

وضعیت همکاری بین رشته‌ای پزشک - پرستار در بخش‌های بالینی

ملیحه عرب*^۱، گیتی نقبائی^۲

- ۱- استاد بیماریهای زنان، مرکز تحقیقات پیشگیری از بیماریهای زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران
۲- دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران
۳- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات پیشگیری از بیماریهای زنان، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۱

در سالیان اخیر توجه زیادی به همکاری بین رشته‌ای در آموزش پزشکی شده است که روندی چند وجهی در مراقبت بیمار دارد (۱). از طرفی این همکاری سبب افزایش کارائی تیم بالینی مراقبت و بهبود خدمات ارائه شده به بیمار شده و از طرف دیگر جلب رضایت بیشتر وی می‌شود (۲-۳).

جلسات بین رشته‌ای وسیله ای هستند که این همکاری را نمایان نموده و سبب افزایش کیفیت درمان و اعتماد بیشتر به تیم بالینی می‌شوند (۴).

دیدگاه پزشکان و پرستاران در مورد بیماران متفاوت است (۵). پرستاران به علت کیفیت مراقبتی حرفه خود معمولاً زمان بیشتری را با بیماران می‌گذرانند. بنابراین کاملاً در جریان نگرانی‌های بیماران، سطح همکاری با پزشکان، بخش‌های مهم و نادیده گرفته شده تاریخچه پزشکی و سوء تفاهات پزشک- بیمار قرار دارند. گاهی پرستاران دستورات پزشکی را به عبارات ساده‌تر برای بیماران بازگویی می‌کنند. این رفتار پرستاران می‌تواند سبب بهبود مراقبت بیماران و تسهیل روند درمانی در هماهنگی با مراقبت پزشکی گردد

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۲۱۵۹۳۲۷۷، آدرس الکترونیکی

Drmarab@yahoo.com

ارجاع به این مقاله به صورت زیر است:

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حضور پرستاران در جلسات گزارش صبحگاهی یک استاندارد آموزشی می‌باشد (۸).

از توانمندی‌های مهم متصور برای فارغ‌التحصیلان پزشکی عمومی در کشور ایران، مشاوره و آموزش بیماران در مورد مسایل بهداشت فردی، فامیلی و اجتماعی است که لازمه آن برقراری ارتباط موثر با بیماران، گروه‌های اجتماعی و همکاران می‌باشد.

با مرور تفکر غالب در آموزش پزشکی بقیه کشورها، تاکید بر همکاری پزشک و پرستار دیده می‌شود. در دانشکده پزشکی «براون»، بر ارتباط موثر و درک زمینه اجتماعی مراقبت بهداشتی تاکید شده است (۱۰). در بین لیست فدراسیون جهانی آموزش پزشکی (WFME)، تعادل توانمندی‌های حرفه‌ای و دانشگاهی فراگیران و مهارت‌ها و نگرش برقراری ارتباط و توان کار تیمی مورد ملاحظه قرار گرفته است (۱۱). در کلیه سطوح فراگیران از جمله دانشجویان پزشکی و پزشکان تازه فارغ‌التحصیل نشان داده شده که حضور در جلسات بین رشته‌ای سبب بهبود مهارت‌های پزشکی و ماندگاری طولانی اطلاعات کسب شده می‌گردد (۱۲).

چندین محدودیت می‌تواند سبب حذف حضور پرستاران در جلسات گزارش صبحگاهی و راندهای بالینی بخش گردند. تعداد کم پرستاران در مقایسه با بیماران و کار موجود سبب محدودیت و کمبود وقت پرستاران می‌شود (۷). مانع دیگر ارتباط نامناسب پزشک و پرستار است (۱۳). مطالعات نشان داده‌اند که پرستاران دید جامع‌تری نسبت به بیماران دارند و مایلند اطلاعات بیماران را در محیط خصوصی‌تری دریافت کنند. در خیلی از موارد، بیماران دوست ندارند درباره بعضی وجوه واقعی مسایل خود در جمع صحبت کنند، در این رابطه پرستاران کمک زیادی می‌کنند.

دیدگاه‌های نادرست ارتباط پزشک و پرستار وجوه مختلفی از جمله زمینه تاریخی دارد (۱۴). در یک مطالعه وسیع کیفی، حدود ۸۵ ساعت مصاحبه با پزشکان و پرستاران و نقطه نظرات آنها در مورد وظایف و ارتباطات صورت گرفت. نتایج نشان داد که پرستاران بر این باور بودند که از آنها انتظار

آموزش دیده، مسوول سه نوبت ارزشیابی در بخش در روزهای مختلف هفته بوده است. در مورد حضور مشترک پزشک - پرستار در راندهای بالینی بخش، کارشناس آموزش دیده از دستیاران ارشد هر بخش در مورد روال معمول حضور پرستاران در راندهای بخش سوال میکرد که به ۴ شکل حضور همیشگی، حضور فقط با هیات علمی، گاهی حضور با هیات علمی و عدم حضور گزارش میشد. فقط بخش‌های با جلسات منظم گزارش صبحگاهی که حاضر به همکاری با مطالعه بودند مورد بررسی قرار گرفتند.

کارشناس آموزش دیده، ۲۴ بخش را از نظر جلسات گزارش صبحگاهی و راندهای بالینی بخش مورد بررسی قرار داد. در هیچیک از ۲۳ بخش مورد بررسی که گزارش صبحگاهی مورد مطالعه قرار گرفت، که شامل ۷۳ مورد جلسه گزارش صبحگاهی بود، پرستاران حضور نداشتند. در ۱۳ تا از ۷۳ مورد ارزشیابی جلسات گزارش صبحگاهی (۴۶/۲٪) هرگز پرستاران در راندهای آموزشی بخش شرکت نمی‌کردند. در ۵ مورد از ۷۳ مورد (۱۸/۵٪) پرستاران در همه راندهای آموزشی بخش شرکت می‌کردند. در ۴ تا از ۷۳ مورد (۱۴/۸٪) پرستاران همیشه در راندهای بالینی آموزشی با اعضاء هیات علمی شرکت می‌کردند. در ۵ تا از ۷۳ مورد (۱۸/۵٪) پرستاران گاهی در راندهای آموزشی با اعضاء هیات علمی شرکت می‌کردند.

مساله عدم حضور پرستاران در جلسات گزارش صبحگاهی و کم بودن موارد شرکت در راندهای بالینی بخش در کنار پزشکان، تفکر در مورد راهکارهای این مساله را در دستور کار قرار می‌دهد.

نشان داده شده که مشارکت پزشک و پرستار در جلسات مشترک متداول مثل گزارش صبحگاهی می‌تواند سبب تقویت مراقبت بیمار، کیفیت زندگی، اخذ تصمیمات قوی‌تر، افزایش نتایج درمانی و رضایت بیماران و اعضاء فامیل آنها شود (۲۰۳).

از طرف دیگر، مشارکت پزشک و پرستار نقش موثری در آموزش پزشکی دارد. در استانداردهای تدوین شده وزارت

مورد مطالعه در بخش مراقبت‌های ویژه و جراحی اعصاب برخلاف بقیه بخش‌ها، پرستاران در راندهای بخش حضور داشتند.

پرستار باید آگاه و قادر به ایفاء نقش جامع و مفید خود در تیم پزشکی باشد. پرستاران باید بخوبی در برنامه‌های آموزش پرستاری ورزیدگی لازم برای کار خود را کسب کرده باشند و درک درستی از نقش بالقوه خود به عنوان عضوی از تیم مشارکت بین رشته‌ای داشته باشد (۶).

مشارکت پزشک-پرستار در جلسات گزارش صبحگاهی و راندهای بالینی بخش در گزارش حاضر مناسب نبوده است. همکاری پزشک-پرستار در مستندات رسمی و استانداردهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور ایران و جهان به عنوان عامل بهبود درمان و آموزش پزشکی گنجانیده شده است. محدودیت اصلی این امر فقدان درک اهمیت آن است. این مساله در زمینه کمبودهای کادر پرستاری پررنگ تر می‌شود. بنابراین نیروی بالقوه عظیم حاصل از این مشارکت از دست می‌رود. لازم است بعضی تغییرات نیز در نگرش پزشکان و پرستاران و مدیران آموزش پزشکی در رابطه با همکاری پزشک و پرستار صورت گیرد. پرستاران باید در برنامه‌های آموزشی پرستاری برای چنین مشارکتی آموزش بگیرند. این تحقیق حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پزشکی است.

می‌رود همکاری کنند، انعطاف داشته باشند و دستورات پزشکی را اجرا کنند. پزشکان این تصور را داشتند که انتظار از آنها نیز اجرای دستورات پزشکی است. از طرف دیگر انتظار پرستاران را از پزشک نوشتن صحیح و کامل دستورات می‌دانستند (۷ و ۱۴). پزشکان جلسات گزارش صبحگاهی و راندهای بالینی و بقیه جلسات مشترک را محل ارائه اهداف درمانی و جمع آوری اطلاعات و نه مشارکت بین حرفه‌ای می‌دانستند. در حالی که پرستاران بیشتر طالب مشارکت با پزشکان در راندهای بالینی هستند و اغلب داوطلب هستند که زمان راندها را بدانند، به نظر می‌رسد که نگرش پزشکان و پرستاران نیز مناسب نیست.

این دیدگاه واقعی‌تر پرستاران می‌تواند سبب بازخوردهای مفیدی به تیم پزشکی شود. در یک مرور سیستماتیک ۳۶ مقاله تشابه محتوای اطلاعاتی پرستاران و پزشکان از بیماران حداکثر ۴۶٪ بوده است. نقش پرستاران در بیان بیماری به زبان ساده در کاهش اضطراب بیماران خیلی موثر است (۶). جالب اینکه، با وجود اینکه پزشکان معمولاً پرستاران را برای راندهای بالینی فرا نمی‌خوانند در بخش‌های خاصی مثل مراقبت‌های ویژه و جراحی اعصاب پزشکان به نقش مهم پرستاران در برقراری ارتباط با بیماران به خوبی واقف هستند و همیشه آنها را برای راند فرا می‌خوانند که (۷) در مطالعه حاضر نیز ما این مطلب را ملاحظه کردیم. در بین ۲۷ بخش

References

- 1- Bleakley A, Boyden J, Hobbs A, et al. Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *Journal of Interprofessional Care*. 2006; 20(5): 461-70.
- 2- Hudson P, Quinn K, O'Hanlon B, et al. Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*. 2008; 7(12): 1-30.
- 3- Lilly CM, Sonna LA, Haley KJ, et al. Intensive communication: Four-year follow-up from a clinical practice study. *Critical Care Medicine*. 2003; 31(5): S394-9.
- 4- D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Care concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. 2005; 19(Supplement 1): 116-31.

- 5- Krimshstein NS, Luhrs CA, Puntillo KA, et al. Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: An intervention. *Journal of Palliative Medicine*. 2011; 14(12): 1325-32.
- 6- Collin K, Valleala UJ, Herranen S, et al. Interprofessional collaboration during ward rounds in an Emergency and Infection Department: Department Kaija Collin Jhsrp, rsmjovrnals. 2006 riley online library- 2009.
- 7- Educational Deputy of Health, Treatment and Medical Education Ministry of Iran. Research and Development Centre of Medical Education. Medical education standards, 2009. [Persian]
- 8- Determination of clinical medical education standards final report. Student and Education Deputy of Iranian Ministry of Health and Medical Education. Medical Education Research and Development Centre. 2009. [Persian]
- 9- Soong J, Bravis V, Smith D, et al. Improving ward round processes: A pilot medical checklist improves performance. *Proceedings of the International Forum on Quality and Safety in Healthcare*; 2012. Paris, France.
- 10- Simpson JG, Furnace J, Crosby J, et al. The Scottish doctor--Learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland : A foundation for competent and reflective practitioners. *Medical Teacher*. 2002, 24(2): 136-43.
- 11- Blazeby JM, Wilson L, Metcalfe C, et al. Analysis of clinical decision-making in multi-disciplinary cancer teams. *Annals of Oncology*. 2006; 17(3): 457-60.
- 12- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, et al. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: A randomised controlled trial. *Lancet*. 2002; 359(9307): 650-6.
- 13- Wilhelmsson M, Ponzer S, Dahlgren LO, et al. Are female students in general and nursing students more ready for teamwork and interprofessional collaboration in healthcare? *BMC Medical Education*. 2011; 11: 15, doi:10.1186/1472-6920-11-15.
- 14- Copnell B, Johnston L, Harrison D, et al. Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2004; 13(1): 105-13.