پرستاران و پزشکان مکزیکی و ایتالیایی و فلسطین اشغالی (اسرائیل) انجام شد پزشکان شرکت کننده در بخش های داخلی، جراحی، اطفال شاغل بودند. نتیجه نشان داد پزشکان و پرستاران ایتالیایی و مکزیکی نگرش موافق تری به تشریک مساعی پزشک-پرستار نسبت به پزشکان و پرستاران آمریکایی و اسرائیلی داشتند. کمترین تفاوت نگرشی در میان پرستاران و پزشکان در مکزیک در حوزه کار تیمی و کمترین نمره در ایتالیا در حوزه اختیار پرستاری پرسشنامه جفرسون مشاهده شد این بررسی به اثر فرهنگی بر نگرش نسبت به تشریک مساعی پرداخته است (۱۹). نتایج این مطالعه سازگار با پژوهش حاضر است، ولی در پژوهش حاضر اثر فرهنگی بررسی نشده است.

به طور کلی باید ذکر شود در پژوهش حاضر نمره نگرش پرستاران و پزشکان منفی یعنی تمایل برای تشریک مساعی بین پزشک و پرستار کم بوده است که با نتایج تحقیقات اخیر در سایر کشورها متفاوت هست. با توجه به این که فرهنگ بر نگرش اثر دارد، به نظر طراحی ابزار بومی جهت ارزیابی نگرش می تواند در تایید نتایج پژوهش حاضر لازم و مفید باشد.

در این پژوهش بین نگرش پزشکان به تشریک مساعی پزشک-پرستار و عوامل دموگرافیک (سابقه کار، ساعت کار و اضافه کاری، وضعیت تأهل، فکر ترک کار، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان، اشتغال به کار در سایر

می شود.

سیاسگزاری

این پژوهش با حمایت مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره ۳۰۴۳۱ و با کد اخلاق IR.TUMS.VCR.REC.1395.403 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است. از تمامی پرستاران و پزشکان شرکت کننده در این مطالعه و جناب آقایان دکتر بردبار، دکتر کاوه و دکتر زرکش و سرکار خانم ها دکتر ویسی زاده، نوری، گلدوست و افتخاری منش مسئولین محترم مراکز آموزشی درمانی و بخش های ویژه نوزادان، سرپرستاران و دفاتر پرستاری بیمارستان های آرش، اکبرآبادی، بهرامی، مرکز طبیبی کودکان و یاس تهران که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

تعارض منافع

هیچ تعارض منافی در این مطالعه وجود ندارد.

در راستای ارتقا کیفیت مراقبت و رضایت شغلی بهبود تشریک مساعی بین حرفه ای ضرورت دارد و جهت دستیابی به وضعیت ایده ال اعمال تغییراتی ضروری است. در این زمینه می توان به نقش برگزاری کارگاه های مهارت های ارتباطی برای پزشکان و پرستاران اشاره نمود.

پیشنهادات جهت مطالعات بعدی در این زمینه شامل شناخت عوامل تأثیرگذار بر تشریک مساعی پزشک-پرستار و هم چنین ارائه راهکارهایی برای ارتقای جو ارتباطی مطلوب شامل گنجاندن دوره های آموزشی مهارت های ارتباطی در برنامه آموزشی پزشکان و پرستاران و انجام مطالعات وسیع تر در این زمینه در سایر نقاط کشور و بخش های مختلف می باشد. همچنین توجه بیشتر به نقش های حرفه ای و استقلال پرستاران، و ایجاد روحیه کار تیمی در پرستاران و پزشکان همراه با نظارت و بازخورد مناسب، در رسیدن به وضعیت مطلوب تشریک مساعی پزشک و پرستار مؤثر خواهد بود. جهت تعمیم پذیری نتایج، انجام مطالعه با حجم بیشتر در مراکز کشور، به علاوه در بخش های دیگر مراکز درمانی و با استفاده از ابزار طراحی شده بومی پیشنهاد

References

1. Sollami A, Caricati L, Sarli L. "Nurse-physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores," *Journal of Interprofessional Care*. 2015;29(3):223-229. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.955912>
2. Wang Y, Liu YF, Li H, Li T. Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Workers and Undergraduate Medical/Nursing Students. *Behavioural Neurology*. 2015;2015:846498. <https://doi.org/10.1155/2015/846498>
3. Pasyar N, Sharif F, Rambod M. [Nurses and Physicians' Collaborative Behaviors in Intensive Care Units]. *Sadra Medical Sciences Journal*. 2017;5(4):239-50.
4. Lin YP, Chan LYC, Chan EY. Interprofessional collaboration during medical emergencies among doctors, nurses, and respiratory therapists in the intensive care unit: A phenomenological study protocol. *Journal of advanced nursing*. 2019;76(1):373-9. <https://doi.org/10.1111/jan.14244>
5. C.BoevandY.Xia, "Nurse-physician collaboration and hospital-acquired infections in critical care," *Critical Care Nurse*. 2015; 35(2):66-72. <https://doi.org/10.4037/ccn2015809>
6. Karanikola MN, Albarran JW, Drigo E, Giannakopoulou M, Kalafati M, Mpouzika M, et al. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *Journal of Nursing Management*. 2014;22(4):472-84. <https://doi.org/10.1111/jonm.12046>
7. Zhang A, Tao H, Ellenbecker CH, Liu X. Job satisfaction in mainland China: comparing critical care nurses and general ward nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;69(8):1725-36. <https://doi.org/10.1111/jan.12033>
8. 8. Rosenstein AH. Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *AJN The American Journal of Nursing*. 2002;102: 26-34. <https://doi.org/10.1097/0000446-200206000-00040>
9. 9. Amini K, Negarandeh R, et al. Nurses' autonomy level in teaching hospitals and its relationship with the underlying factors. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(1):52-59. <https://doi.org/10.1111/ijn.12210>
10. Motamed-Jahromi M, Jalali T, et al. Evaluation of professional autonomy and the association with individual factors

- among nurses in the Southeast of Iran. *J Nurs Midwifery Sciences*. 2015;2(4):37-42. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jnms.2.4.37>
11. Dorgham SR, Al-Mahmoud S. Leadership styles and clinical decision making autonomy among critical care nurses: a comparative study. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2013;1(4):71-83. <https://doi.org/10.9790/1959-0147183>
 12. Stevens B, Riahi S, Cardoso R, Ballantyne M, Yamada J, Beyene J, et al. The influence of context on pain practices in the NICU: perceptions of health care professionals. *Qualitative health research*. 2011;21(6):757-70. <https://doi.org/10.1177/1049732311400628>
 13. Lindamood KE, Rachwal C, Kappus L, Weinstock P, Doherty EG. Development of a neonatal intensive care multidisciplinary crisis resource training program. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2011;11(1):17-22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2010.12.011>
 14. 14. Stollings JL, Devlin JW, Lin JC, Pun BT, Byrum D, Barr J. Best Practices for Conducting Interprofessional Team Rounds to Facilitate Performance of the ICU Liberation (ABCDEF) Bundle. Read Online: *Critical Care Medicine| Society of Critical Care Medicine*. 2020;48(4):562-70. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004197>
 15. Hojat M, Gonnella J. S, Nasca T. J, Fields S. K, Cicchetti A, Scalzo A. L, Taroni F, Amicosante A. M. V, Macinati M, & Tangucci M. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *International journal of nursing studies*. 2003;40(4):427-35. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00108-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00108-6)
 16. Vafadar Z. The Necessity of Teamwork and Inter Professional Collaboration in the Intensive Care Unit .2020;13(1):1-5.
 17. Urisman T, Garcia A, Harris HW. Impact of surgical intensive care unit interdisciplinary rounds on interprofessional collaboration and quality of care: mixed qualitative-quantitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2018;44:18-23. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.001>
 18. 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; 20:74-85.
 19. Karima A. EL Sayed I and Wafaa F. Sleem. Nurse - physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*. 2011;8(2): 140-146.
 20. Amsalu E. Boru B, Getahun F, Tulu B. Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2014; 13:37. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0037-7>
 21. 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; 2017:1-7. <https://doi.org/10.1155/2017/7406278>
 22. Amsalu E. Boru B, Getahun F, Tulu B. Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2014;13:37. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0037-7>
 23. Akinici F, Bostan S, Kilic T. Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Oncology Hospital. 2015.
 24. Hossny E K, Sabra H E. The attitudes of healthcare professionals towards nurse-physician collaboration. *Nursing Open*. 2021;8:1406-1416 <https://doi.org/10.1002/nop2.756>
 25. Borhani F, Abbasi M, Abbaszadeh A, Mousavi S. Attitudes of nurses and physicians of the hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences toward collaboration with each other. *Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2018;7(3):69-77. [In Persian]
 26. Lari M, Ashghaly Farahani M, Jamshidiorak R, Bozorgnejad M. Survey of attitude of physicians and nurses toward physician-nurse collaborative relationships in general hospitals of Tehran University of Medical Sciences Iran. *Journal of Nursing*. 2013;8:58-64. [In Persian]
 27. Stalpers D, Van der Linden D, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Nurse-perceived quality of care in intensive care units and

- associations with work environment characteristics: A multicentre survey study. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;73(6):1-9. <https://doi.org/10.1111/jan.13242>
28. Georgiou E, Papathanassoglou E. Nurse-physician collaboration and associations with perceived autonomy in Cypriot critical care staff nurses. *Nursing in Critical Care*. 2017; 22(1):29-39. <https://doi.org/10.1111/nicc.12126>
29. Girish D. Collaboration between Nurses and Physicians. *International Journal of Advances in Nursing Management*. 2019;7(1):63-68. <https://doi.org/10.5958/2454-2652.2019.00016.7>
30. Vegesna A, Coschignano Ch, Hegarty S. E, Karagiannis T, Polenzani L, Messina E, et al. Attitudes towards physician-nurse collaboration in a primary care team-based setting: Survey-based research conducted in the chronic care units of the Tuscany region of Italy. *Journal of Interprofessional Care*. 2016;30(1):65-70. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1081878>
31. Aghamohammadi D, Dadkhah B, Aghamohammadi M. Nurse-Physician Collaboration and the Professional Autonomy of Intensive Care Units Nurses. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2019; 23 (4):178-181. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23149>
32. Tadayon A, Heidarzadeh M, Aghamohammadi M. Nurses-Nurses Professional Collaboration Status from the Nurses' Viewpoints in Critical Care Units of Ardabil Educational Hospitals. 2017; 21 (4): 272-282. <https://doi.org/10.29252/jhc.21.4.272>