

# تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران بر کیفیت مراقبت از بیماران

حسین کریمی موقفی<sup>۱</sup>، \*نرجس خاتون طاهری<sup>۲</sup>، حمیدرضا بهنام وشانی<sup>۳</sup>، سعید واقعی<sup>۴</sup>، مهری باوری<sup>۵</sup>

۱. استادیار گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. مربی گروه آموزش کودکان و نوزاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. مربی گروه آموزش روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. مربی گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\* نویسنده مسؤول: مشهد، چهارراه دکترا، خیابان ابن سینا، دانشکده پرستاری و مامایی  
پست الکترونیک: taherin891@mums.ac.ir

## چکیده

**مقدمه:** مسأله مهمی که در ارایه مراقبت‌های پرستاری مورد توجه قرار می‌گیرد، دستیابی به کیفیت مطلوب ارایه مراقبت می‌باشد. به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند کیفیت مراقبت را افزایش دهد.

**هدف:** تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کیفیت مراقبت از بیماران در پرستاران.

**روش:** این پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. واحدهای پژوهش ۶۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های قائم(عج) و امام‌رضاع(ع) بودند که بر اساس تخصیص تصادفی، به دو گروه مساوی تقسیم شدند و ۳ بیمار به ازای هر پرستار در هر یک از مراحل قبل و ۱، ۲ و ۳ هفته بعد از مداخله انتخاب شدند. مداخله شامل کارگاه آموزش مهارت‌های ارتباطی به مدت ۸ ساعت بود. ابزار پژوهش، پرسشنامه کیفیت مراقبت QUALPAC و چک‌لیست مهارت‌های ارتباطی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های تی مستقل، من‌ویتنی‌یو و ویلکاکسون تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کیفیت مراقبت گروه آموزش مهارت‌های ارتباطی، در مراحل ۲، ۳ و ۴ هفته بعد از مداخله، نسبت به مرحله قبل تغییر یافته است؛ که بیشتر از گروه کنترل می‌باشد ( $P < 0/001$ ). این افزایش در بعدهای مختلف کیفیت مراقبت یکسان نبوده است. در بعد روانی-اجتماعی فردی ۵۰/۸ درصد، بعد روانی-اجتماعی گروهی ۶۳/۸ درصد، بعد ارتباط ۵۴/۵ درصد، بعد فیزیکی ۵۰/۶ درصد، بعد عمومی ۴۱ درصد و در بعد حرفه‌ای ۹۸ درصد بود. در گروه کنترل نیز میانگین نمره کیفیت مراقبت کلی در مراحل بعد از مداخله کاهش یافته است ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** از آن جایی که آموزش مهارت‌های ارتباطی، شیوه مؤثر برای بهبود کیفیت مراقبت می‌باشد؛ پیشنهاد می‌شود به منظور ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران، مورد توجه مدیران و مسئولین قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش، پرستار، مهارت‌های ارتباطی، کیفیت مراقبت

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۸/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۹/۲۹

## مقدمه

فعالیت‌های پرستاران دارای ابعاد بسیاری است که با تأکید بر جنبه‌های مختلف مراقبت‌های پرستاری و نقش‌های آن‌هاست؛ مثل مراقبتی، حفاظتی، مدیریتی، آموزشی و ارتباطی که پرستار اغلب همزمان در نقش‌های مختلف عمل می‌کند (۱۰). یک جنبه مهم از مراقبت‌های پرستاری ارتباط با بیماران است. وظایف اصلی پرستاران نه تنها اطلاع رسانی در باره بیماری و درمان است؛ بلکه ایجاد یک رابطه درمانی مؤثر به وسیله بررسی نگرانی‌های بیماران، درک، همدلی و فراهم کردن آسایش و حمایت آنان می‌باشد (۱۱). بسیاری از وظایف پرستاران نظیر مراقبت‌های جسمانی از بیماران، حمایت روحی و تبادل اطلاعات با بیماران بدون ارتباط امکان‌پذیر نیست (۱۲).

کولینگ معتقد است که به منظور برقراری یک ارتباط مناسب، آشنایی به مهارت‌های ارتباطی ضروری است و ضعف مهارت‌های ارتباطی می‌تواند بر عملکرد پرستاران تأثیر منفی بگذارد (۱۳). تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش و بکارگیری مهارت‌های ارتباطی توسط پرستاران، نه تنها باعث تغییرات رفتاری در آن‌ها می‌شود، بلکه باعث پیدایش برخی از تغییرات مثبت در شرایط بالینی بیمار خواهد شد. آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران می‌تواند به آنها کمک کند تا از اشتباهاتی که در تعاملات‌شان با بیماران به وقوع می‌پیوندد، آگاه‌تر باشند و مهارت‌های ارتباطی‌شان ارتقا یابد (۱۴). یکی از اقدامات اساسی مدیران پرستاری به منظور ارتقای کیفیت مراقبت‌ها، آموزش پرستاران است و چنان که منطبق بر اصول و نیازهای آموزشی کارکنان طراحی و اجرا شود، شاهد بهبود در کیفیت مراقبت‌های پرستاری خواهیم بود (۱۵).

از آنجا که مراقبت باکیفیت حق تمام بیماران و مسئولیت تمام پرستاران مراقبت‌دهنده است (۱۶)؛ و همچنین مهارت‌های ارتباطی قابل آموزش و یادگیری هستند و با یادگیری مهارت‌های ارتباطی، افراد می‌توانند از رویکردهای ارتباطی مختلف برای پاسخ به طیف وسیعی از نیازها و موقعیت‌های متفاوت بیماران استفاده کنند (۱۷). متأسفانه با توجه به نتایج تحقیقات، ضعف پرستاران و دیگر کارکنان درمانی در زمینه برقراری ارتباط با بیماران نشان داده شده است و امروزه به دلیل تأکید فراوان روی مدیریت منابع، کنترل هزینه، اثربخشی مراقبت از بیمار، ارتقای کیفیت و مسئولیت‌پذیری، مراقبت با کیفیت از بیمار ضروری است؛ و از آنجا که تأثیر خدمات پرستاران بر کیفیت‌ها و رضایت بیماران بر کسی پوشیده نیست؛ بنابراین، انجام مداخلاتی که باعث حفظ و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها توسط پرستاران گردد ضروری است. از آنجا که پیدا کردن راهکار مناسب برای ارتقای کیفیت مراقبت یک ضرورت

مراقبت به عنوان یک جزء اساسی در زمینه خدمات بهداشتی درمانی به حساب می‌آید. در محیط‌های درمانی مانند بیمارستان، مراقبت‌های پرستاری از اهمیت بیشتری برخوردار است. به همین علت، ارایه مراقبت‌ها و خدمات با کیفیت مناسب به عنوان یک اولویت در نظام خدمات بهداشتی درمانی به ویژه در زمینه خدمات پرستاری مطرح شده است؛ به طوری که در اغلب کشورها درجه‌بندی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، تحت تأثیر مراقبت‌های پرستاری و کیفیت آن است (۱).

مراقبت پرستار یکی از مهمترین جنبه‌های موجود در کار بالینی (۲) و مراقبت اساس عملکرد پرستاری است و کیفیت مراقبت و جلب رضایت مراقبت‌شوندگان از اهداف آن محسوب می‌شود (۳). پرستاران شالوده اصلی فرایند بهبود کیفیت مراقبت‌ها هستند؛ بنابراین عملکردشان در پیشبرد اهداف سازمانی بسیار مؤثرتر است (۴). توانمندی حرفه‌ای پرستاران نقش مهمی در تحقیق رسالت نظام سلامت ایفا می‌کند. به همین دلیل، میزان توانمندی حرفه‌ای - مراقبتی آن‌ها یکی از دغدغه‌های نظام‌های بهداشتی و متولیان سلامت در کشورهای مختلف است (۵). اصلی‌ترین هدف ارتقای کیفیت در رشته‌های بالینی، ارایه مراقبت‌های بالینی به بهترین شکل ممکن به مددجویان است. در صورتی که این هدف تحقق یابد، نتایج آن نه تنها شامل حال بیماران می‌گردد، بلکه ارایه‌دهندگان مراقبت و خود حرفه را نیز در بر می‌گیرد (۶).

نتایج مطالعه کیفی کیب (Cabe) در ایرلند (۲۰۰۴) روی بیماران بستری در بیمارستان مشخص کرد که بیماران از فقدان ارتباط مناسب، احساس عدم توجه، همدلی و ارتباط دوستانه از طرف پرستاران گله‌مند و ناراضی‌اند (۷). در مطالعه‌ای که توسط ریگل (Riegel) و همکارانش در سال ۲۰۰۰ در ایالات متحده با هدف تعیین کیفیت ارایه مراقبت‌های عمومی در بیماران آنفراکتوس حاد میوکارد انجام شد نشان داد که کیفیت ارایه مراقبت‌های قلبی به کار گرفته شده توسط پرستاران در این بخش‌ها مناسب نیست (۸). دبیریان و همکاران (۱۳۸۷) نیز کیفیت مراقبت‌های پرستاری از دیدگاه ۷۰ بیمار مبتلا به ایدز در تهران را بررسی نمودند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۷۲/۹ درصد از بیماران مبتلا به ایدز کیفیت مراقبت‌های پرستاری را متوسط ارزیابی نمودند (۹). در مطالعه نیشابوری و همکاران (۱۳۸۹) کیفیت مراقبت پرستاری در بعد ارتباطی از دیدگاه بیماران تنها ۲۴/۷ درصد و از دیدگاه پرستاران ۵۶/۸ درصد مطلوب و در بعد روانی اجتماعی از دیدگاه بیماران ۳۱/۶ درصد و پرستاران ۹۲/۶ درصد مطلوب گزارش شده است (۱).

اجتناب‌ناپذیر است و با وجود اهمیت آموزش مهارت‌های ارتباطی، ضروری است که در این رابطه تدابیر لازم انجام گیرد. از این رو، پژوهشگر بر آن شد که پژوهشی را با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران بر کیفیت مراقبت بیماران به انجام رساند.

### روش‌ها

این تحقیق از نوع تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۱۳۹۱ بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های قائم (عج) و امام‌رضاع (ع) شهر مشهد انجام شد. معیارهای ورود این مطالعه برای پرستاران شامل: تمایل برای شرکت در پژوهش؛ دارا بودن مدرک تحصیلی پرستاری (کارشناسی و کارشناس ارشد)؛ حداقل یک سال سابقه کاری؛ زمان به پایان رسیدن سنوات خدمت بیشتر از ۶ ماه؛ کسب نمره بیشتر از ۱۲ در آزمون مهارت‌های ارتباطی پس از کارگاه آموزشی بود. معیارهای خروج آن شامل: عدم تمایل برای ادامه حضور در پژوهش؛ شرکت در دوره‌های آموزشی مربوط به مهارت‌های ارتباطی؛ عدم حضور در یکی از دو مرحله کارگاه آموزشی؛ مرخصی یا انتقال به بخش یا بیمارستان دیگر؛ مواجه شدن با حوادثی مانند فوت عزیزان، تصادف، شکست، طلاق و اختلافات خانوادگی بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول «تعیین حجم نمونه برای مقایسه میانگین دو گروه مستقل» محاسبه شد. پارامترهای «میانگین» و «انحراف معیار» متغیر کیفیت مراقبت از مطالعه‌ای که از همین ابزار به منظور ارزیابی کیفیت مراقبت استفاده کرده بود (۱۸) گرفته شد. حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، ۲۴ نفر در هر گروه به دست آمد؛ که با توجه به احتمال ریزش واحدهای پژوهش، ۳۰ نفر در هر دو گروه (۶۰ نفر) برآورد شد. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای بود؛ به این صورت که در ابتدا پرستاران بخش‌های داخلی و جراحی طبقه‌بندی شدند و از هر طبقه، ۵ پرستار انتخاب و سپس به طور تخصیص تصادفی (زوج گروه مداخله و فرد گروه کنترل) به دو گروه تقسیم شدند. در نهایت، با ریزش ۵ نفر از واحدهای پژوهش (به دلایل انتقال به بخش دیگر و انصراف از پژوهش) ۵۵ نفر (۲۷ نفر در گروه آزمون و ۲۸ نفر در گروه کنترل) و ۳ بیمار به ازای هر پرستار در هر یک از مراحل ۲، ۳ و ۴ هفته بعد از مداخله در هر دو گروه برای بررسی کیفیت مراقبت واحدهای پژوهشی در مطالعه شرکت کردند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم انتخاب واحدهای پژوهش، پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت مراقبت QUALPAC و چک‌لیست مهارت‌های ارتباطی بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک حاوی ۱۶ سوال در مورد مشخصات فردی و شغلی بود که با توجه به اهداف تحقیق و

مطالعه جدیدترین منابع و مقالات مرتبط تهیه شده بود. پرسشنامه کیفیت مراقبت QUALPAC شامل ۵۹ آیتم می‌باشد و کیفیت مراقبت را در ۶ بعد روانی-اجتماعی فردی (۱۵ پرسش)، روانی-اجتماعی گروهی (۶ پرسش)، ارتباطی (۱۱ پرسش)، فیزیکی (۱۴ پرسش)، عمومی (۴ پرسش) و مداخلات حرفه‌ای (۵ پرسش) بررسی می‌کند؛ که بر اساس مقیاس لیکرت (۵ گزینه‌ای) نمره‌گذاری شد. پایین‌ترین نمره این پرسشنامه ۱ و بالاترین نمره آن ۲۲۵ بود. هر چه نمره کسب شده از این پرسشنامه بالاتر باشد، نشان‌دهنده کیفیت مراقبت بهتر است. چک‌لیست مهارت‌های ارتباطی شامل ۲۷ پرسش مربوط به موقعیت‌ها و مهارت‌های ارتباطی با پاسخ‌های هیچ‌وقت، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه می‌باشد؛ که به ترتیب، نمرات ۰ تا ۴ به آن اختصاص یافت. در این چک‌لیست حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۱۰۸ می‌باشد. هر چقدر نمره کسب شده از این پرسشنامه بالاتر باشد، نشان‌دهنده مهارت ارتباطی بیشتر است. به منظور روایی ابزارها از روایی محتوا استفاده شد؛ که توسط ۱۰ تن از اساتید دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شد. پایایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت مراقبت در مطالعات نیشابوری و خوشخو (۱، ۱۹) سنجیده شده است؛ ولی در مطالعه حاضر با روش همسانی درونی محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ برای ابعاد مختلف کیفیت مراقبت بدست آمد. پایایی چک‌لیست مهارت ارتباطی در مطالعه وافی و همکاران (۱۳۸۹) به روش آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی ۰/۸۸ تأیید شده است (۲۰). همچنین جمع‌آوری داده‌ها در سه مرحله قبل از مداخله، مرحله اجرای مداخله و مرحله پیگیری به طور همزمان در هر گروه انجام شد. بعد از تصویب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تأیید کمیته اخلاق، برای گروه مداخله، کارگاه آموزش مهارت‌های ارتباطی برگزار شد. این کارگاه دومرحله‌ای به مدت ۸ ساعت در دو روز از هفته به روش سخنرانی کوتاه همراه با پرسش و پاسخ، بحث و کار گروهی و نمایش کلیپ برگزار گردید. بعد از اتمام کارگاه، پیگیری به صورت تکمیل پرسشنامه‌ها توسط واحدهای پژوهش به صورت خودارزیابی و تکمیل پرسشنامه کیفیت مراقبت به صورت مصاحبه با بیماران در شیفت‌های مختلف واحدهای پژوهش انجام گرفت. برای گروه کنترل نیز بعد از مرحله پیگیری کارگاه آموزش مهارت‌های ارتباطی برگزار شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. برخورداری متغیرهای کمی از توزیع طبیعی با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف و شاپیروویلیک بررسی شد. برای توصیف افراد از لحاظ متغیرهای دموگرافیک و

مشخصات فردی از میانگین، انحراف معیار و جدول توزیع فراوانی استفاده شد. به منظور بررسی دو گروه از نظر همگن بودن متغیرهای با توزیع طبیعی از آزمون‌های پارامتریک تی‌مستقل و در مورد متغیر کمی با توزیع غیرطبیعی و متغیرهای کیفی رتبه‌ای و کمی نسبتی و فاصله‌ای با توزیع غیرنرمال از آزمون‌های غیرپارامتریک مانند من‌ویتنی استفاده شد. در بخش اهداف پژوهش، برای مقایسه گروه‌های آموزش و کنترل از لحاظ کیفیت مراقبت در هر یک از مراحل مطالعه، از آزمون تی‌مستقل و برای مقایسه قبل و بعد هر یک از گروه‌ها از آزمون تی‌زوجی استفاده گردید. ولی مهمترین تجزیه و تحلیل در این پژوهش عبارت است از «مقایسه میزان تغییرات در کیفیت مراقبت در دو مرحله قبل و بعد در دو گروه مورد مطالعه»؛ که از آزمون تی‌مستقل استفاده شد. در مواردی که یکی از متغیرهای مربوطه (ابعاد ۶ گانه کیفیت مراقبت) از توزیع طبیعی برخوردار نبود، از آزمون‌های غیرپارامتریک (من‌ویتنی، ویلکاکسون و علامت) استفاده شد. سطح اطمینان در تمام آزمون‌ها ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد مدنظر بود.

#### یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین سنی پرستاران در هر دو گروه  $32/9 \pm 5/04$  و  $28$  درصد واحدهای پژوهش در گروه کنترل و  $85$  درصد در گروه آموزش مهارت‌های ارتباطی زن، میانگین سابقه کار بالینی واحدهای پژوهش  $8/38 \pm 4/45$  و سابقه کار در بخش فعلی واحدهای پژوهش  $4/37 \pm 3/40$  بود. از نظر مدرک تحصیلی،  $98/2$  درصد دارای مدرک کارشناسی؛  $76/4$  درصد متأهل در هر دو گروه و از لحاظ نوبت کاری، اکثریت افراد گروه آموزش مهارت‌های ارتباطی و گروه کنترل

گروه بیماران (مداخله و کنترل در مراحل قبل مداخله، ۲، ۳ و ۴ هفته بعد از مداخله) نیز به لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، محل زندگی و سابقه بستری همسان بوده و آزمون‌های آماری مجذورکای و تی‌مستقل اختلاف معنی‌داری را بین گروه‌ها نشان نداد. یافته‌ها نشان داد که در مرحله قبل از آموزش در گروه مداخله، کیفیت مراقبت از نظر بیماران  $57/2$  درصد تاحدودی نامطلوب،  $40/5$  درصد تاحدودی مطلوب و  $2/3$  درصد مطلوب و در گروه کنترل  $56/7$  درصد تاحدودی نامطلوب بود. در صورتی که از نظر پرستاران کیفیت مراقبت در هر دو گروه  $53/6$  درصد مطلوب بود.

در مرحله بعد از آموزش از نظر بیماران در گروه مداخله، کیفیت مراقبت  $83/0$  درصد مطلوب و در گروه کنترل  $2/5$  درصد مطلوب شده بود. از نظر پرستاران، کیفیت مراقبت  $98/2$  درصد مطلوب در گروه مداخله و  $46/2$  درصد مطلوب در گروه کنترل بود (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی دو گروه از نظر کیفیت مراقبت قبل و بعد از مداخله از نظر بیماران

کیفیت مراقبت	قبل مداخله		۴ هفته بعد از مداخله		کنترل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تاحدودی نامطلوب	۴۳	۵۷/۲	۰/۰	۰/۰	۵۰/۶
تاحدودی مطلوب	۳۱	۴۰/۵	۱۴	۱۷/۰	۴۶/۹
مطلوب	۷	۲/۳	۷۰	۸۳/۰	۲/۵
کل	۸۱	۱۰۰	۸۴	۱۰۰	۱۰۰

از نظر میانگین امتیاز کیفیت مراقبت در مرحله قبل از مداخله، بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ( $P=0/054$ ) و دو گروه از این نظر همگن بودند. میانگین امتیاز کلی کیفیت مراقبت در گروه آموزش مهارت‌های ارتباطی از  $132/6 \pm 18/0$  نمره در مرحله قبل از مداخله به میزان  $49$  نمره در مرحله ۲ هفته بعد از

۵۹ نمره در مرحله ۳ هفته بعد و  $74$  نمره در مرحله ۴ هفته بعد از مداخله و از نظر پرستاران  $26$  نمره افزایش یافت که این تغییرات معنی‌دار بود ( $P<0/001$ ). در گروه کنترل نیز میانگین امتیاز کلی کیفیت مراقبت از  $135/3 \pm 21/2$  نمره در مرحله قبل از مداخله به میزان  $4$  نمره در مرحله ۲ هفته بعد از

قبل مداخله و ۴ هفته بعد مداخله با ( $P < 0.001$ ) نشان داد (جدول ۲).

کیفیت مراقبت بر اساس خودارزیابی پرستاران  $171/8 \pm 22/1$  نمره در مرحله قبل از مداخله به  $197/0 \pm 10/2$  نمره یک ماه بعد از مداخله افزایش یافته است (جدول ۳).

جدول ۲: مقایسه میانگین امتیاز کلی کیفیت مراقبت در دو گروه آموزش مهارت‌های ارتباطی و کنترل بر اساس ارزیابی بیماران در مراحل قبل، ۲، ۳ و ۴ بعد از مداخله

نتیجه آزمون تی مستقل (مقایسه بین گروهی)	کنترل		آموزش مهارت‌های ارتباطی		مراحل
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	تعداد	
$T = 18/9 \quad P = 0.054$	$135/3 \pm 21/2$	۲۸	$132/6 \pm 18/0$	۲۷	قبل از مداخله
$T = 28/9 \quad P < 0.001$	$131/0 \pm 31/3$	۲۸	$181/9 \pm 21/8$	۲۷	۲ هفته بعد از مداخله
$T = 6/8 \quad P < 0.001$	$130/8 \pm 20/3$	۲۸	$191/1 \pm 20/3$	۲۷	۳ هفته بعد از مداخله
$T = 6/4 \quad P < 0.001$	$133/2 \pm 12/4$	۲۸	$208/6 \pm 17/1$	۲۷	۴ هفته بعد از مداخله
	Chi-Square = $12/3 \quad df = 3 \quad P = 0.077$		Chi-Square = $43/6 \quad df = 3 \quad P < 0.001$		نتیجه آزمون فریدمن (مقایسه درون گروهی)

جدول ۳: مقایسه میانگین امتیاز کلی کیفیت مراقبت قبل و بعد مداخله در دو گروه آموزش مهارت‌های ارتباطی و کنترل بر اساس خودارزیابی پرستاران

مراحل		گروه	
یک ماه بعد از مداخله	قبل از مداخله	آموزش مهارت‌های ارتباطی	کنترل
انحراف معیار $\pm$ میانگین	تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	تعداد
$197/0 \pm 10/2$	۲۷	$171/8 \pm 22/1$	۲۷
$163/9 \pm 24/4$	۲۸	$163/9 \pm 25/3$	۲۸
$t = 6/539 \quad P < 0.001$		$t = 1/228 \quad P = 0.194$	نتیجه آزمون

همچنین در مورد مهارت‌های ارتباطی نیز از مجموع ۸۸ نمره مربوطه، میانگین نمره قبل از آموزش، در گروه مداخله  $51/1 \pm 8/3$  و در گروه کنترل،  $47/3 \pm 8/2$  بود. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P = 0.096$ ). در مرحله بعد از آموزش، میانگین نمره مهارت‌های ارتباطی در گروه مداخله به  $73/9 \pm 5/3$  و در گروه کنترل به  $47/7 \pm 10/8$  رسید که بر اساس نتیجه آزمون تی مستقل، اختلاف دو گروه بعد از آموزش معنادار بود ( $P < 0.001$ ). گروه آموزش مهارت‌های ارتباطی ۵۴/۹ درصد افزایش در امتیاز مهارت‌های ارتباطی نسبت به کنترل نشان داد. نتایج آزمون آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که میزان تغییر نمره کیفیت مراقبت کلی در مراحل قبل مداخله، ۲ هفته بعد، ۳ هفته بعد و ۴ هفته بعد از مداخله در دو گروه بر حسب متغیرهای زمینه‌ای مورد مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری ندارد.

مداخله، ۵ نمره در مرحله ۳ هفته بعد و ۲ نمره در مرحله ۴ هفته بعد از مداخله کاهش یافت؛ که این تغییرات نیز معنی‌دار بود ( $P < 0.001$ ). آزمون فریدمن این تفاوت را در هر مرحله قبل مداخله و ۲ هفته بعد مداخله، قبل مداخله و ۳ هفته بعد مداخله و

جدول ۴ میانگین نمره کیفیت مراقبت را در ابعاد مختلف کیفیت مراقبت نشان می‌دهد؛ چنان که مشخص است در گروه آموزش مهارت‌های ارتباطی میانگین نمرات ابعاد روانی - اجتماعی فردی و گروهی، ارتباط، فیزیکی، عمومی و حرفه‌ای به ترتیب به میزان ۲۴، ۷، ۱۵، ۱۸، ۵ و ۱۰ نمره در مرحله ۴ هفته بعد از مداخله نسبت به مرحله قبل مداخله افزایش یافت که این تغییرات از لحاظ آماری معنی‌دار بود ( $P < 0.001$ ).

در گروه کنترل میانگین نمرات در ابعاد مختلف در مرحله ۴ هفته بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به طور معنی‌دار کاهش یافت ( $P < 0.05$ ). همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت مراقبت در مرحله قبل از مداخله بین دو گروه آموزش مهارت‌های ارتباطی و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود نداشت؛ اما در مرحله ۲، ۳ و ۴ هفته بعد از مداخله این تغییرات در همه ابعاد معنی‌دار بود ( $P < 0.05$ ).

جدول ۴: میانگین نمره‌های ابعاد کیفیت مراقبت در مراحل قبل، ۲، ۳ و ۴ هفته بعد مداخله در گروه آموزش مهارت‌های ارتباطی و کنترل

مقیاسه	مراحل مختلف از نظر نتایج آماری	زمان				گروه‌ها	متغیرها
		قبل مداخله	۲ هفته بعد از مداخله	۳ هفته بعد از مداخله	۴ هفته بعد از مداخله		
روانی- اجتماعی فردی	b, c, d	انحراف معیار ± میانگین	۳۶/۰ ± ۷/۵	۴۹/۹ ± ۷/۲	۵۱/۷ ± ۸/۶	۵۴/۳ ± ۸/۲	مداخله
		انحراف معیار ± میانگین	۳۶/۹ ± ۷/۶	۳۹/۶ ± ۹/۲	۳۸/۵ ± ۷/۵	۳۶/۹ ± ۷/۵	کنترل
روانی- اجتماعی گروهی	b, c, d	انحراف معیار ± میانگین	۱۳/۰ ± ۲/۳	۱۸/۸ ± ۲/۷	۲۰/۲۲ ± ۳/۳	۲۱/۳ ± ۳/۴	مداخله
		انحراف معیار ± میانگین	۱۴/۴ ± ۳/۰	۱۶/۵ ± ۹/۲	۱۵/۶ ± ۲/۹	۱۳/۹ ± ۳/۲	کنترل
ارتباطی	b, c, d	انحراف معیار ± میانگین	۲۶/۸ ± ۵/۵	۲۵/۸ ± ۵/۷	۳۹/۳ ± ۶/۳	۴۱/۵ ± ۴/۶	مداخله
		انحراف معیار ± میانگین	۲۷/۵ ± ۶/۲	۲۸/۷ ± ۷/۸	۲۷/۵ ± ۵/۵	۲۴/۳ ± ۷/۵	کنترل
فیزیکی	b, c, d	انحراف معیار ± میانگین	۳۵/۸ ± ۷/۰	۴۴/۶ ± ۷/۷	۴۷/۲ ± ۷/۸	۵۳/۹ ± ۵/۰	مداخله
		انحراف معیار ± میانگین	۳۶/۴ ± ۶/۲	۳۷/۹ ± ۷/۸	۳۵/۰ ± ۷/۰	۳۵/۰ ± ۷/۰	کنترل
عمومی	b, c, d	انحراف معیار ± میانگین	۱۰/۷ ± ۱/۹	۱۳/۶ ± ۲/۳	۱۴/۵ ± ۱/۹	۱۵/۱ ± ۱/۶	مداخله
		انحراف معیار ± میانگین	۱۱/۲ ± ۲/۲	۱۰/۸ ± ۲/۹	۱۰/۶ ± ۱/۹	۱۰/۴ ± ۱/۹	کنترل
حرفه‌ای	b, c, d	انحراف معیار ± میانگین	۱۰/۲ ± ۳/۶	۱۶/۸ ± ۴/۴	۱۹/۱ ± ۲/۳	۲۰/۲ ± ۲/۹	مداخله
		انحراف معیار ± میانگین	۱۳/۹ ± ۳/۲	۱۴/۱ ± ۳/۷	۱۲/۸ ± ۲/۳	۱۱/۵ ± ۲/۸	کنترل

۰/۰۵ < p در مرحله قبل از مداخله = a، ۰/۰۵ < p در مرحله ۲ هفته بعد از مداخله = b، ۰/۰۵ < p در مرحله ۳ هفته بعد از مداخله = c، ۰/۰۵ < p در مرحله ۴ هفته بعد از مداخله = d.

## بحث

یافته‌های این تحقیق نشان داد که میانگین نمره کیفیت مراقبت از بیماران و نمره مهارت‌های ارتباطی گروه مداخله به طور معنی‌داری در مرحله ۴ هفته بعد از مداخله افزایش یافت. این امر نشان‌دهنده تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کیفیت مراقبت می‌باشد. در مروری گسترده بر مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر اجرای آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران بر کیفیت مراقبت از بیماران مطالعه‌ای که به طور کامل مشابه تحقیق حاضر باشد، یافت نشد؛ در نتیجه، پژوهشگر سعی نمود در بحث و بررسی نتایج پژوهش از نتایج مشابه که اثر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سایر موضوعات بررسی نموده‌اند و یا مطالعاتی که بر روی کیفیت مراقبت انجام شده بود، استفاده نماید. بنابراین توصیه می‌شود که نتایج با دقت بیشتری مورد کنکاش و تأمل قرار گیرد.

نتایج مطالعه بوننی و همکاران (۲۰۱۰) با هدف بهبود ارتباط بیمار- پرستار و کیفیت مراقبت با مطالعه حاضر همخوانی دارد. بوننی با تشکیل تیم مراقبتی چندزبانی و چندفرهنگی به بررسی بهبود کیفیت مراقبت پرداخت. پرستاران این تیم به محض پذیرش بیمار با فرهنگ و زبان روسیه، هنگ‌کنگ و اسپانیایی به عنوان پرستار کمک مراقبتی در کنار پرستار بخش تا روز ترخیص بیمار به مراقبت می‌پرداخت، که نتایج افزایش کیفیت مراقبت از بیماران را نشان داد. با توجه به بهبود کیفیت مراقبت در پرستاران و بیماران هم‌زبان و هم‌فرهنگ می‌توان نتیجه

گرفت که مهارت‌های ارتباطی و ارتباط موثر با بیمار تأثیر بسزایی دارد. در مطالعه حاضر مهارت‌های ارتباطی پرستاران افزایش یافته که باعث بهبود کیفیت مراقبت شده است (۲۱). نتایج پژوهش یوداک (۱۹۹۸) در راستای نتایج مطالعه حاضر بوده است؛ که طی مطالعه‌ای با هدف تأثیر مراقبت پرستاری اولیه بر کیفیت مراقبت پرستاری انجام گرفت. نتایج نشان داد کیفیت مراقبت پرستاری ۴۵ درصد افزایش یافت که همانند مطالعه حاضر این افزایش در ابعاد مختلف متفاوت بود (۱۸). در مطالعه یوداک بیشترین تغییر در ابعاد فیزیکی و عمومی است؛ در حالی که در مطالعه حاضر، بیشترین افزایش در ابعاد حرفه‌ای و روانی- اجتماعی گروهی بوده است؛ که علت این اختلاف، تأثیر مهارت‌های ارتباطی در ابعاد روانی- اجتماعی گروهی و حرفه‌ای را می‌توان ذکر کرد. سنجش کیفیت مراقبت در این مطالعه توسط بیماران تحت مراقبت پرستاران آموزش داده شده صورت گرفته است، که در پژوهش حاضر علاوه بر بیماران، پرستاران نیز کیفیت مراقبت خود را مورد سنجش قرار دادند و از نظر پرستاران، بیشترین افزایش در بعد عمومی بوده است. یافته‌های این مطالعه و مطالعه حاضر با نتایج مطالعات Frevert (۱۹۷۵)، Williams (۱۹۷۵) و Eichhorn (۱۹۷۹) که به بررسی مراقبت‌های پرستاری اولیه پرداخته بودند، همخوانی دارد (۲۲-۲۴). در مطالعه Eichhorn در بعد اجتماعی- روانی گروه بین دو گروه رابطه معنی‌داری یافت نشد؛

ارتباطی آنان وجود داشته است؛ و این مهارت‌ها نیز در افزایش رضایت بیماران مؤثر است (۲۷).

در مطالعه فرهمینی فراهانی و همکاران (۱۳۸۵) آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران بر رضایتمندی بیماران نشان داد که رضایت بیماران از ۲۲/۵ درصد قبل مداخله به ۵۷/۵ درصد بعد از مداخله افزایش یافت. همانند مطالعه حاضر، مداخله به صورت کارگاه دو روزه انجام شد (۱۴).

در صورتی که در مطالعه مشابه Brown و همکارانش (۱۹۹۹) خلاف این امر به اثبات رسید. به هر صورت، عدم اختلاف فاحش میانگین امتیاز رضایتمندی بیماران گروه آزمون در بعد از مداخله نسبت به قبل از آن، می‌تواند نشان دهنده این باشد که تغییر بسیار زیادی در نحوه برقراری ارتباط پرستاران بوجود نیامده است و یا اگر این تفاوت بوجود آمده است، آنقدر زیاد نیست که برای بیماران محسوس باشد و سبب افزایش چشمگیر میانگین امتیاز رضایتمندی آنان شود. در مطالعه براون و همکارانش نیز با وجود این که کارکنان بهداشتی بیان کردند سطح مهارت‌های ارتباطی آنان تغییر کرده است؛ اما این تغییر از طرف مراجعان آن‌ها قابل درک نبوده و سبب تغییر امتیاز رضایتمندی آنان نشده است (۲۸).

در همین خصوص، مطالعه تقی‌زاده و همکاران (۱۳۸۵) در ارتباط با بکارگیری مهارت‌های ارتباطی توسط ماماها و ارتباط آن با رضایتمندی مراجعین، نشان داد که میزان رضایتمندی مراجعین از مهارت‌های ارتباط کلامی و غیرکلامی توسط ماماها خوب بوده و رابطه معنی‌داری با میزان بکارگیری مهارت‌های ارتباطی (کلامی و غیرکلامی) توسط ماماها داشته است (۲۹).

Rask و همکاران (۲۰۰۹) در بررسی اثرات آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران بر بهبود ارتباط پرستار- بیمار در یک کلینیک آنکولوژی، گزارش کردند که تفاوت معنی‌داری در نمرات مهارت‌های ارتباطی قبل و بعد از مداخله ( $p=0/37$ ) و رضایتمندی بیماران (درک بیماران از همدلی، خلق و توجه پرستاران و خودکارآمدی مربوط به سرطان) وجود ندارد. در این مطالعه یک برنامه آموزشی مهارت‌های ارتباطی دو روزه برای پرستاران در مرکز سرطان برگزار شد و یک هفته و ۳ ماه بعد از آموزش مهارت‌های ارتباطی آنان اندازه‌گیری شد. علت تفاوت نتیجه می‌تواند به نوع مهارت آموزش داده شده و پیگیری بعد از مداخله مربوط باشد (۳۰).

Krvuijer و همکاران (۲۰۰۰) در مرور ۱۴ مطالعه مرتبط با تاثیر برنامه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی در مراقبت پرستاری اثر آن بر مهارت‌های پرستاران در بالین و رفتارهای واقعی آنان و نتایج بیمار محدود گزارش کردند (۳۱). در مطالعه Shukla (۱۹۸۱) در بعد حرفه‌ای بین گروه مراقبت پرستاری

که ممکن است در نتیجه وجود مراقبت پرستاری توسط گروه تعیین شده پرستاران در مراقبت‌های پرستاری اولیه باشد.

در مطالعه Shukla (۱۹۸۱) مدل RN مراقبت پرستاری اولیه با یک تیم مراقبت پرستاری سیستمی در دو بخش داخلی و جراحی در طی آموزش و برنامه توسعه از نظر بهبود کیفیت و صلاحیت پرستاری مقایسه شد. سنجش کیفیت مراقبت توسط ۶۰ بیمار در هر دو بخش و سنجش صلاحیت بالینی توسط ارزیاب مشاهده انجام گردید. یافته‌ها نشان داد که میانگین کیفیت مراقبت در گروه مراقبت پرستاری اولیه ۳/۲۶ و در گروه تیم مراقبت پرستاری سیستمی ۳/۱۰ بود؛ که حاکی از بهتر بودن پرستاری اولیه از پرستاری سیستمی در ارتقای کیفیت مراقبت و صلاحیت بالینی پرستاران است. در این مطالعه، بیشترین تغییر در ابعاد ارتباط و فیزیکی کیفیت مراقبت بوده است (۲۵)؛ که علت این اختلاف، احتمالاً به دلیل حجم نمونه کم و نوع مداخله (مراقبت پرستاری اولیه) مطالعه شوکلا با مطالعه حاضر می‌باشد.

در مطالعه صفری و همکاران (۱۳۸۳) عملکرد مراقبتی پرستاران پس از بحث گروهی از ۲ نفر عملکرد مراقبتی خوب به ۸ نفر عملکرد مراقبتی خوب ارتقاء یافت. همچنین ثبت مراقبت‌ها بعد از مداخله ۲۹ درصد، گزارش‌نویسی اصولی ۷۰ درصد و رضایت بیماران ۵۰ درصد بهبود یافت. یافته‌های این مطالعه گواه و مؤید نتایج مطالعه حاضر است و نشان می‌دهد که آموزش با روش بحث گروهی موجب ارتقای کیفیت مراقبت می‌شود. در مطالعه حاضر، کیفیت مراقبت ۵۷/۳ درصد بود که این اختلاف احتمالاً به علت نوع بیماران مورد مطالعه می‌باشد؛ که در پژوهش صفری روی بیماران سکتة قلبی انجام شد، در حالی که در پژوهش حاضر، بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی مطالعه شدند (۲۶).

از آن جا که رضایت بیماران به عنوان یکی از شاخص‌های کیفیت خدمات بستری و مراقبت پرستاری در بعضی پژوهش‌ها یاد شده است، تحقیقاتی در این راستا انجام شده است. Roter و همکاران (۱۹۹۸) مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی رابطه بین مهارت‌های ارتباطی فراهم‌کنندگان خدمات درمانی با رضایت مشتریان (بیماران) در بیمارستان‌های مختلف انجام دادند. نتایج نشان داد که آموزش مهارت ارتباطی موجب ارتباط غیررسمی بیشتر کارکنان درمانی و در نهایت، موجب ارتقای اثربخشی ارتباط گردید. نتایج رضایتمندی مراجعان پس از آموزش مهارت‌های ارتباطی به کارکنان بهداشتی نسبت به قبل از آن تفاوت معنی‌داری نشان داد. در نهایت، پژوهشگران نتیجه گرفتند که همبستگی معنی‌داری بین برگزاری دوره‌های آموزشی مهارت ارتباطی برای کارکنان درمانی و افزایش مهارت

داشت که آموزش مهارت‌های ارتباطی، شیوه مؤثر برای بهبود کیفیت مراقبت در هر ۶ بعد می‌باشد. از آن جایی که یکی از اهداف مدیریت خدمات پرستاری، بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی و ارتقای سلامت بیماران می‌باشد؛ بنابراین، نتایج حاصل از تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی را می‌توان در اختیار مدیران پرستاری قرار داد تا بخش خود آن را مورد توجه قرار دهند و می‌توانند با برگزاری دوره‌های بازآموزی با هدف ارتقاء و بهبود مهارت‌های ارتباطی برای پرستاری و سایر کارکنان، موجبات ارتقای مهارت‌های ارتباطی و پیرو آن، افزایش کیفیت مراقبت و خدمات فراهم آورند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله از طرح پژوهشی با کد ۹۰۱۱۰۲ که در تاریخ ۱۳۹۰/۸/۲۳ در حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شد استخراج شده است. به این وسیله، از دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل تأمین اعتبار این تحقیق، از مسؤولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، اساتید و مربیان محترم و از دانشکده پرستاری و مامایی و کارکنان بیمارستان قائم (عج) و امام‌رضاع (ع) به خاطر همکاری صمیمانه، تشکر و قدردانی می‌شود.

اولیه و پرستاری سیستمی، رابطه معنی‌داری نشان داده نشد (۲۵).

لازم به ذکر است که در گروه کنترل، تفاوت قبل و مراحل بعد از مداخله ابعاد کیفیت در جهت کاهش بوده است. با توجه به یافته‌های فوق، می‌توان نتیجه گرفت که عامل زمان می‌تواند نقش منفی برای ابعاد کیفیت مراقبت باشد؛ به طوری که با گذشت زمان، چنانچه مداخله هدفمندی صورت نگیرد بکارگیری روش‌هایی به منظور افزایش کیفیت مراقبت کاهش می‌یابد.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: ۱- تفاوت‌های فردی پرستاران و بیماران در ادراک از تجربیات و ابعاد کیفیت مراقبت که تلاش شد با تخصیص تصادفی گروه مداخله و کنترل تا حدودی گروه‌ها از این نظر همگن شوند. ۲- عدم کنترل کامل تبادل اطلاعات بین گروه‌های مداخله و کنترل که به منظور کاهش انتشار اطلاعات از گروه آزمون نیز خواسته شد که تا پایان پژوهش از اشاعه اطلاعات خودداری کنند. به گروه کنترل نیز برای برگزاری کارگاه آموزش مهارت‌های پس از پایان مداخله، اطمینان داده شد و به این طریق، تبادل اطلاعات تا حد امکان کنترل شد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به این که با آموزش مهارت‌های ارتباطی، کیفیت مراقبت از بیماران در ابعاد مختلف افزایش یافت، می‌توان اظهار

## References

1. Neishabori M, Ghorbani R, Sadeghi T. Nurses' and Patients' Viewpoints Regarding Quality of Nursing Care in the Teaching Hospitals of Semnan University of Medical Sciences. *Koomesh*. 2011;12(2):134-43. (Persian)
2. Hajinezhad MS, Rafei F, Jafarjalal E, Haghani H. Relationship Between Nurse Caring Behaviors from Patients' Perspectives and Their Satisfaction. *Iran Journal of Nursing*. 2007;20(49):73-83. (Persian)
3. Lewis KE, Woodside RE. Patient Satisfaction with Care in the Emergency Department. *J Adv Nurs*. 1992;17(8):959-64.
4. Zaeimi M, Zamanzadeh V, Hajizadeh E. The Relationship Between Nurse Manager' Leadership Styles and Staff Nurses Empowerment. *Teb va Tazkieh*. 2005;55:34-46. (Persian)
5. Brundtland G. Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services. Geneva: World Health Organization; 2002.
6. Ghamari Zare Z, Anoosheh M, Vanaki Z, Hagi Zadeh E. The Effect of Peer Review Evaluation on Quality of Nurse's Performance and Patient's Satisfaction. *IJN*. 2010;22(62):8-21.
7. McCabe C. Nurse-Patient Communication: an Exploration of Patients' Experiences. *J Clin Nurs*. 2004;13(1):41-9.
8. Riegel B, Thomason T, Carlson B, Gocka I. Are Nurses Still Practicing Coronary Precautions? A National Survey of Nursing Care of Acute Myocardial Infarction Patients. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 1996;5(2):91-8.
9. Dabirian A, Zolfaghari H, Abed Saidi J, Alavi Majd H. Views of AIDS Patients Regarding Nursing Care Quality in Healthcare Centers Affiliated to Shaheed Beheshti and Tehran Universities of Mesical Sciences. *Shaheed Beheshti Uniof Med Sci*. 2008;18:40-5. (Persian)



10. Potter P, Perry A. Fundamentals of Nursing. 7<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Mosby; 2009.
11. Vanaki Z. Support in Nursing and Effect on the Satisfaction of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. Tehran: Tarbiat Modares University; 2002. (Persian)
12. Movahedi A, Salsali M, Negarandeh R, Rahnavard Z. Exploring Contextual Factors of the Nurse-Patient Relationship: A Qualitative Study. *Komesh*. 2011;13(1):23-34. (Persian)
13. Van Ess Coeling H, Cukr PL. Communication Styles That Promote Perceptions of Collaboration, Quality, and Nurse Satisfaction. *Journal of nursing care quality*. 2000;14(2):63-74.
14. Farmihani Farahani M, Kashaninia Z, Hosini M, Biglarian A. Impact of Communication Skills Training to Nurses on Patients' Satisfaction with Communication. *Nursing Research*. 2006;1(13):47-54.
15. Emamzadeh Ghasemi H, Vanaky Z, Dehghan-nayeri N, Salehi T, Salsali M, Faghihzadeh S. Management by Objective Approach in Nursing Performance Appraisal and its Impact on Quality of Nursing Care. *Hayat*. 2007;13(3):5-15. (Persian)
16. Pourfarzad Z, Vanaki Z, Memarian R. Effect of Situational Leadership in Clinical Education on Communication Competency of Nursing Students. *Hayat*. 2009;15(2):47-59. (Persian)
17. Mangheb S, Firouzi H, Jaafarian J. The Impact of Communication Skills Training Based on Calgary Cambridge Guideline on Knowledge Attude and Practice of Family Physicians in Jahrom University of Medical Sciences 2007. *Journal of Jahrom university of medical sciences* 2008;6(2):74-84. (Persian)
18. Archibong UE. Evaluating the Impact of Primary Nursing Practice on the Quality of Nursing Care: A Nigerian Study. *J Adv Nurs*. 1999;29(3):680-9.
19. Haghghi Khoshkho N. The Quality of Nursing Care from Nurses and Patients Viewpoints in the Teaching Hospitals of Tabriz University of Medical Sciences. Tabriz: Tabriz university of Medical Sciences; 2004. (Persian)
20. Vaghee S, Mirzazadeh O, Modarres Qaravi M, Ebrahim Zadeh S. The effect of communication skills training on nuring student' coping strategies in stressful situations of clinical courses. Thesis for Master Degree. Mashhad University of Medical Sciences. 2011. (Persian)
21. Bonnie R, Teleten O, Curry H, Vang-Yang B, Kuzmenko L, Marquez V, et al. Improving Nurse-Patient Communication and Quality of Care The Transcultural, Linguistic Care Team. *JONA*. 2010;40(6):258-60.
22. Eichhorn ML, Frevert EI. Evaluation of a Primary Nursing System Using the Quality Patient Care Scale. *J Nurs Adm*. 1979;9(10):11-5.
23. Felton G. Increasing the Quality of Nursing Care by Introducing the Concept of Primary Nursing: A Model Project. *Nurs Res*. 1975;24(1):27-32.
24. Williams LB. Evaluation of Nursing Care: A Primary Nursing Project. Part 1. Report of the Controlled Study. *Supervisor Nurse*. 1975;6(1):32,5-6,8-9.
25. Shukla RK. Structure vs. people in primary nursing: an inquiry. *Nurs Res*. 1981;30(4):236-41.
26. Safari M, Salsali M, Ghofranipour F. Effect of Nursing Education with Group Discussion on Nursing Care Quality from Patients Afflicted by M: Thesis for Master Degree. Tarbiat Modares University; 2002. (Persian)
27. Roter D, Rosenbaum J, de Negri B, Renaud D, DiPrete-Brown L, Hernandez O. The Effects of a Continuing Medical Education Programme in Interpersonal Communication Skills on Doctor Practice and Patient Satisfaction in Trinidad and Tobago. *Med Educ*. 1998;32(2):181-9.
28. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of Clinician Communication Skills Training on Patient Satisfaction. A Randomized, Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 1999;131(11):822-9.
29. Taghizadeh Z, Rezaipour MA, Alimoradi Z. Usage of Communication Skills by Midwives and its Relation to Clients Satisfaction. *Journal of Faculty Nursing and Midwifery. Tehran University of Medical Sciences* 2006;12(4):47-56. (Persian)
30. Rask M, Jensen M, Anderson J, Zachoriae R. Effect of an Intervation Aimed at Improving Nurse Patient Communication in an Oncology Outpatient Clinic. *Cancer Nurs*. 2009;32(1):1-11.
31. Kruijver IP, Kerkstra A, Bensing JM, van de Wiel HB. Nurse-Patient Communication in Cancer Care. A Review of the Literature. *Cancer Nurs*. 2000;23(1):20-31.

## The Effect of Communication Skills Training on the Quality of Nursing Care of Patients

Hossein Karimi Moonaghi<sup>1</sup>, \*Narjes Khatoun Taheri<sup>2</sup>, Hamidreza Behnam Voshani<sup>3</sup>, Saeed Vaghee<sup>4</sup>, Mehri Yavari<sup>5</sup>

1. Assistant professor nursing, Department of medical surgical nursing, School of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran

2. Ms in medical surgical nursing, School of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran

3. Instructor of nursing, Department of pediatric nursing, School of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran

4. Instructor of nursing, Department of psychiatric nursing, School of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran

5. Instructor of nursing, Department of Health nursing, School of nursing and midwifery, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran

\* Corresponding author, Email: taheerin891@mums.ac.ir

### Abstract

**Background:** To achieve quality care is an important issue that is often paid attention to in providing nursing care. It seems that communication skills can affect the quality of care.

**Aim:** This study investigated the effect of communication skills training on the quality of nursing care in patients.

**Methods:** The study was a pretest/posttest experimental design with control group. 60 nurses working in Qhaem and Emamreza hospitals were selected using stratified sampling and then randomly allocated to two groups, Also three patients per each nurse were selected using convenience sampling before and also one, two and three weeks after the intervention. The intervention included communication skills training workshop which was held for eight hours over two days in 2012. Data collection tools included demographic data sheet, Quality Patient Care Scale (QUALPAC) and communication skills Check list. The data were analyzed by SPSS software version 16 using t student test, Mann-Whitney, Wilcoxon and ANOVA tests.

**Results:** The mean score for overall quality of care in communication skills training group was significantly higher at the 2nd, 3rd, and 4th weeks after the intervention compared with control group ( $p < 0/001$ ). This increase was not similar in different dimensions of quality of care. It was 50.8% in the individual psychosocial, 63.8% in the group psychosocial, 54.4% in the relationship, 50/6% the physical, 41% in the general and 98% in the professional dimension. In both intervention and control group, the mean score for overall quality of care significantly decreased at the 2nd, 3rd, and 4th weeks after the intervention compared with preintervention period ( $p < 0/001$ ).

**Conclusion:** As communication skills training is an effective method to improve the quality of care, it is suggested that managers and staff to consider it to improve the quality of patients' care.

**Keywords:** Education, nursing, communication Methods, quality of health care

Received: 04/11/2012

Accepted: 19/12/2012