

The Effect of Collaborative Communication Skills Training on the Communication Skills of Intensive Care Nurses in Iranshahr: A Quasi-Experimental Study

Shiva Pejmankhah^{1*}, Somayeh Sarhadi²

1-Phd in Nursing Education, Assistant Professor, Department of Nursing, Iranshar University of Medical Sciences, Iranshar, Iran. ORCID: 0000-0002-2662-1388

2-MS in nursing, Rotation Supervisor, Iranshar University of Medical Sciences, Iranshar, Iran. ORCID: 0009-0000-5780-1579

***Corresponding Author:** Shiva Pejmankhah, PhD in Nursing Education, Assistant Professor, Department of Nursing, Iranshar University of Medical Sciences, Iranshar, Iran. Email: khodaa90@gmail.com

Received: 28 May 2025

Revised: 12 Oct 2025

Accepted: 22 Oct 2025

Abstract

Introduction: Collaborative training of communication skills for intensive care nurses leads to the improvement of nursing service quality and their effective communication at the bedside. The aim of this study was to provide communication skills training as a low-cost yet effective strategy to improve the quality of nursing care.

Methods: This quasi-experimental study was conducted in 2023 with the participation of 70 intensive care unit nurses, divided into two groups of 35 (intervention and control), in the intensive care units of Khatam al-Anbiya and Iran hospitals in Iranshahr. Random sampling was used. Data collection tools included a demographic questionnaire and the Queen-Dom communication skills questionnaire, completed by nurses before and one month after the intervention. The intervention group attended four training sessions on communication skills. The translation of the sentence you provided into English is. To analyze the data, SPSS 25 software was used, employing univariate analysis of covariance (ANCOVA) for the total score and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) for the subscales of the Quinn Communication Skills instrument.

Results: The mean total communication skills score in the intervention group increased from $115/4 \pm 9/2$ in the pre-test to $137/2 \pm 8/7$ in the post-test, while the control group showed a slight increase from $114/7 \pm 8/8$ to $117/0 \pm 8/9$. ANCOVA results indicated that the difference in post-test mean scores between the two groups was statistically significant.

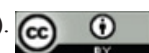
Conclusion: The findings of this study demonstrated that collaborative and workshop-based communication skills training significantly improved the communication skills of intensive care nurses in Iranshahr. Therefore, it seems essential for nursing managers to focus on organizing educational programs to enhance these skills.

Keywords: Communication Skills, Nurses, Intensive Care Unit

How to cite this article: Pejmankhah S, Sarhadi S. The Effect of Collaborative Communication Skills Training on the Communication Skills of Intensive Care Nurses in Iranshahr: A Quasi-Experimental Study. Journal of Nursing Education (JNE). Journal of Nursing Education (JNE). May 2020. p112-126 (in Persian)

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



تأثیر آموزش مشارکتی مهارت های ارتباطی بر مهارت های ارتباطی پرستاران مراقبت ویژه در ایران شهر: یک مطالعه نیمه تجربی

شیوا پژمان خواه^{۱*}، سمیه سرحدی^۲

۱- دکتری آموزش پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی ایران شهر، دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۰-۲۶۶۲-۱۳۸۸
۲- کارشناسی ارشد پرستاری، سرپرست گردشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر، ایران شهر، ایران. ORCID: ۰۰۰۹-۰۰۰۰-۵۷۸۰-۱۵۷۹

*نویسنده مسئول: شیوا پژمان خواه، دکتری آموزش پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی ایران شهر، دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر، ایران.

ایمیل: khodaa90@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۷/۳۰

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۴/۷/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۷

چکیده

مقدمه: آموزش مشارکتی مهارت های ارتباطی به پرستاران مراقبت ویژه موجب ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری و ارتباط موثر آنان در بالین می گردد. هدف این تحقیق، آموزش مهارت های ارتباطی راهکاری کم هزینه اما اثربخش برای بهبود کیفیت مراقبت های پرستاری بود.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی با مشارکت ۷۰ پرستار بخش مراقبت ویژه دردو گروه مداخله و کنترل (هر کدام ۳۵ نفر) در در سال ۱۴۰۲، در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های خاتم الانبیاء (ص) و ایران ایران شهر صورت گرفت. از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه دموگرافیک و ابزار آزمون اصلاح شده مهارت های ارتباطی کوئین دام بود که قبل و یک ماه پس از مداخله توسط پرستاران تکمیل شد. گروه مداخله در چهار جلسه آموزشی مهارت های ارتباطی شرکت نمودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 25 و از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) برای نمره کل، و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) برای قسمت های ابزار مهارت های ارتباطی کوئین دام استفاده شد.

یافته ها: میانگین نمره کل مهارت های ارتباطی در گروه مداخله، از $9/2 \pm 115/4$ در پیش آزمون به $8/7 \pm 137/2$ در پس آزمون افزایش یافت، در حالیکه در گروه کنترل، از $8/8 \pm 114/7$ به $8/9 \pm 117/0$ افزایش جزئی داشت. نتایج تحلیل ANCOVA نشان داد که اختلاف میانگین پس آزمون بین دو گروه معنادار است.

نتیجه گیری: یافته های این مطالعه نشان داد که آموزش مشارکتی و کارگاهی مهارت های ارتباطی به طور معناداری موجب ارتقاء مهارت های ارتباطی پرستاران مراقبت ویژه در ایران شهر شد. بنابراین توجه مدیران پرستاری را به برگزاری برنامه های آموزشی جهت ارتقای این مهارت ها ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: مهارت های ارتباطی، پرستاران، بخش مراقبت های ویژه

مقدمه

کادر درمان به دنبال بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه، باید به دنبال ارائه یک مراقبت جامع باشند. مراقبت جامع، مراقبتی است که به نیازهای جسمی و روانی و برقراری ارتباط هم با بیمار و هم با خانواده بیمار، توجه ویژه داشته و خانواده بیمار را نیز به عنوان ارائه دهنده و دریافت کننده مراقبت‌های درمانی در نظر بگیرد [۱]. مهارت‌های ارتباطی از اهمیت مهمی در مراقبت‌های پرستاری به خصوص در بخش مراقبت‌های ویژه جهت افزایش کیفیت مراقبت برخوردار است [۲]. در کشورهای توسعه یافته مهارت‌های ارتباطی پرستاران بیشتر مورد توجه و آموزش مستمر و نظام مند قرار گرفته است، بنابر تاثیر مثبتی که بر عملکرد و رضایت شغلی پرستاران داشته است [۳]. چنانکه آموزش مهارت‌های ارتباطی در دانشکده‌های پرستاری کشورهای اسپانیایی زبان بسیار متنوع و پراکنده بود، در سال ۲۰۲۲ اولین چارچوب جامع و بین‌المللی برای مهارت‌های ارتباطی در آموزش پرستاری در کشورهای اسپانیایی زبان تدوین شد تا چالشه نبود یک چارچوب استاندارد و منطقه ای با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در کشورهای مذکور با رویکرد اهمیت روز افزون مهارت‌های ارتباطی در مراقبت‌های بهداشتی از بین رود [۴]. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که مهارت‌های ارتباطی پرستاران در ایران در سطح متوسط قرار دارد و با چالش‌هایی مانند ارتباط یک طرفه با پزشکان، فشار کاری بالا و کمبود آموزش‌های تخصصی مواجه است که این مسائل بر کیفیت مراقبت و رضایت بیماران تاثیر منفی می‌گذارد. همچنین در ایران، پرستاران اغلب وقت زیادی را صرف وظایف نوشتاری و مدیریتی می‌نمایند و زمان کافی برای برقراری ارتباط موثر با بیماران را ندارند [۵-۸]. این در حالی است که طبق نتایج مطالعات یکی از چالش‌های استان‌های کم‌برخوردار، ضعف در ارتباطات و تعامل بین کادر بهداشتی درمانی و مردم است که یکی از مولفه‌های اصلی در کیفیت خدمات ارائه شده است [۹]. در ایران شهر فرهنگ و گویش بلوچی غالب است و پرستاران در این منطقه باید فرهنگ محلی و زبان مردم آشنا باشند تا بتوانند خدمات بهداشتی و درمانی مناسبی ارائه دهند [۱۰-۱۲]. در همین رابطه، مطالعه ای توسط اکبری مطلق (۱۴۰۱) درباره «بررسی رضایتمندی مراجعین از کیفیت ارائه خدمات بهداشتی-درمانی در دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر» نشان

می‌دهد که کیفیت خدمات در برخی ابعاد مانند تضمین خدمت مطلوب است اما بعد همدلی که می‌تواند به کمبود نیروی انسانی و کیفیت مراقبتی مرتبط باشد، از دید مراجعین نامطلوب ارزیابی شده است [۱۳]. در مطالعه دیگر توسط رهدار (۱۳۹۴) درباره «بررسی دیدگاه دانشجویان پرستاری در رابطه با موانع برقراری ارتباط مؤثر بین پرستار و بیمار در بیمارستان‌های شهر ایران شهر» انجام شده بود مهم‌ترین موانع ارتباط مؤثر پرستار و بیمار، حجم بالای کار، کمبود نیروی انسانی و شرایط نامناسب محیط بیمارستان است [۱۴]. پیامدهای کاهش مهارت‌های ارتباطی در پرستاران منجر به کاهش آگاهی از مسائل و مشکلات بیماران، اختلال در ارائه ی راه حل‌های بهداشتی مناسب، کاهش نگرش حمایت از افراد و کارکنان، کاهش حس مشارکت و همکاری در تیم درمانی، کاهش مهارت و دانش و نگرش، نقصان ارتقاء کیفیت مراقبت و افزایش خطای درمانی، افزایش طول اقامت بیمار در بیمارستان، افزایش هزینه‌های درمانی، افزایش استرس و فرسودگی شغلی، کاهش رضایت شغلی و کاهش بهره‌وری می‌گردد [۱۵].

اقداماتی برای بهبود مهارت‌های ارتباطی پرستاران انجام گرفته است از جمله، برگزاری کارگاه‌های و جلسات آموزشی و آموزش مشارکتی، آموزش بازخوردی، آموزش راه حل‌مدار، آموزش مجازی می‌توان نام برد [۱۵-۱۸]. از آنجا که این اقدامات با چالش‌هایی روبرو است، مانند مقاومت برخی پرستاران در پذیرش بازخورد به دلیل نگرانی از قضاوت یا انتقاد که در آموزش بازخوردی همراه است [۱۹]، نیاز به ایجاد رابطه یاورانه و عاطفی عمیق با بیمار که مستلزم مشغولیت درمانی و همدلی بالا است و نیز عدم آمادگی برخی پرستاران برای تغییر نگرش و سبک ارتباطی خود که در آموزش راه حل‌مدار مشاهده می‌گردد [۱۷] و کمبود تعامل چهره به چهره و مشکلات فنی و ضعف زیر ساخت‌های ارتباطی که باعث کاهش اثر بخشی آموزش می‌شود که در آموزش مجازی اشاره شده است [۱۶]، اجرای آموزش مشارکتی با توجه به مزایای خود یکی از راهکاری مناسب برای ارتقای مهارت‌های ارتباطی پرستاران می‌باشد که در آن افراد در گروه‌های کوچک و با همکاری یکدیگر، مفاهیم و مهارت‌های مورد نظر را یاد می‌گیرند. در این روش هر فرد مسئولیت یادگیری خود و همچنین کمک به یادگیری سایر اعضای گروه است. تعامل، بحث و تبادل نظر بین اعضا، محور اصلی آموزش مشارکتی است و مدرس نقش

شیوا پژمان خواه و همکاران

گذشته، بودند و نیز عدم تمایل به ادامه همکاری در هر یک از مراحل تحقیق، غیبت در یک جلسه از جلسات آموزشی برای پرستاران به عنوان معیار خروج محسوب شد. در این پژوهش، به دلیل کامل بودن داده ها پس از غربالگری اولیه، نیازی به استفاده از روش های جایگزینی داده های گمشده (مانند جایگزینی با میانگین، میانه یا برآورد چندگانه داده های گمشده) نشد.

از پرسشنامه دموگرافیک پرستاران که شامل سن، سابقه کار، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، مدرک تحصیلی بود، استفاده گردید و نیز ابزار آزمون اصلاح شده مهارت های ارتباطی کوئین دام (CSTR) که در سال ۲۰۰۴ طراحی شده، این ابزار توسط حسین چاری و فداکار در سال ۱۳۸۴ در ایران مورد استفاده و بومی سازی شد (۲۴). این ابزار دارای آزمون ۳۴ سوال و ۵ قسمت دارد. درک پیام با سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۲۸، ۳۰ و ۳۲؛ گوش دادن با سوالات ۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۳۱؛ بینش به ارتباط با سوالات ۱، ۲، ۱۷، ۱۸ و ۲۰؛ ابراز وجود با سوالات ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۹ و ۳۳ را اندازه گیری می نماید. هر سوال بر اساس طیف لیکرت پنج درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره دهی می شود. برخی سوالات به صورت معکوس نمره گذاری می شوند (سوالات ۲، ۴ و ۶) به این معنا که پاسخ ۵ به ۱، ۴ به ۲ و غیره تبدیل می شود تا تفسیر یکسانی داشته باشند. نمره کل از جمع نمرات ۳۴ سوال به دست می آید و دامنه آن بین ۳۴ تا ۱۷۰ است. میانگین نمره مهارت های ارتباطی در سه سطح ضعیف (۷۰-۳۰)، متوسط (۱۱۰-۷۱) و خوب (۱۵۰-۱۱۱) طبقه بندی شد. پایایی این ابزار در مطالعه حسین چاری و فداکار ثابت شد و به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ، برابر با ۰/۶۹ بود که در مطالعه حاضر پایایی این ابزار نیز به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۶۹ بود (۲۴) که نشان دهنده پایایی قابل قبول اما نه بهینه است که با یافته های قبلی همخوانی دارد. اگرچه این مقدار کمی پایین تر از آستانه مرسوم ۰/۷۰ است، اما با توجه به اعتبارسنجی قبلی ابزار در زمینه ایرانی و پوشش جامع آن از مهارت های ارتباطی، استفاده از آن مناسب تلقی شد. روایی سازه ای ابزار CSTR پیش تر توسط صالحی و هاشمی (۱۳۹۷) با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) به روش مؤلفه های اصلی (PCA) تأیید شده بود که مقدار

راهنما و تسهیل گر را دارد [۱۸]. موانع آموزش مشارکتی در پرستاران بخش ویژه به کمبود زمان و بار کار زیاد و استفاده از روش های آموزشی ناکارآمد و محتوای نامناسب و غیر کاربردی برنامه آموزشی که ایجاد انگیزه در پرستاران نماید و نیز نبود حمایت سازمانی و مدیریتی کافی برای اجرای آموزش مشارکتی، مطرح شده است [۲۰-۲۲].

آموزش مهارت های ارتباطی، به ویژه در مناطق محروم، به دلیل وجود خلأ آموزشی، فشار کاری و نیاز بالای بیماران، تأثیری دوچندان دارد. این آموزش ها با روش های کارگاهی و مشارکتی، نه تنها دانش بلکه نگرش و رفتار پرستاران را متحول می نماید. بنابراین، هدف این مطالعه این که با اجرای یک برنامه آموزشی کارگاهی و مشارکتی، ضمن پاسخ به خلأ آموزشی و حرفه ای پرستاران مراقبت ویژه، زمینه ارتقاء کیفیت مراقبت و توسعه عدالت سلامت در یکی از مناطق محروم کشور را فراهم نمود.

روش کار

این پژوهش به روش نیمه تجربی (Quasi-Experimental) با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پرستاران مشغول در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های خاتم الانبیاء (ص) و ایران ایرانشهر تشکیل می دهند. تعیین حجم نمونه پرستار، براساس مطالعه امینی [۲۳] و فرمول تفاوت میانگین ها و با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و احتساب ۱۰ درصد ریزش در هر گروه ۳۵ نفر برآورد شد.

$$\sqrt{((9.8^2 + 5.02^2) + (61.78 - 31))^2 \times 7.84} = 30.8812454841$$

برای تعیین کفایت حجم نمونه، تحلیل توان با استفاده از آزمون t مستقل و پارامترهای $\alpha = 0.05$ ، توان ۸۰٪ و اندازه اثر متوسط ($d = 0.5$) انجام شد. بر اساس فرمول آماری و محاسبه نرم افزار G*Power، حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای هر گروه ۳۱ نفر برآورد گردید. با توجه به ورود ۳۵ نفر در هر گروه، توان آماری مطالعه برابر ۸۴٪ محاسبه شد که نشان دهنده حجم نمونه و اعتبار نتایج پژوهش است. از نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد. معیارهای ورود شامل داشتن حداقل یک سال سابقه کار شاغل بودن در بخش مراقبت ویژه، داشتن تمایل برای همکاری در مطالعه، نداشتن سابقه آموزش در زمینه مهارت های ارتباطی طی سه ماه

شاخص KMO برابر با ۰/۷۱ را نشان داد، که بیانگر کفایت نمونه برای تحلیل عاملی است. در مطالعه حاضر، از ساختار عاملی تأیید شده قبلی استفاده شد و تحلیل عاملی جدیدی انجام نگرفت، زیرا روایی ابزار بر اساس مطالعات قبلی کافی تلقی شد [۲۵].

پژوهشگر پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل و کمیته اخلاق (IR.ZUBMU. REC.1402.025)، مراحل انجام کار را شروع نمود. از بین پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های خاتم الانبیا(ص) و ایران ایرانشهر در سال ۱۴۰۲، پرستارانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، وارد شدند و طی برگزاری جلسه معارفه، اهداف تحقیق توسط پژوهشگر بیان شد. پس از اخذ رضایت نامه کتبی مبنی بر تمایل شرکت در تحقیق، پرسشنامه مشخصات فردی و ابزار مهارت‌های ارتباطی توسط پرستاران تکمیل شد.

در این مطالعه، به منظور اطمینان از همگنی و کاهش سوگیری میان دو گروه مداخله و کنترل، ابتدا کلیه پرستاران واجد شرایط براساس معیارهای ورود و خروج استاندارد انتخاب گردیدند. سپس تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌های مداخله و کنترل با استفاده از تصادفی‌سازی ساده در سطح کل نمونه انجام شد. از تابع (RAND) در نرم‌افزار Excel برای تخصیص تصادفی استفاده شد، به گونه‌ای که هر شرکت‌کننده شانس برابر و مستقلی برای قرار گرفتن در هر گروه داشت. برای بررسی همگنی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، متغیرهایی مانند سن، جنسیت، سابقه کار، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات بین دو گروه مقایسه شدند و نتایج آزمون‌های t-test و کای اسکوئر نشان داد که تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0.05$). با این حال، به دلیل حضور پرستاران از دو بیمارستان مختلف، احتمال اثرات خوشه‌ای محیطی بررسی شد. تحلیل‌های اولیه نشان داد که تفاوت‌های محیطی بین بیمارستان‌ها

تأثیر قابل توجهی بر نتایج نداشته است، اما این موضوع به عنوان یک محدودیت بالقوه در نظر گرفته شد. برای اطمینان از همگنی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه و رفع نگرانی از سوگیری‌های احتمالی، پس از تصادفی‌سازی متغیرهای دموگرافیک اصلی مانند سن، جنسیت، سابقه کاری، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات در هر دو گروه مورد مقایسه قرار گرفتند و توزیع این ویژگی‌ها در دو گروه مداخله و کنترل کاملاً همگن است. افزون بر این، برای کنترل اثر عوامل زمینه‌ای و تقلیل سوگیری‌های غیرتصادفی، در تحلیل آماری پس از مداخله ANCOVA/ MANCOVA، متغیرهای دموگرافیک و همچنین نمره پیش‌آزمون در مدل آماری وارد شده تا اطمینان حاصل شود که تفاوت‌های پس‌آزمون را بتوان مستقیماً به مداخله نسبت داد و نه به تفاوت‌های پیشین بین گروه‌ها. بنابراین، این رویکرد نه تنها تصادفی بودن تخصیص را تضمین کرده، بلکه احتمال اثرپذیری نتایج از سوگیری یا عدم همگنی پیشین را به حداقل رسانده است. در این راستا، پرستاران به دو گروه مداخله (۳۵ نفر) پرستاران شاغل در بخش ویژه بیمارستان ایران (۱۷ پرستار) و بخش ویژه یک بیمارستان خاتم الانبیا(ص) (۱۸ پرستار) و کنترل (۳۵ نفر) پرستاران بخش ویژه دو بیمارستان خاتم الانبیا(ص) تقسیم شدند. طراحی محتوای آموزشی از طریق نیازسنجی اولیه انجام شد که شامل مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با پرستاران و سرپرستاران بخش مراقبت ویژه و مرور ادبیات مرتبط بود. نیازهای آموزشی با توجه به هدف پژوهش و یافته‌های مطالعات قبلی شناسایی شد. سپس، سرفصل‌های آموزشی توسط اساتید دانشکده پرستاری و مامایی زابل با تخصص در حوزه‌های داخلی-جراحی، مراقبت‌های ویژه و روان پرستاری انتخاب و تأیید شدند. محتوای جلسات بر اساس منابع معتبر علمی، کتاب‌ها و مقالات تخصصی در حوزه پرستاری تدوین شد (جدول ۱).

جدول ۱. ساختار جلسات و محتوای آموزشی

روز	جلسات	محتوای جلسات
روز اول	اول	تعریف ارتباط / اهمیت ارتباط / اجزای ارتباط / ویژگی های یک بازخورد مناسب / عوامل مؤثر در انتخاب کانال ارتباطی
	دوم	شرایط موفقیت فرستنده پیام / انواع ارتباط / ارتباط و مراقبت از بیمار / تعریف مهارت های ارتباطی / اهمیت مهارت های ارتباطی / مولفه های مهارت ارتباطی
	سوم	مهارت های ارتباطی چهارگانه / شیوه های برقراری ارتباط مؤثر (مهارت های ارتباطی) / روش های مؤثر برای گوش دادن فعال
	چهارم	اجرای سناریو
روز دوم	اول	چگونه سؤال کنیم یا اهداف سؤال کردن / روش پرس و جو
	دوم	روش خلع سلاح / روش برخورد همدلی / مهارت ابراز وجود / بازخورد
	سوم	عوامل کمک کننده به برقراری ارتباط مؤثر / موانع برقراری ارتباط مؤثر / مزایای مهارت های ارتباطی
	چهارم	اجرای سناریو

دوم (پس آزمون)، یک ماه پس از پایان آخرین جلسه ی آموزشی برای پرستاران گروه مداخله و کنترل صورت گرفت. اصول تکمیل ابزار آزمون اصلاح شده مهارت های ارتباطی بر پایه رعایت دستورالعمل های استاندارد، امانت داری، دقت در پاسخدهی و اجرای پیش و پس آزمون بوده است. این اصول کمک نمود تا داده های پژوهش از اعتبار و قابلیت استناد بالایی برخوردار باشند و نتایج حاصل از مداخله آموزشی به درستی ارزیابی شود.

یافته ها

از نظر جنسیت، اکثریت افراد در هر دو گروه مرد (۵۷،۱٪) بودند و تفاوت آن از نظر آماری معنادار نبود. میانگین سنی پرستاران در گروه مداخله و کنترل تقریباً مشابه و تفاوت آن از نظر آماری معنادار نبود. بنابراین، سن پرستاران در دو گروه همگن بوده است. میانگین سابقه کار پرستاران در دو گروه تفاوت معناداری نداشت. نسبت پرستاران متأهل و مجرد در دو گروه تفاوت معناداری نداشت. توزیع وضعیت اقتصادی (خوب، متوسط، ضعیف) بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت. توزیع مدرک تحصیلی (کارشناسی و کارشناسی

در قالب کارگاه آموزشی ۲ روزه و به مدت ۸ ساعت (۴ جلسه، ۲ ساعته) هم به روش مشارکتی و هم کارگاهی برای گروه مداخله در سالن کنفرانس بیمارستان ایران در دی ماه ۱۴۰۲ برگزار گردید. در آموزش مشارکتی، پرستاران به گروه های ۳ نفره تقسیم شدند و هر گروه بخشی از محتوی را مطالعه و یاد می گیرد، سپس اعضا به یکدیگر آموزش می دهند تا همه مطالب را یاد بگیرند. پس از آن، نمایندگان از هر گروه به گروه های دیگر رفتند و آموخته های خود را به اشتراک گذاشتند. استاد نقش راهنما دارد، به گروه ها سرکشی نمود و در صورت نیاز توضیحات تکمیلی می داد. در روش آموزش کارگاهی آموزش های نظری، تمرین عملی و بحث گروهی اجرا شد. در راستای ارتقای کیفیت آموزش و با توجه به بافت فرهنگی و زبانی منطقه، آموزش مهارت های ارتباطی به صورت همزمان به زبان فارسی و گویش بلوچی برگزار شد تا تمامی پرستاران فارغ از تفاوت های زبانی، ضمن تسهیل فرایند یادگیری، بتوانند به طور حداکثری مشارکت نموده و از آموزش بهره مند شوند. جمع آوری داده های مهارت های ارتباطی در دو مرحله، مرحله اول (پیش آزمون)، پیش از شروع جلسات آموزشی برای هر دو گروه و مرحله

گروههای مداخله و کنترل از نظر اکثر ویژگیهای جمعیتی همگن بوده اند و تفاوتهای مشاهده شده در نتایج نهایی مطالعه را میتوان با اطمینان بیشتری به مداخله آموزشی نسبت داد.

ارشد) در دو گروه تفاوت معناداری نداشت. بنابراین ویژگیهای دموگرافیک شامل جنس، سن، سابقه کار، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و مدرک تحصیلی بین دو گروه تفاوت معناداری نداشتند ($P>0/05$). این موضوع نشان میدهد که

جدول ۲. امشخصات دموگرافیک پرستاران مورد مطالعه

متغیر	گروه مداخله (n=۳۵)	گروه کنترل (n=۳۵)	نتیجه آزمون همگنی	p-value
	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد		
میانگین سن (سال)	۳۱/۶۸ $\pm$ ۳/۶۵	۳۲/۸۵ $\pm$ ۲/۹۳	t=۱/۴۸	۰/۸۲۲
میانگین سابقه کار (سال)	۷/۵۱ $\pm$ ۳/۴۳	۶/۸۰ $\pm$ ۲/۴۵	t=۰/۹۹۷	۰/۷۴۱

جدول ۲-۲. مشخصات دموگرافیک پرستاران مورد مطالعه

متغیر	گروه مداخله (n=۳۵)	گروه کنترل (n=۳۵)	نتیجه آزمون همگنی	p-value	متغیر
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
جنسیت	مرد	۲۰ نفر (۵۷/۱٪)	۲۰ نفر (۵۷/۱٪)	$\chi^2=0.00$ $-p=1$	۱
	زن	۱۵ (۴۲/۹٪)	۱۵ (۴۲/۹٪)		
وضعیت تأهل	مجرد	۹ (۲۵/۷٪)	۵ (۱۴/۳٪)	$\chi^2=1.43$	۰/۶۵۱
	متأهل	۲۶ (۷۴/۳٪)	۳۰ (۸۵/۷٪)		
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱۶ (۴۵/۷٪)	۱۴ (۴۰/۰٪)	$\chi^2=0.23$	۰/۷۷۲
	متوسط	۱۹ (۵۴/۳٪)	۲۱ (۶۰/۰٪)		
تحصیلات	کارشناسی	۳۴ (۹۷/۱٪)	۳۲ (۹۱/۴٪)	آزمون دقیق فیشر	۰/۶۱۵
	کارشناسی ارشد	۱ (۲/۹٪)	۳ (۸/۶٪)		

استفاده شد که تفاوت معناداری بین دو گروه نشان نداد ($p=0.615$) (جدول ۲).

به دلیل وجود سلولهایی با فراوانی کمتر از ۵ در متغیر تحصیلات، از آزمون دقیق فیشر به جای آزمون کای اسکوئر

جدول ۳. بررسی نرمالیتی داده‌های (Shapiro-Wilk) نمره مهارت ارتباطی قبل و بعد از مداخله در دو گروه پرستاران مورد مطالعه

متغیر	زمان ارزیابی	گروه	آماره آزمون	سطح معنی داری
نمره مهارت ارتباطی	قبل از مداخله	مداخله	۰/۹۸۱	۰/۷۹۷
		کنترل	۰/۹۷۶	۰/۶۳۳
	بعد از مداخله	مداخله	۰/۹۵۹	۰/۲۱۲
		کنترل	۰/۹۶۸	۰/۳۸۶

*

نرمالیتی نمره مهارت های ارتباطی توسط آزمون شاپیروویلک در دو گروه پرستاران قبل و بعد از مداخله ارزیابی شد و نرمال بودند ($P > 0.05/0$) (جدول ۳) برای تحلیل تأثیر آموزش مشارکتی بر مهارت های ارتباطی پرستاران مراقبت ویژه، از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) برای نمره کل، و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) برای قسمت های ابزار مهارت های ارتباطی کوئین دام استفاده شد. پیش از انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA)، پیش فرض های آن بررسی شدند. آزمون Box's M نشان داد که ماتریس کوواریانس ها همگن است ($F = 1/23$ ، $P = 0/314$). آزمون Levene برای همگنی واریانس ها در هر زیرمقیاس معنادار نبود ($p > 0.05$)، که نشان دهنده همگنی واریانس هاست. همچنین، همگنی شیب های رگرسیون تأیید شد ($P = 0/472$).

که نشان می دهد رابطه بین کوواریانس (نمره پیش آزمون) و متغیرهای وابسته در هر دو گروه یکسان است. در این مطالعه، متغیر نمره پیش آزمون مهارت های ارتباطی (به عنوان کوواریانس اصلی) و متغیرهای دموگرافیک (سن، سابقه کار، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی و مدرک تحصیلی) به عنوان عوامل مخدوش کننده بالقوه در مدل آماری لحاظ شدند. با استفاده از ANCOVA، اثر این متغیرها بر نمره پس آزمون مهارت های ارتباطی کنترل گردید تا تفاوت میانگین گروه ها صرفاً ناشی از مداخله آموزشی باشد و نه تفاوت های اولیه یا عوامل زمینه ای. نتایج تحلیل آماری نشان داد که مداخله آموزشی تأثیر معناداری بر قسمت های مختلف ابزار مهارت های ارتباطی داشته است (جدول ۴).

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) برای قسمت های مهارت های ارتباطی

قسمت ها	آمار F	درجه آزادی (fd)	Eta Squared (η^2)	سطح معنی داری P
ابراز وجود	۹/۴۵	۱/۶۶	۰/۱۸	۰/۰۰۳
گوش دادن فعال	۸/۲۱	۱/۶۶	۰/۱۶	۰/۰۰۵
بینش به ارتباط	۷/۹۳	۱/۶۶	۰/۱۴	۰/۰۰۷
تنظیم هیجان	۱۰/۳۴	۱/۶۶	۰/۲۰	۰/۰۰۲
درک پیام	۱۱/۵۶	۱/۶۶	۰/۲۲	۰/۰۰۱

بر مبنای شاخص آمار F، بیشترین تأثیر مداخله بر مهارت درک پیام است و کمترین تأثیر بینش در ارتباط بود (جدول ۴).

جدول ۵. نتایج تحلیل MANCOVA برای مقایسه گروه مداخله و کنترل در مهارت های ارتباطی پرستاران

مقدار	شاخص آماری
۰/۵۲۲	Wilks' Lambda
۱۱/۵۵	F
۵	df1
۶۳	df2
<۰/۰۰۱	سطح معناداری P
۰/۴۷۸	η^2 (اندازه اثر)

ارتباطی توسط مداخله آموزشی توضیح داده شده است، که بیانگر اثر بزرگ مداخله است. (جدول ۵).
آزمون t زوجی برای بررسی تغییرات درون گروهی در هر یک از مؤلفه های مهارت های ارتباطی انجام شد (جدول ۶) تا اثر مداخله آموزشی به صورت جداگانه در گروه مداخله و کنترل ارزیابی شود. این تحلیل مکمل تحلیل های ANCOVA و MANCOVA بود که برای مقایسه بین گروهی و کنترل متغیرهای مخدوش کننده استفاده شد. برای پیش فرض آزمون t زوجی جهت نرمال بودن داده های نمرات مهارت های ارتباطی با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک نشان داده شد (جدول ۳). برای همگنی واریانس ها، از آزمون Lev-ene برای تفاوت های نمرات پیش آزمون و پس آزمون هر مؤلفه مهارت های ارتباطی در دو گروه مداخله و کنترل استفاده شد که در نتیجه پیش فرض همگنی واریانس ها ($p>0.05$) برای آزمون t تایید شد.

در جدول ۴، درجات آزادی ($df=1/66$) برای هر زیرمقیاس به صورت جداگانه محاسبه شده اند، در حالی که در جدول ۵، درجات آزادی ($df1=63$ ، $df2=5$) برای آزمون کلی MANCOVA با در نظر گرفتن تمام زیرمقیاس ها گزارش شده اند.

در تحلیل چندمتغیره (MANCOVA)، بین دو گروه در قسمت های مهارت های ارتباطی تفاوت معناداری مشاهده شد. در پژوهش حاضر، مقدار Wilks' Lambda برای مقایسه گروه مداخله و کنترل در مهارت های ارتباطی برابر با ۰/۵۲۲ گزارش شد. این مقدار نسبتاً پایین است و نشان می دهد که تفاوت معناداری بین گروه ها وجود دارد. همچنین مقدار F بالا و سطح معناداری بسیار پایین ($<0/001$) این نتیجه را که مداخله آموزشی تاثیر قابل توجهی بر بهبود مهارت های ارتباطی پرستاران داشته است، تایید می نماید و به تعبیر دیگر، که حدود ۴۸٪ از واریانس مهارت های

جدول ۶. آزمون t زوجین مقایسه میانگین های تعدیل شده پس از آزمون نمرات قسمت های مهارت های ارتباطی

قسمت ها	گروه	پیش آموزش میانگین و انحراف معیار	پس آموزش میانگین و انحراف معیار	P-value
		میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	
ابراز وجود	مداخله	۱۹/۱ $\pm$ ۲/۳	۲۳/۹ $\pm$ ۲/۶	$P < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۱۹/۳ $\pm$ ۳/۰	۲۰/۰ $\pm$ ۲/۸	۰/۸۲۱
گوش دادن فعال	مداخله	۱۸/۴ $\pm$ ۲/۹	۲۲/۷ $\pm$ ۲/۷	$P < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۱۸/۲ $\pm$ ۳/۱	۱۸/۷ $\pm$ ۳/۰	۰/۸۲۰
بینش به ارتباط	مداخله	۱۸/۳ $\pm$ ۳/۰	۲۲/۴ $\pm$ ۲/۸	$P < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۱۸/۱ $\pm$ ۳/۲	۱۸/۵ $\pm$ ۳/۱	۰/۸۲۳
تنظیم هیجان در ارتباط	مداخله	۱۷/۷ $\pm$ ۳/۵	۲۱/۵ $\pm$ ۳/۱	$P < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۱۷/۹ $\pm$ ۳/۶	۱۸/۱ $\pm$ ۳/۳	۰/۸۲۱
درک پیام	مداخله	۲۱/۲ $\pm$ ۲/۶	۲۶/۰ $\pm$ ۲/۵	$P < ۰/۰۰۱$
	کنترل	۲۱/۵ $\pm$ ۲/۷	۲۱/۹ $\pm$ ۲/۶	۰/۸۲۳
نمره کل مهارت ارتباطی		۱۱۵/۴ $\pm$ ۲۹/۲	۱۳۷/۲ $\pm$ ۲۸/۷	

در پس آزمون افزایش یافت، که این جهش معنادار، موید تأثیر مثبت آموزش مشارکتی بر تقویت جامع مهارت های ارتباطی پرستاران است. در مقابل، گروه کنترل در هیچ یک از مؤلفه ها و همچنین نمره کل مهارت های ارتباطی تغییر معناداری را تجربه نکرده است. در این گروه، میانگین نمرات پیش و پس آزمون تقریباً مشابه باقی مانده و مقدار معنی داری برابر با ۰/۸۲۱، مؤید عدم تفاوت معنادار در طول مطالعه می باشد. کمترین تغییر در قسمت، تنظیم هیجان در ارتباط با ۳/۸+ نمره، کمترین افزایش را داشته است. در گروه کنترل، تغییرات در همه قسمت ها بسیار جزئی و ناچیز بوده و تفاوت معنی داری مشاهده نشده است (جدول ۶).

در گروه مداخله، کلیه مؤلفه های مهارت ارتباطی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، افزایش معناداری نشان دادند؛ به گونه ای که برای همه مؤلفه ها، مقدار معنی داری (P-value) کمتر از ۰/۰۰۱ به دست آمد. این تغییرات نشان می دهد که مداخله آموزشی برگزار شده، نقش مؤثری در بهبود توانمندی های ارتباطی پرستاران ایفا کرده است. به عنوان نمونه، میانگین نمره «مؤلفه ابزار وجود» از $۱۹/۱ \pm ۲/۳$ در پیش آزمون به $۲۳/۹ \pm ۲/۶$ در پس آزمون ارتقا یافت. سایر مؤلفه ها مانند گوش دادن فعال، بینش به ارتباط، تنظیم هیجان و درک پیام نیز با روندی مشابه، بهبود چشمگیری پس از مداخله نشان داده اند. نمره کل مهارت های ارتباطی در گروه مداخله از $۹/۲ \pm ۱۱۵/۴$ در پیش آزمون به $۸/۷ \pm ۱۳۷/۲$

جدول ۷. میانگین و انحراف معیار نمرات کل قسمت های مهارت های ارتباطی بر اساس گروه پیش و بعد از آموزش

گروه	میانگین پیش آزمون $\pm$ انحراف معیار	میانگین پس از آزمون $\pm$ انحراف معیار	میزان تغییر	سطح معنی داری	درصد تغییر
مداخله	$۱۱۵/۴ \pm ۹/۲$	$۱۳۷/۲ \pm ۲۸/۷$	۲۱/۸	$P < ۰/۰۰۱$	۱۸/۹ %
کنترل	$۱۱۴/۷ \pm ۸/۸$	$۱۱۷/۰ \pm ۸/۹$	۲/۳	$P = ۰/۸۲۱$	۲/۰ %

ارتباطی پرستاران شده بود، حتی زمانی که تفاوت اولیه افراد (پیش آزمون) در نظر گرفته شده بود. به تعبیری این مداخله آموزشی موثر بوده و توانسته مهارت های ارتباطی پرستاران را بهبود بخشد (جدول ۷).

میانگین نمره کل مهارت های ارتباطی در گروه مداخله، از $۹/۲ \pm ۱۱۵/۴$ در پیش آزمون به $۸/۷ \pm ۱۳۷/۲$ در پس آزمون افزایش یافت، در حالیکه در گروه کنترل، از $۸/۸ \pm ۱۱۴/۷$ به $۸/۹ \pm ۱۱۷/۰$ افزایش جزئی داشت. مداخله آموزش مشارکتی و کارگاهی باعث بهبود قابل توجه مهارت های

جدول ۸. تحلیل کوواریانس ANCOVA برای نمره مهارت های ارتباطی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	Eta Squared (η^2)	P-value
گروه	۳۳۴/۵۶	۱	۳۳۴/۵۶	۳۳/۲۶	۰/۳۴	<۰/۰۰۱
پیش آزمون	۱۰۲/۳۴	۱	۱۰۲/۳۴	۱۰/۴۸	۰/۱۴	۰/۰۰۲
خطا	۶۵۴/۲۱	۶۵	۹/۷۶			

بحث

یافته‌های اصلی این مطالعه حاکی از آن است که مداخله آموزشی به طور قابل توجهی موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی در گروه مداخله شده است. میانگین نمره کل مهارت‌های ارتباطی در این گروه پس از انجام مداخله افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته، در حالی که گروه کنترل تغییرات ناچیزی را تجربه کرده است. این امر نشان می‌دهد که برنامه آموزشی طراحی شده به صورت مؤثری توانسته است سطح مهارت‌های ارتباطی شرکت‌کنندگان را ارتقا دهد. علاوه بر افزایش میانگین نمرات، نتایج آماری نیز نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین گروه‌ها پس از مداخله بوده است که بیانگر تأثیر مثبت و قابل توجه مداخله بر متغیر مورد مطالعه است. اندازه اثر به دست آمده تأکید می‌کند که بخش قابل توجهی از تغییرات مهارت‌های ارتباطی به واسطه مداخله صورت گرفته است. این یافته‌ها اهمیت برنامه‌های آموزشی هدفمند در بهبود مهارت‌های ارتباطی را تایید می‌کند و نشان می‌دهد که با استفاده از روش‌های آموزشی مناسب، می‌توان به بهبود قابل توجهی در این مهارت‌ها دست یافت. از آنجا که مهارت‌های ارتباطی بخش مهمی از کارکردهای فردی و اجتماعی را تشکیل می‌دهند، ارتقاء این مهارت‌ها می‌تواند تأثیر مثبتی بر کیفیت ارتباطات فردی و عملکرد حرفه‌ای افراد داشته باشد. به طور کلی، این مطالعه نشان داد که پس از اجرای آموزش مشارکتی و کارگاهی در ایرانشهر، به بهبود مهارت‌های ارتباطی پرستاران منجر گردیده است و نتایج مطالعه بیانگر اثربخشی مداخله آموزشی در تغییر و بهبود مهارت‌های ارتباطی بوده و اهمیت طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی منظم و هدفمند را در این حوزه برجسته می‌سازد. نتایج مطالعه حاضر با نتایج ثانی و همکاران (۱۴۰۳) تأکید بر آموزش مشارکتی و بهبود مهارت‌های ارتباطی همانند مطالعه حاضر با برگزاری

پیش‌فرض‌های ANCOVA شامل همگنی شیب‌های رگرسیون ($F = ۰/۷۸$ ، $P = ۰/۴۸۱$)، نرمال بودن باقیمانده‌ها (آزمون شاپیرو-ویلک: $W = ۰/۹۷$ ، $P = ۰/۴۳۵$) و همگنی واریانس‌ها (آزمون Levene: $F = ۰/۶۵$ ، $P = ۰/۴۲۷$) بررسی و تأیید شدند. نتایج تحلیل ANCOVA نشان می‌دهد، تفاوت معناداری در نمره کل مهارت‌های ارتباطی وجود دارد ($MS = ۳۳۴/۵۶$ ، $P < ۰/۰۰۱$) که نشان‌دهنده تأثیر قوی مداخله است. نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل (کوواریانت) به طور معناداری کنترل شده اند ($P = ۰/۰۰۲$) و تفاوت‌های اولیه شرکت‌کنندگان در نظر گرفته شده است. تأثیر گروه‌ها معنادار است؛ مجموع مربعات گروه به میزان ۳۳۴/۵۶ و درجه آزادی آن برابر با ۱ است. این مقدار بزرگتر از میانگین مجزورات مربوط به خطا (۹/۷۶) است، که نشان‌دهنده تفاوت محسوس و برجسته‌ای میان گروه‌ها می‌باشد. میزان سطح معناداری (p) کمتر از ۰/۰۰۱ گزارش شده، مورد تأییدی بر اعتبار آماری فراوان این اختلاف است؛ بدین معنا که اثر مشاهده شده ناشی از تأثیر واقعی مداخلات یا تفاوت‌های ساختاری بین گروه‌ها است. از سوی دیگر، اثر پیش آزمون نیز با میانگین مجزوراتی برابر ۱۰۲/۳۴ بود. به‌طور معناداری با نمره پس‌آزمون همبسته بوده و به‌عنوان کوواریانس مؤثر عمل کرده است. $\eta^2 = ۰/۱۴$ و $F = ۱۰/۴۸$ نشان‌دهنده نقش کلیدی آن در کنترل تفاوت‌های اولیه بین شرکت‌کنندگان است. سطح معناداری این مؤلفه برابر ۰/۰۰۲ گزارش شده که نشان‌دهنده نقش کلیدی و تأثیر مهم پیش آزمون در شکل دهی به نتایج نهایی است. در نهایت، بخشی از تغییرات به خطای اندازه گیری تعلق دارد که نمایانگر چندگانگی عوامل مؤثر بر مهارت‌های ارتباطی بود، اما اعتبار کلی یافته‌ها را نمی‌کاهد. در آخر، برحسب نتایج، مداخله صورت گرفته بر گروه‌ها بر مهارت‌های ارتباطی تأثیر گذار بوده است (جدول ۸).

استفاده گردیده بود، برابری داشت که هر دو مطالعه به حجم بالای بیماران و کمبود نیروی انسانی از مشکلات رایج جهت آموزش، عنوان گردید. تفاوت در مطالعه علی و همکاران با مطالعه حاضر، بررسی آن در کشور پاکستان بود و به کمبود مشکلات زیر ساختی و منابع مالی به عنوان چالش های آموزشی، اشاره شد [۲۸]. در مطالعه که توسط Musitia و همکاران (۲۰۲۵) انجام گرفته بود، آموزش کارگاهی و مشارکتی منجر به افزایش قابل توجهی مهارت های ارتباطی شده است و بهبود کیفیت، کاهش خطاهای درمانی و افزایش رضایت بیماران از نتایج کلیدی این آموزش بوده است. نقش آموزش دهندگان محلی و استفاده از زبان بومی در اثر بخشی آموزش ها را مورد توجه قرار داده بود که این نتایج با مطالعه حاضر همسو بود. تفاوت مطالعه موسیتیا و همکاران با مطالعه حاضر، تمرکز بر مدیران پرستاری و در کشور کنیا بود را می توان بیان شود [۲۹].

در مطالعه ی توسط Kerr و همکاران (۲۰۲۰) بیان شد که آموزش مهارت های ارتباطی در پرستاران، حداقل یک شاخص از مهارت های ارتباطی را بهبود داده است. بهبود ها شامل افزایش توانایی برقراری ارتباط موثر، افزایش همدلی، بهبود انتقال پیام و کاهش سوء تفاهم ها بوده است که همسو با نتایج مطالعه حاضر بود. تفاوت مطالعه مذکور با مطالعه حاضر، اشاره به روش های نوین آموزشی مانند بازی و شبیه سازی بالینی و ایفای و الگوبرداری در کنار روش های سنتی مانند سخنرانی، بحث گروهی و نمایش عملی و روش های نوین جهت بهبود مهارت های ارتباطی بود و نیز در این مطالعه، نبود یک ابزار استاندارد و جهانی برای سنجش مهارت های ارتباطی پرستاران، یکی از چالش های اصلی در ارزیابی اثر بخشی آموزش ها عنوان شده بود [۳].

شباهت مطالعات ایرانی و مطالعات کشورهای در حال توسعه با مطالعه حاضر، ابتدا در مورد اثر بخشی آموزش مشارکتی بود، چنانکه نشان داده شده است که آموزش مشارکتی و کارگاهی مهارت های ارتباطی، منجر به بهبود معنادار این مهارت ها در پرستاران می شود. مورد دیگر تاثیر مثبت بر کیفیت مراقبت است چنانکه در همه مطالعات، ارتقاء مهارت های ارتباطی باعث بهبود کیفیت مراقبت از بیماران، افزایش رضایت بیماران و کاهش خطاهای درمانی شده است. سایر شباهت مطالعه حاضر با سایر مطالعات ملی و کشورهای در حال توسعه، تجربه چالش های محیطی بود، چالش هایی

جلسات کارگاهی بود. در هر دو مطالعه، به چالش هایی مانند کمبود نیروی انسانی، حجم بالای کار، فشار های محیطی و کمبود فرصت های آموزشی که می تواند اثر بخشی مداخلات آموزشی را تحت تاثیر قرار دهد، اشاره شده است. تفاوت مطالعه حاضر با مطالعه مذکور، تمرکز در بخش اورژانس بود. همچنین، ثانی و همکاران نیز بیان نمودند که آموزش عملی و مشارکتی باعث افزایش خودکارآمدی و رضایت بیماران گشته است [۱۵]. نتایج مطالعه حاضر با نتایج صادقی شرمه و همکاران (۱۳۹۱) با برگزاری کارگاه آموزشی کوتاه مدت، منجر به بهبود نگرش و رفتار پرستاران و کیفیت ارتباطات شد، هم راستا بود [۱۷]. این شباهت ها نشان داد که آموزش ساختارمند و مشارکتی، صرف نظر از نوع بخش درمانی، می تواند تاثیر مثبتی بر مهارت های ارتباطی پرستاران داشته باشد. همچنین در هر دو مطالعه، محدودیت زمانی آموزشی، نیاز به استمرار و پیگیری برای اثرات پایدار به عنوان چالش، مطرح گردید. تفاوت نتایج صادقی شرمه و همکاران با مطالعه حاضر در روش ارزیابی چند جانبه (خود فرد، سرپرستار و همکار) و تمرکز در بخش داخلی و جراحی بود. مطالعه صادقی شرمه و همکاران، به تاثیر مهارت های ارتباطی به عنوان عاملی در افزایش کیفیت مراقبت، رضایت بیماران، کاهش خطاهای درمانی و استرس شغلی پرستاران اشاره نمودند. نتایج مطالعه حاضر با نتایج سیستمی کرم پور و همکاران (۱۴۰۱) که با برگزاری آموزش تعاملی، از طریق برپایی جلسات کارگاه حضوری و ایجاد بحث گروهی، منجر به افزایش اعتماد به نفس پرستاران بخش مراقبت ویژه شد، همسو بود. تفاوت مطالعه سیستمی کرم پور و همکاران با مطالعه حاضر، تمرکز بر اضطراب خانواده بیماران بود که نتایج آموزش حاصل نیز منجر به کاهش اضطراب خانواده بیماران گشته بود [۲۶]. مطالعه حاضر با نتایج Ahmad و همکاران (۲۰۲۴) که از روش آموزشی مشارکتی به صورت کارگاه عملی برای پرستاران استفاده گردیده بود، برابری داشت که هر دو مطالعه به بهبود کیفیت مراقبت و افزایش رضایت شغلی و کاهش تعارضات اشاره نموده بودند. تفاوت در مطالعه احمد و همکاران با مطالعه حاضر، تمرکز بر تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی در افزایش انسجام تیمی و در کشور مصر انجام شده بود، بیان شد [۲۷]. مطالعه حاضر با نتایج تحقیق Ali و همکاران (۲۰۲۰) که از روش آموزشی مشارکتی به صورت کارگاه عملی برای پرستاران

مانند فشار کاری بالا، کمبود نیروی انسانی و محدودیت های زمانی در محیط بیمارستانی بود که بر آموزش مهارت های ارتباطی در پرستاران اثر گذار است. مورد دیگر تاکید بر اهمیت مهارت های ارتباطی بود که همه مطالعات بر این موضوع تاکید داشتند که مهارت های ارتباطی برای ارتقاء عملکرد حرفه ای پرستاران و تعامل موثر با بیماران و تیم درمانی ضروری است [۲۵، ۳۰، ۳۱].

تفاوت مطالعه حاضر با سایر مطالعات ایرانی در نوع آموزش بود، چنانکه در مطالعه حاضر از روش کارگاهی و مشارکتی کوتاه مدت و توجه به زبان بومی بهره گرفته شده بود اما در اکثر مطالعات ایرانی دیگر، اغلب کارگاه های کوتاه مدت و عملی به کارگرفته شده بود. هم چنین نوع آموزش نظام مند و پروژه محوری و شبیه سازی بالینی که در کشور های پیشرفته از جمله آمریکا و کانادا به کار گرفته می شود، تفاوت موجود با مطالعه حاضر بود. در مطالعه حاضر و مطالعات ایرانی آموزش های مهارت های ارتباطی پرستاران عمدتاً خارج از برنامه رسمی دانشگاهی است اما در کشورهای پیشرفته از جمله آمریکا و کانادا، آموزش مهارت های ارتباطی پرستاران بخشی از برنامه رسمی و توسعه حرفه ای مستمر است. در مطالعه حاضر و مطالعات ایرانی آموزش مهارت های ارتباطی بر مبنای مهارت های پایه (ابراز وجود، گوش دادن فعال، بینش به ارتباط، تنظیم هیجان در ارتباط، درک پیام) مورد تاکید است اما در کشورهای پیشرفته مهارت های پیشرفته آموزش مهارت های ارتباطی از جمله رهبری و همکاری و تفکر انتقادی را مورد تمرکز قرار داده اند. در مطالعه حاضر و مطالعات ایرانی، حمایت های سازمانی محدود و نقصان در حمایت های ساختاری قوی و مدیریتی وجود دارد اما در کشورهای پیشرفته از حمایت سازمانی و زیر ساختاری قوی برخوردارند. در مطالعه حاضر و مطالعات ایرانی، پایداری آموزش اثر کوتاه مدت دارد و نیاز به پیگیری بیشتر و استمرار است در حالیکه در کشورهای پیشرفته، پایداری آموزش مستمر و ارزشیابی چند مرحله ای صورت می گیرد [۲۵، ۳۰، ۳۱]. محقق با تصادفی سازی نمونه ها، استفاده از گروه کنترل و ابزار استاندارد، پیگیری منظم جهت تکمیل ابزار پس از آزمون و یک آموزش دهنده واحد برای همه ی جلسات، محدودیت هایی را تحت کنترل قرار داد. بررسی و بومی سازی ابزار اندازه گیری نیز برای تطابق بیشتر با فرهنگ جامعه هدف انجام شده است، هرچند ضعف نسبی

پایایی ابزار به عنوان محدودیتی جزئی، ولی تحت کنترل محقق، در نظر گرفته شده بود که با تلاش مطرح شده برای بهبود و ارزیابی های مکرر تحت مدیریت قرار گرفت. از سوی دیگر، برخی محدودیت ها خارج از کنترل محقق قرار داشتند و طبیعتاً قابل تغییر نبودند، احتمال وجود اثرات خوشه ای محیطی ناشی از تفاوت های ذاتی بین دو بیمارستان تحت مطالعه، محدودیتی است که به دلیل تفاوت های طبیعی محیطی بیمارستان ها امکان اصلاح آن توسط محقق وجود نداشت. همچنین خود اظهاری ابزار، حجم بالای کار، کمبود نیروی انسانی و عوامل محیطی بیمارستان، همه پرستاران واجد شرایط نتوانستند در مطالعه شرکت نمایند که از محدودی های خارج کنترل محقق بود.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر تاکید می نماید که استفاده از روش فعال، مشارکتی و متناسب با فرهنگ و زبان بومی منطقه، اثر بخشی آموزش را افزایش می دهد و اجرای این دوره ها به عنوان یک راهبرد کم هزینه و موثر، به ویژه در مناطق محروم، به عنوان الگویی برای سیاست گذاری و برنامه ریزی آموزشی توصیه می گردد. پیشنهاد می شود، آموزش ساختارمند و بومی مهارت های ارتباطی برای تمام پرستاران در مناطق محروم، همراه با الگوبرداری از تجارب موفق، در برنامه های رسمی و خدمت گنجانده شود تا کیفیت مراقبت و عدالت سلامت ارتقاء یابد.

سیاسگذاری

با نهایت احترام و سپاس، از مشارکت کننده ها، مسئولین بیمارستان و همکارانی که با صرف زمان و دانش تخصصی خود، نقدهای سازنده و بازخورد ارزشمند آنان، نقش مهمی در ارتقاء کیفیت تحقیق حاضر شد.

تضاد منافع

بین نویسندگان در این مطالعه هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Koukoulou S, Lambraki M, Sigala E, Alevizaki A, Stavropoulou A. The experience of greek families of critically ill patients: exploring their needs and coping strategies. *Intensive Crit Care Nurs* 2018;45:44-51.DOI: 10.1016/j.iccn.2017.12.001.
- Imanipour M, Taheri M. The quality of communication between staff and families of patients hospitalized in Intensive care units: a review study. *Nursing and Midwifery Journal*. 2022;20(5):359-69.DOI: 10.52547/UNMF.20.5.2
- Kerr D, Ostaszkiwicz J, Dunning T, Martin P. The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills.a systematic review. *Nurse Educ Today*. 2020;89(104405).DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104405.
- Pérez-Martín AM, García Madrid MGD, Ruiz-Moral R, Crespo-Cañizares A, Mena CGL, Caballero-Martínez F. Ibero-american consensus on communication skills for nursing degree students. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30(e3565).DOI:10.1590/1518-8345.5653.3565:
- Moaddab F, Javadi N GA, Taheri-Ezbarami Z, Pouralizadeh M. The status, challenges, and solutions of professional and Inter- professional communications in nursing in Iran: a review study. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2021;6(3):48-57.
- Safavi M, Ghasemi Panjah S, Fesharaki M. Communication skills and its related factors in guilans teaching hospitals'nurses 94. *Journal of Nursing and Midwifery care*. 2016;24(1):50-7. DOI: 10.20286/nmj-24017.
- Kashani F, Moghimian M, Salarvand Sh, Kashani P. Nurses' knowledge, attitude, practice about effective communication skills in patient education. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2015;12(2):59-67.
- Nikmanesh P, Mohammadzadeh B, Nobakht S, Yusefi A. Nurses communication skills training and Its effect on patients' satisfaction in teaching hospitals of Shiraz university of medical sciences Iranian. *Journal Of Health Sciences*. 2018;6(4):22-9.DOI: 10.18502/jhs.v6i4.201.
- Khammarnia M, peyvand m, Setoodezadeh F. Intensifying health challenges in low-income provinces: The impact of the Corona pandemic *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*. 2021;8(1).DOI: 10.32598/JAMS.24.3.6184.2.
- Sepahi A. Balochistan:history and culture-a collection of essays. 1st ed: Abi Parsi Institue; 2024.
- Khachian A, Zarei M R, Haghani H, Khani F. The correlation between the cultural competence of nurses with their care behaviors in the teaching health centers affiliated to Iran university of medical sciences. *Iran Journal of Nursing*. 2020;33(124):70-81.DOI: 10.29252/IJN.33.124.70
- Flores G. Language barriers to health care in the united states. *New England Journal of Medicine*. 2006;355(3):229-31.DOI: 10.1056/NEJMp058316.
- Akbari Moghaddam A M. evalution of patient satisfaction with the quality of health care services (case study: Iranshar university of medical sciences). Fourth International Conference on Management, Accounting, Economics, and Banking in the Third Millennium, February,12,2023; Iran.
- Rahdar Z, Mirbaluch Zehi A, Sotoudeh M, Yazdan Doost M. Assessment of nursing students' perspectives on barriers to effective communication between nurse and patient in hospitals of Iranshahr city, 2015. The National Conference on Psychology and Management of Social Pataology; Iran2015.
- Komeili Sany H, Dashtbozorgi B, Haghighizadeh M H, Kord Gh. The effect of communication skills training on The quality of care and self-efficacy of nurses working In the emergency department. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2024;12(1):40-9.DOI: 10.22034/IJPN.12.1.40.
- Dehghan Abnavi S, Karami Varnamkhasti A, Roshanzadeh M, Kazemi Najafabadi F. Investigating the effect of virtual professional ethics training on the communication skills of operating room staff. *Journal of Payavard Salamat*. 2023;17(3).
- Sadeghi Shermeh M, Amiri H , Zarchi Karimi A, Bahari F, Binesh A. Effectiveness of solution-focused communication training (SFCT) on nurses communication skills. *Medicine Military of Journal Iranian*. 2013;14(4):269-75.DOI: 10.22054/QCCPC.2018.28656.1737
- Sadat Mousavi M, Mahmoudi M, Hekmat Pou D, Asgari P. Comparison of problem solving and participatory teaching methods on clinical

- learning anxiety, and satisfaction of nursing students in Arak university of medical sciences. *Journal of Nursing Education*. 2018;7(1):54-6. DOI: 10.21859/jne-01018.
19. Alishahi M, Barkhordari-Sharifabad M, Nasiriani K, Fallahzadeh H. The effect of using teach-back method in patient education on communication skills of nursing studentS. *Journal of Nursing Education*. 2021;10(2):23-32.
20. Yektatalab Sh, Momennasab M, Parvizy S, Mousazadeh N. Intensive care unit nurses' perception of barriers to effective in-service education: a qualitative study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2020;7(4):241-247. DOI: 10.4103/JNMS.JNMS_27_20.
21. González Alcantud B. Barriers to the application of the nursing methodology in the intensive care unit. *Enfermeria Intensiva*. 2022;33(3):151-62. DOI: 10.1016/j.enfie.2021.12.002.
22. Zamanzadeh V, Orujlu S, Beykmirza R, Ghofrani M. Barriers for nurse participation in multidisciplinary ward rounds: an integrative review. *Nursing Practice Today*. 2021;8(2):96-102. DOI: 10.18502/npt.v8i2.5120
23. Amini M, Samavatyan H, Haghighi A, Barati M. Effectiveness of communication skills training on general health of nurses. *Industrial and Organizational Psychology Studies*. 2015;2(1):71-82.
24. Hussain Chary M, Fadakar M M. Effect of university on communication skills based on the comparison between students and university students. *Daneshvar Raftar*. 2006;12(15):21-32.
25. Salehi Sh, Hashemi F, Avaznejad n, Karami F. The effect of participatory teaching of positive thinkings skills on nurses communication skills in the emergency department of a teaching hospital. *Health-Based Research*. 2018;4(1):63-76.
26. Sistanikarampour S, Golaghaie F, Elahi N, Farmahini Farahani M. The effect of communication skills training to nurses on the anxiety level in family members of patients admitted to intensive care units: a semi-expermental study. *Journal Crit Care Nurs*. 2022;15(3). DOI: 10.30491/JCC.15.3.13.
27. Ahmed F M, Abd El Salam F A M. Effect of communication skills training program on staff nurses' team cohesion. *Egyptian Journal of Health Care*. 2025;16(1):542-533. DOI: 10.21608/ejhc.2025.415371.
28. ALI S, Umair M, Jawed Z, Khan AA, MIRZA A. Effect of a 2-day hospital wide communication skills training on self-Ratings of nursing staff. *Clin Oncol J Nurs Health Care*. 2020;6(3):1-6. DOI: 10.31031/COJNH.2020.06.000638.
29. Musitia P, Boga M, Nzinga J, English M, S M. Strengthening respectful communication with patients and colleagues in neonatal units: developing and evaluating a communication and emotional competence training intervention for nurse managers in Kenya. *Wellcome Open Res*. 2025;7(223). DOI: doi:10.12688/wellcomeopenres.
30. Zhang J CQ. Collaborative learning in higher nursing education: a systematic review. *Prof Nurs*. 2018;34(5):378-388. DOI: 10.1016/j.profnurs.2018.07.007
31. Billings, D. M., & Halstead, J. A. Teaching in nursing: a guide for faculty. 6th ed: Elsevier; 2019.