Original Article

The Effect of Negotiation with Patients on their Level of Trust in Nurses in the Emergency Department: A Parallel-Group Randomized Controlled Trial

10.66224/ismj.29.1.1

Yeganeh Salehi [1], Mostafa Rad [2,3], Simin Sharafi [4*]

[1] Student Research Committee, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
[2] Iranian Research Center of Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
[3] Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
[4] Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Abstract

Background: Effective communication and trust are essential components of the nurse-patient relationship within the emergency department. Patient trust influences adherence to treatment. Negotiation can improve mutual understanding and enhance trust. This study aimed to investigate the effect of nurse-patient negotiation on trust in nurses in the emergency department.

Materials and Methods: This parallel-group randomized controlled trial with 1:1 allocation was conducted in the emergency department of Imam Reza Hospital, Birjand, Iran, in 2025. This single-blind study recruited seventy patients selected by convenience sampling and randomly assigned to intervention and control groups (n=35 each). The intervention group received 10-15 minutes of individual negotiation based on Botelho's six-step model (1992); the control group received routine care. Trust was measured using the Radwin & Cabral questionnaire. Data were analyzed using ANCOVA.

Results: Nurse-patient negotiation significantly increased trust in nurses in the intervention group compared to controls ($P<0.001$, $F(1,67)=22.48$). Mean trust score in the intervention group increased from 15.94 at pretest to 18.35 at posttest. Eta squared showed that 39% of the variance in trust was explained by nurse-patient negotiation.

Conclusion: Nurese-patient negotiation significantly increases trust in nurses. Investing in communication skills training for nurses, especially in high-pressure environments like emergency departments, can yield substantial benefits.

Keywords:
Negotiation
Trust
Nurse
Emergency Department
Health Communication
Randomized Clinical Trial

***Corresponding author**
Simin Sharafi
siminsharafi@bums.ac.ir

Ethical code
IR.BUMS.REC .1404 .360

Received: 2026/04/23
Accepted: 2026/06/08

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر

CrossMarck

10.66224/ismj.29.1.1

مقاله پژوهشی

تأثیر مذاکره با بیمار بر اعتماد به پرستار در بخش اورژانس: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه‌های موازی

یگانه صالحی [۱]، مصطفی راد [۲،۳]، سیمین شرفی [۴*]

[۱] کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند، بیرجند، ایران
[۲] مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
[۳] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
[۴] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

چکیده

زمینه: بخش اورژانس به‌عنوان یکی از حساس‌ترین محیط‌های بالینی، نیازمند ارتباط مؤثر و اعتماد بین پرستار و بیمار است. اعتماد بیمار بر پایبندی به توصیه‌های درمانی تأثیر می‌گذارد. مذاکره در رابطه پرستار-بیمار می‌تواند به بهبود درک متقابل و تقویت اعتماد منجر شود. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مذاکره با بیمار بر اعتماد به پرستار در بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس انجام شد.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی تصادفی شده با طراحی موازی و نسبت تخصیص ۱:۱ در بخش اورژانس بیمارستان امام رضا بیرجند (سال ۱۴۰۴) انجام شد. کورسازی فقط به‌صورت یک‌سو (آنالیزگر آماری) بود. ۷۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۳۵ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه مذاکره فردی مبتنی بر مدل شش‌گانه بوتلیو دریافت کردند؛ گروه کنترل مراقبت‌های روتین را دریافت کرد. اعتماد به پرستار با پرسشنامه رادوین و کابرال سنجیده شد. داده‌ها با تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: مذاکره با بیمار موجب افزایش معنادار اعتماد به پرستار در گروه مداخله نسبت به کنترل شد (P<۰/۰۰۱). میانگین نمره اعتماد در گروه مداخله از ۱۵/۹۴ در پیش‌آزمون به ۱۸/۳۵ در پس‌آزمون افزایش یافت. مجذور اتا نشان داد ۳۹ درصد از واریانس اعتماد به پرستار از طریق مذاکره تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: مذاکره با بیمار به‌طور معناداری اعتماد به پرستار را افزایش می‌دهد. سرمایه‌گذاری در آموزش مهارت‌های ارتباطی پرستاران، به‌ویژه در محیط‌های پرفشار مانند اورژانس، می‌تواند فواید قابل توجهی داشته باشد.

پیام کلیدی: مذاکره با بیمار در اورژانس، فراتر از یک تعامل ارتباطی ساده، با مشارکت فعال بیمار، اعتماد به پرستار را به‌طور معناداری ارتقا می‌بخشد.

واژگان کلیدی
مذاکره
اعتماد
پرستار
بخش اورژانس
ارتباط درمانی
کارآزمایی بالینی

***نویسنده مسئول**
سیمین شرفی
siminsharafi@bums.ac.ir

کد اخلاق
IR.BUMS.REC .۱۴۰۴ .۳۶۰

دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۰۳
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۸

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

مقدمه

در نظام‌های سلامت مدرن، علاوه بر مهارت‌های فنی و بالینی، مهارت‌های نرم[1] نظیر ارتباط مؤثر، هوش هیجانی، همدلی و مذاکره به‌عنوان مؤلفه‌های کلیدی در کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار شناخته می‌شوند (۱). این مهارت‌ها به ویژه در محیط‌های پرتنشی مانند بخش اورژانس، که تعاملات بین پرستار و بیمار اغلب کوتاه، پیچیده و بحرانی است، نقشی تعیین‌کننده در ایجاد اعتماد و کاهش تنش ایفا می‌کنند (۲). در حالی که تمرکز اصلی آموزش‌های پرستاری همواره بر شایستگی‌های بالینی بوده است، شواهد فزاینده نشان می‌دهد که کمبود مهارت‌های نرم می‌تواند یکی از موانع اصلی برقراری ارتباط درمانی مؤثر و در نتیجه تضعیف اعتماد بیمار باشد (۳).

بخش اورژانس به‌عنوان دروازه ورودی بیماران به بیمارستان، یکی از حساس‌ترین و پرچالش‌ترین محیط‌های بالینی محسوب می‌شود که در آن پرستاران با شرایط پر تنش، زمان کوتاه و تصمیم‌گیری‌های سریع روبه‌رو هستند (۴). در این محیط پرچالش، برقراری ارتباط مؤثر و ایجاد اعتماد بین پرستار و بیمار نه تنها یک الزام اخلاقی، بلکه یک ضرورت بالینی برای ارائه مراقبت با کیفیت و ایمن به شمار می‌رود (۵ و ۶).

اعتماد بیمار به پرستار به‌عنوان یک پدیده چندبعدی، بر رفتارها و نگرش‌های مختلف بیماران مانند به اشتراک‌گذاشتن اطلاعات محرمانه، پذیرش درمان و همچنین پایبندی به توصیه‌های درمانی تأثیر می‌گذارد (۷). در مقابل، نداشتن اعتماد به تیم درمان نیز می‌تواند بر پایبندی به توصیه‌های درمانی تأثیر منفی بگذارد و هزینه‌های قابل توجهی را هم بر فرد و هم بر نظام سلامت تحمیل کند (۸). بنابراین ارتباط درمانی بین پرستار و بیمار، که بر پایه اعتماد و احترام متقابل استوار است، نقش اساسی در ارتقا کیفیت مراقبت پرستاری ایفا می‌کند (۹).

مذاکره در رابطه پرستار- بیمار، به‌عنوان یکی از ابعاد ارتباط درمانی، فرآیندی است که در آن پرستار و بیمار با یکدیگر در مورد اهداف مراقبت، گزینه‌های درمانی و برنامه‌های مراقبتی به گفتگو و تبادل نظر می‌پردازند (۱۰). این فرآیند می‌تواند به بهبود درک متقابل، افزایش مشارکت بیمار و در نهایت تقویت اعتماد وی منجر شود. در محیط اورژانس، حتی با وجود محدودیت‌های زمانی، پرستارانی که از تکنیک‌های ارتباطی مناسب استفاده می‌کنند، می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر تجربه بیمار داشته باشند (۱۱).

با این حال، مطالعات محدودی در مورد نقش خاص مذاکره به‌عنوان یک رویکرد ارتباطی در ایجاد و تقویت اعتماد بیماران به پرستاران در بخش اورژانس صورت گرفته است. باتوجه به اهمیت روزافزون مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی و ضرورت ارتباط مؤثر در محیط‌های اورژانسی، شناخت تأثیر مذاکره با بیمار بر اعتماد به پرستار می‌تواند به بهبود کیفیت مراقبت و پیامدهای بالینی کمک کند. بنابراین، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مذاکره با بیمار بر اعتماد به پرستار در بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس انجام شد تا شواهد علمی جدیدی در این حوزه فراهم آورد و راهکارهایی برای بهبود ارتباط درمانی و تقویت اعتماد بیمار- پرستار در این محیط بالینی خاص ارائه دهد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده با طراحی موازی، دو بازویی[2] و نسبت تخصیص ۱:۱، در بخش فوریت‌های جراحی و ترومای اورژانس بیمارستان امام رضا بیرجند در سال ۱۴۰۴ انجام شد.

[1] Soft Skills

[2] Two-arm

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه $SS = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}+Z_{(1-\beta)}]^2\times(S_1{}^2+S_2{}^2)}{(M_1-M_2)^2}$، تعداد افراد در هر گروه کنترل و مداخله، ۲۹ نفر محاسبه شد که با احتساب ریزش ۲۰ درصد این میزان به ۳۵ نفر در هر گروه افزایش یافت. با توجه به محدودیت‌های عملی محیط اورژانس (حضور پژوهشگر در شیفت‌های مشخص)، بیماران واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس شناسایی شدند. به این صورت که در ساعات حضور پژوهشگر، تمام بیمارانی که معیارهای ورود را داشتند، بدون جانبداری وارد مطالعه شدند. بلافاصله پس از ورود به مطالعه، بیماران به صورت تصادفی ساد با استفاده از نرم‌افزار RANDOM ALLOCATION (ویرایش ۱.۰.۰) و با نسبت تخصیص ۱:۱ در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) قرار گرفتند. پژوهشگر هیچ نقشی در تعیین گروه بیماران نداشت و تخصیص به صورت کاملاً خودکار توسط نرم‌افزار انجام شد. توالی تصادفی با استفاده از نرم‌افزار، توسط یکی از همکاران پژوهش که در فرآیند ثبت‌نام بیماران، ارزیابی اولیه یا اجرای مداخله نقشی نداشت، تولید گردید. این توالی در پاکت‌های مات، سربسته و متوالی شماره‌گذاری شده قرار داده شد. ثبت نام بیماران واجد شرایط (شامل شناسایی بیماران، اخذ رضایت آگاهانه و تکمیل پیش‌آزمون) توسط پژوهشگر اصلی انجام گرفت. پژوهشگر اصلی در مرحله ثبت‌نام، هیچ آگاهی از توالی تصادفی و گروه تخصیص بعدی نداشت. تخصیص بیماران به گروه‌های مداخله یا کنترل نیز توسط همان پژوهشگر اصلی صورت گرفت، اما تأکید می‌شود که این تخصیص صرفاً با باز کردن پاکت بعدی به‌ترتیب شماره انجام می‌شد و پژوهشگر تا لحظه باز کردن پاکت، از گروه تخصیص بیمار آگاهی نداشت. به عبارت دیگر، اگرچه نقش‌های ثبت‌نام و تخصیص توسط یک فرد انجام شد، اما وجود پاکت‌های سربسته و تولید توالی توسط فردی مستقل، پنهان‌سازی تخصیص را تضمین نمود. بیماران نیز تا لحظه باز شدن پاکت، از گروه تخصیص خود مطلع نبودند.

اگرچه روش شناسایی بیماران به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بود، اما تخصیص به گروه‌های مداخله و کنترل کاملاً تصادفی انجام شده است که ماهیت کارآزمایی بالینی تصادفی شده مطالعه را حفظ می‌کند. برای به حداقل رساندن سوگیری انتخاب، پژوهشگر در زمان تخصیص گروه، هیچ اطلاعی از ویژگی‌های بالینی بیمار (فراتر از معیارهای ورود) نداشت. پنهان‌سازی تخصیص با استفاده از پاکت‌های مات، سربسته و متوالی شماره‌گذاری شده انجام شد. توالی تصادفی تولید شده توسط نرم‌افزار، در این پاکت‌ها قرار داده شد و توسط فردی مستقل از پژوهشگر تهیه گردید. پژوهشگر تا پس از تکمیل پیش‌آزمون و تأیید نهایی معیارهای ورود، از گروه تخصیص بیمار آگاهی نداشت. در آن مرحله، پاکت مربوطه باز شده و تخصیص انجام می‌گرفت. کورسازی پژوهشگر ارائه دهنده مداخله به دلیل ماهیت گفتگو محور مذاکره غیرممکن بود. با این حال، ارزیاب پیامد (پرستار بخش اورژانس بدون نقش در تخصیص و مداخله) و تحلیل‌گر آماری از گروه‌بندی بیماران آگاهی نداشتند. پرسشنامه‌ها توسط بیماران در پاکت‌های بدون برچسب قرار داده شده و به پرستار مذکور تحویل می‌گردید. داده‌ها نیز بدون اطلاع از برچسب گروهی در اختیار آنالیزگر آماری قرار گرفت.

معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، عدم وجود اختلال شنوایی، بینایی و تکلم که منجر به ایجاد مانع برقراری ارتباط شود، داشتن سن بالاتر از ۱۸ سال، داشتن سطح هوشیاری کافی و توانایی برقراری ارتباط کلامی، توانایی صحبت کردن به زبان فارسی

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

و نداشتن لهجه یا زبان خاص، بیمارانی که در یکی از موقعیت‌های زیر قرار گرفته باشند:
بیمارانی که ممکن است در مورد مدیریت درد، پیگیری مراقبت یا تغییرات سبک زندگی دچار چالش باشند.
بیماران با سواد بهداشتی پایین.
بیماران با شرایط تصمیمات حساس به ترجیحات (زمانی‌که چندین روش درمانی معقول وجود دارد و تصمیم‌گیری مشترک مطرح می‌شود).
بیمارانی که در مورد ریسک یا فایده داروها دچار شک و نگرانی هستند.
بیمارانی که در مورد برنامه مراقبتی خود با کادر درمان اختلاف نظر دارند و در تصمیم‌گیری برای ادامه روند درمانی خود دچار ابهام هستند.
همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل یا انصراف در هر مرحله، بروز شرایط اورژانسی حاد که مانع ادامه مشارکت شود (مثلاً بستری در ICU، CPR، جراحی اورژانسی و غیره.)، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و وجود اختلال شناختی یا ارتباطی که در زمان بررسی کشف و بر کیفیت داده تأثیر گذاشته بود. این پژوهش با کد اخلاق ۳۶۰. ۱۴۰۴. IR.BUMS.REC در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و در سامانه کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20251123068093N1 تصویب شده است. ابتدا هر دو گروه کنترل و مداخله پس از تأیید داشتن معیارهای ورود، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در گروه مداخله، مذاکره به‌صورت یک جلسه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه‌ای و به صورت فردی و حضوری توسط پژوهشگر آموزش دیده، اجرا شد. محتوای مذاکره بر اساس مدل مذاکره Botelho (۱۲) (۱۹۹۲) طراحی شده که شامل سه بعد محتوا، سطوح رابطه و فازهای حل مسئله است. جزئیات کامل گام‌های شش‌گانه مذاکره، شامل جملات کلیدی و استراتژی‌های توانمندسازی برای هر گام، در جدول ۱ ارائه شده است.

بیماران گروه کنترل، مراقبت‌های روتین بخش اورژانس را دریافت کردند. این مراقبت‌ها شامل ارزیابی اولیه توسط پرستار تریاژ، ثبت علائم حیاتی، تجویز داروها توسط پزشک، پانسمان، سرم‌تراپی، مانیتورینگ علائم حیاتی و ارتباط معمول پرستار-بیمار (شامل پاسخ به سؤالات ساده بیمار بدون رعایت ساختار گام‌های مذاکره) بود. در این گروه، هیچ جلسه اختصاصی و ساختار یافته مذاکره با رویکرد گام‌های شش‌گانه (به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه) برگزار نشد و بیماران تنها مراقبت‌های استاندارد و ارتباطات معمول با پرستاران شیفت را تجربه کردند. تأکید می‌شود که در گروه کنترل نیز ارتباط کلامی بین پرستار و بیمار وجود داشت، اما این ارتباطات فاقد ساختار مشخص، زمان اختصاصی و هدف‌گذاری مبتنی بر مدل مذاکره بوتلیو بود.

ارزیابی پس‌آزمون در هر دو گروه مداخله و کنترل، همزمان با پایان فرآیند مراقبت در بخش اورژانس، یعنی در زمان ترخیص بیمار از این بخش یا انتقال وی به سایر واحدهای درمانی (از جمله بخش‌های داخلی، جراحی، مراقبت‌های ویژه) صورت گرفت. در گروه مداخله، مدت زمان سپری شده بین خاتمه جلسه مذاکره و انجام پس‌آزمون، متأثر از مدت اقامت بیمار در اورژانس و شرایط بالینی وی بوده و مقادیری بین ۱ تا چند ساعت را شامل می‌شد. هدف اصلی از این رویکرد اندازه‌گیری، صرفاً تأثیر کوتاه‌مدت و آنی مذاکره نبود؛ بلکه هدف تعیین تأثیر تجمعی و ماندگار مذاکره بر اعتماد بیمار در طی کل دوره حضور در اورژانس بود.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

جدول ۱. شش گام مذاکره در فاز حل مسئله مبتنی بر مدل (۱۲) Botelho (1992)

گام	فاز	هدف	اقدامات کلیدی	زمان تقریبی	استراتژی توانمندسازی
۱	ایجاد رابطه (Relationship-Building)	ایجاد اعتماد و کاهش اضطراب	معرفی گرم، تأیید احساسات (همدلی)، در نظر گرفتن زمینه فرهنگی (نقش خانواده، باورهای مذهبی)	۲-۳ دقیقه	"شما بهتر می‌دانید چه چیزی مهم است."
۲	تنظیم دستور کار (Agenda Setting)	تمرکز بر مسائل کلیدی	پرسش از نگرانی‌ها، اولویت‌بندی با مشارکت بیمار	۲-۳ دقیقه	تحسین بیمار برای بیان نگرانی.
۳	ارزیابی (Assessment)	جمع‌آوری اطلاعات	سؤالات باز درباره علائم، تجربه احساسی و زمینه	۳-۴ دقیقه	شما بهتر در مورد تجربه خودتان آگاه هستید
۴	روشن‌سازی مسئله (Problem Clarification)	دستیابی به درک مشترک	خلاصه دیدگاه‌ها، حل تعارض با همدلی	۲-۳ دقیقه	تشویق بیمار به توضیح دیدگاه.
۵	مدیریت (Management)	انتخاب راهکارها	بررسی گزینه ای مختلف، دعوت به پیشنهاد بیمار، توافق بر اساس معیارهای عینی	۳-۴ دقیقه	ارائه گزینه‌ها بدون توصیه مستقیم.
۶	پایان (Closure)	تقویت تعهد	خلاصه توافقات، برنامه پشتیبان، تشکر و پیگیری	۱-۲ دقیقه	تشویق به مدیریت مستقل.

ابزار پژوهش

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی بیماران بود.

پرسشنامه اعتماد به پرستار: این پرسشنامه، توسط رادوین و کابرال (Radwin & Cabral)، طراحی شده است (۱۳) و دارای ۵ گویه می‌باشد که بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. این مقیاس یک بعدی است و امتیاز کل آن از جمع امتیازهای خام آیتم‌ها بدون نیاز به معکوس کردن آیتم‌ها محاسبه می‌شود (حداقل ۵ و حداکثر ۳۰). امتیاز بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتر اعتماد بیمار به پرستار است و می‌تواند برای تحلیل کلی یا مقایسه گروهی استفاده شود. دامنه نمره بین ۵ تا ۳۰ می‌باشد که نمره بالاتر نشان دهنده امتیاز بیشتر است. این ابزار توسط نوری‌پور و همکاران در ایران روانسنجی شد (۱۴) و ضریب آلفای کرونباخ برای آن ۰/۸۴ محاسبه شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور مقایسه توزیع متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه، از آزمون‌های آنالیز واریانس و کای‌اسکوئر استفاده شد. نرمال بودن توزیع داده‌های کمی در هر یک از گروه‌ها و در دو زمان اندازه‌گیری (پیش از مداخله و پس از مداخله) با استفاده از آزمون کولموگروف– اسمیرنوف بررسی گردید که نتایج نشان داد توزیع نمرات کل متغیر اعتماد به پرستار در هر دو گروه و در هر دو مرحله از توزیع نرمال پیروی می‌کند. با توجه به نرمال بودن داده‌ها، برای مقایسه تغییرات میانگین نمرات متغیر اعتماد به پرستار بین گروه‌های مطالعه در مراحل پیش و پس از مداخله، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. به‌منظور تعیین اندازه اثر در مطالعه حاضر، از شاخص مجذور اتا نسبی (Partial Eta Squared) استفاده شد، به‌طوری‌که مقادیر ۰/۰۱، ۰/۰۶ و ۰/۱۴ به‌ترتیب به‌عنوان اندازه اثر کوچک، متوسط و بزرگ تفسیر گردید (۱۵).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

یافته‌ها

در این مطالعه، ۷۰ بیمار واجد شرایط به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) تخصیص یافتند. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان و مقایسه آن‌ها بین دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی شرکت‌کنندگان در دو گروه مداخله و کنترل

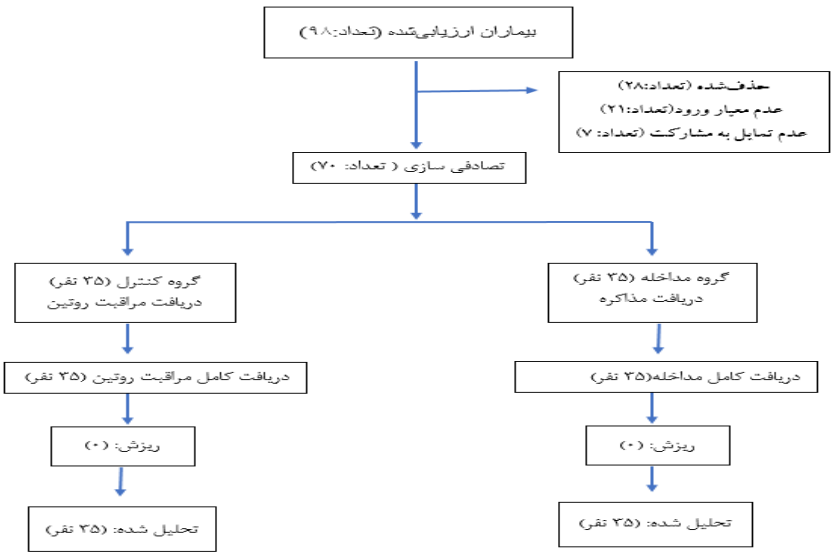
	متغیر	گروه مداخله (درصد)	گروه کنترل (درصد)	p
جنسیت	مرد	۲۵ (۷۱/۴)	۲۲ (۶۲/۹)	۰/۵۵۱
	زن	۱۰ (۲۸/۶)	۱۳ (۳۷/۱)	
وضعیت تأهل	مجرد	۸ (۲۲/۹)	۱۲ (۳۴/۳)	۰/۲۷۵
	متاهل	۱۸ (۵۱/۴)	۱۱ (۳۱/۴)	
	همسر فوت شده	۵ (۱۴/۳)	۷ (۲۰)	
	همسر جدا شده	۴ (۱۱/۴)	۵ (۱۴/۳)	
سطح تحصیلات	ابتدایی و پایین‌تر	۱۲ (۳۴/۳)	۱۳ (۳۷/۱)	۰/۹۵۲
	دیپلم	۱۴ (۴۰)	۱۳ (۳۷/۱)	
	لیسانس	۷ (۲۰)	۷ (۲۰)	
	فوق لیسانس و بالاتر	۲ (۵/۷)	۲ (۵/۷)	
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۲ (۶۲/۹)	۲۱ (۶۰)	۰/۵۸۴
	بیکار	۱۳ (۳۷/۱)	۱۴ (۴۰)	

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر جنسیت (p=۰/۵۵۱)، وضعیت تأهل (p=۰/۲۷۵)، سطح تحصیلات (p=۰/۹۵۲) و وضعیت اشتغال (p=۰/۵۸۴)، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. این یافته‌ها بیانگر همگنی دو گروه در مرحله پایه و موفقیت فرآیند تصادفی سازی است. همچنین هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان در طول مطالعه دچار ریزش نشدند و تمامی افراد تا پایان مطالعه و تکمیل پس‌آزمون پیگیری شدند. از مجموع ۷۰ بیمار واردشده به مطالعه، هیچ بیماری ریزش نداشت و تمامی بیماران در هر دو گروه (۳۵ نفر در گروه مداخله و ۳۵ نفر در گروه کنترل) مطالعه را به پایان رساندند و پرسشنامه پس‌آزمون را تکمیل نمودند. نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد که دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک تفاوت معناداری نداشتند (p<۰/۰۵) که نشان‌دهنده همگنی گروه‌ها در مرحله پایه است.

نمودار ۱، جریان شرکت‌کنندگان را در مراحل مختلف مطالعه بر اساس دستورالعمل CONSORT ۲۰۲۵ نشان می‌دهد. از مجموع ۹۸ بیمار ارزیابی شده از نظر واجد شرایط بودن، ۲۸ نفر به دلیل نداشتن معیارهای ورود یا عدم تمایل به مشارکت از مطالعه خارج شدند. در نهایت، ۷۰ بیمار واجد شرایط به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) تخصیص یافتند. تمامی شرکت‌کنندگان مداخله یا مراقبت تعیین‌شده را به‌طور کامل دریافت کردند و هیچ موردی از ریزش نمونه در طول مطالعه مشاهده نشد. در نتیجه، تمامی ۷۰ شرکت کننده در تحلیل نهایی وارد شدند.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]



نمودار ۱. نمودار جریان CONSORT برای روند پیشرفت شرکت‌کنندگان در کارآزمایی

Fig 1. CONSORT flow diagram showing the progress of participants through the trial

شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در متغیر اعتماد به پرستار به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل در جدول دو ارائه شده است.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیر اعتماد به پرستار در دو گروه مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اعتماد به پرستار	مداخله	۱۵/۹۴	۲/۵۶	۱۸/۳۵	۲/۰۴
	کنترل	۱۷/۳۳	۱/۷۷	۱۷/۰۵	۲/۰۶

با توجه به نتایج جدول ۳، مشاهده می‌شود که در مرحله‌ی پیش‌آزمون میانگین نمره متغیر اعتماد به پرستار در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت چندانی وجود نداشت. اما در مرحله‌ی پس‌آزمون، تفاوت میان نمرات دو گروه بیشتر شد، به‌طوری که نمرات گروه مداخله پس از دریافت مذاکره با بیمار در متغیر اعتماد به پرستار نسبت به گروه کنترل افزایش یافت.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضات لازم بررسی شد. نرمال بودن توزیع متغیر وابسته با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف تأیید گردید (p>۰/۰۵). همگنی واریانس‌ها نیز بر اساس آزمون لوین بررسی شد که نتایج غیرمعنادار آن نشان‌دهنده برقراری این مفروضه بود (p>۰/۰۵). همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون، اثر تعاملی گروه و متغیر هم‌پراش در مدل وارد شد که معنادار نبود (p>۰/۰۵). علاوه بر این، وجود رابطه خطی بین متغیر هم‌پراش و متغیر وابسته با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تأیید شد. با توجه به طراحی پژوهش، استقلال مشاهدات نیز برقرار بود. بنابراین، تمامی مفروضات لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس احراز شد.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

جدول ۴. تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون اعتماد به پرستار با پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریانس

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون F	P	مجذور اتا	فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای مجذور اتای جزئی
پیش‌آزمون	۱۶۱/۳۹	۱	۱۶۱/۳۹	۵۰/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱	-
مذاکره با بیمار	۸۱/۹۵	۱	۸۱/۹۵	۲۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹۴	۰/۲۱۸ تا ۰/۵۳۸
خطا	۱۲۶/۲۶	۶۷	۱/۸۸	-	-	-	-
کل	۲۲۲۱۲	۷۰	-	-	-	-	-

بر اساس نتایج جدول ۴، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، مذاکره با بیمار موجب افزایش معنادار اعتماد به پرستار در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد (F(۱/۶۷) =۲۲/۴۸، P<۰/۰۰۱). اندازه اثر مداخله بر اساس مجذور اتای جزئی برابر با ۰/۳۹۴ (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۰/۲۱۸ تا ۰/۵۳۸) بود که نشان می‌دهد حدود ۳۹/۴ درصد از واریانس نمرات اعتماد به پرستار توسط مداخله تبیین می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مذاکره با بیمار، بر اعتماد به پرستار در بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس انجام گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله مذاکره با بیمار موجب افزایش معنادار اعتماد به پرستار در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد. این یافته نشان می‌دهد که ۳۹ درصد از واریانس اعتماد به پرستار از طریق مذاکره با بیمار تبیین می‌شود که حاکی از تأثیر بالینی قابل توجه این مداخله است. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات متعددی که بر نقش ارتباطات مؤثر در ایجاد اعتماد بیمار به پرستاران تأکید دارند، همسو است.برای مثال، بهاری و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۳۷۸ بیمار در بخش‌های اورژانس دانشگاه علوم پزشکی اردبیل نشان دادند که بین اعتماد بیمار به پرستار و کیفیت کلی مراقبت پرستاری همبستگی معنادار وجود دارد (۱۶). این مطالعه تأکید می‌کند که اعتماد بیمار به کادر درمان یک مسئله اخلاقی مهم است که می‌تواند بر رفتارها و نگرش‌های مختلف بیماران از جمله مراجعه برای دریافت خدمات درمانی، به اشتراک گذاشتن اطلاعات محرمانه، پذیرش درمان و پایبندی به توصیه‌ها تأثیر بگذارد. در همین راستا، چن (Chen) و همکاران در مطالعه‌ای در بیمارستان‌های عمومی چین نشان دادند که ارتباطات، اعتماد و احترام تأثیرات معناداری بر تصمیم‌گیری مشترک دارند (۱۶). این محققان توضیح دادند که تصمیم‌گیری مشترک می‌تواند به‌طور قابل توجهی اطلاعات درمانی، پایبندی به درمان و رابطه پزشک- بیمار را ارتقا بخشد. یافته‌های آن‌ها نشان داد که ارتباطات مؤثر نه تنها به‌عنوان پایه‌ای برای ایجاد اعتماد عمل می‌کند، بلکه محیطی را فراهم می‌آورد که در آن بیماران احساس امنیت کافی برای مشارکت فعال در تصمیمات مربوط بهروند درمانی خود می‌کنند. الشالوی (Alshalawi) و همکاران در یک مطالعه مقطعی کمّی بر روی ۴۰۱ بیمار و ۶۰ پرستار بخش اورژانس در مجتمع پزشکی ملک عبدالله در شهر جده نشان دادند که ارتباطات پرستار- بیمار تأثیر قابل توجهی بر رضایت بیمار در بخش اورژانس دارد (۱۷). این مطالعه تأکید کرد که ارتباطات مؤثر نه تنها در تشخیص و درمان کمک می‌کند، بلکه بر رضایت بیمار و پیامدهای کلی مراقبت‌های بهداشتی نیز تأثیر می‌گذارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

مطالعه حاضر مبنی بر اینکه مذاکره با بیمار می‌تواند اعتماد را افزایش دهد، کاملاً هم‌راستا است. استروکس (Strokes) و همکاران در یک مطالعه سیستماتیک نشان دادند که افزایش تصمیم‌گیری مشترک می‌تواند اعتماد در رابطه پزشک- بیمار را بهبود بخشد (۱۸). این پژوهشگران توضیح دادند که اگر مداخلاتی که منجر به تصمیم‌گیری مشترک خواهد شد، به‌طور مؤثر اجرا شوند، می‌توانند اعتماد را از طریق تقویت درک متقابل، احترام به استقلال بیمار و ارتقای شفافیت افزایش دهند. این یافته‌ها مستقیماً از نتایج پژوهش حاضر حمایت می‌کنند که نشان داد مذاکره با بیمار،که شکلی از ارتباطات مشارکتی است، می‌تواند اعتماد به پرستار را به‌طور معناداری افزایش دهد. اما فراتر از همسوسازی با یافته‌های مطالعات پیشین، تبیین این سؤال ضروری است که چرا مذاکره با بیمار منجر به افزایش اعتماد می‌شود؟ بر اساس مبانی نظری و شواهد موجود، چندین مکانیسم روانی- اجتماعی را می‌توان برای این اثر پیشنهاد کرد. نخست، محیط اورژانس ذاتاً با ابهام و بلاتکلیفی همراه است. مذاکره با بیمار، به ویژه در گام‌های ارزیابی و روشن‌سازی مسئله، به بیمار کمک می‌کند تا درک روشن‌تری از وضعیت خود، گزینه‌های درمانی و خطرات و مزایای هر گزینه پیدا کند. کاهش عدم قطعیت، یکی از قوی‌ترین پیش‌بین‌کننده‌های اعتماد است، زیرا بیمار احساس می‌کند کنترل بیشتری بر وضعیت خود دارد (۱۹). دوم، گام‌های ایجاد رابطه و تنظیم دستور کار در مدل مذاکره، شامل گوش دادن فعال، تأیید احساسات (همدلی) و احترام به باورهای بیمار است. زمانی که بیمار احساس کند نگرانی‌هایش جدی گرفته می‌شود، یک رابطه عاطفی مثبت شکل می‌گیرد که بستر اعتماد را فراهم می‌کند (۲۰). سوم، در گام‌های مدیریت و پایان مذاکره، پرستار و بیمار به توافقات مشخصی می‌رسند و برنامه حمایتی روشنی ارائه می‌شود. این شفافیت، ابهامات مربوط به آینده مراقبت را برطرف کرده و به بیمار اطمینان می‌دهد که یک نقشه راه روشن پیش رو دارد (۱۰). چهارم، مذاکره، بیمار را از یک گیرنده منفعل به یک شریک فعال در تصمیم‌گیری‌های درمانی تبدیل می‌کند. این مشارکت، حس استقلال و خودکارآمدی بیمار را افزایش می‌دهد که خود از مؤلفه‌های اساسی اعتماد است (۲۱) در مجموع، این مکانیسم‌ها به‌صورت هم‌افزا عمل کرده و توجیه‌گر افزایش معنادار اعتماد در گروه مداخله هستند.

علی‌رغم پشتیبانی قوی از یافته‌های این پژوهش، برخی مطالعات نتایج متفاوت یا محدودتری را گزارش کرده‌اند که ضرورت بررسی دقیق‌تر شرایط و زمینه‌های تأثیرگذاری مداخلات ارتباطی را نشان می‌دهد. بهاری و همکاران هیچ رابطه معناداری بین اعتماد بیمار به پرستاران و ادراک بیماران از مهارت‌های ارتباطی پرستاران پیدا نکردند (۵). این یافته با نتایج پژوهش حاضر که نشان داد مذاکره با بیمار، نوعی مهارت ارتباطی، اعتماد را افزایش می‌دهد، متناقض به نظر می‌رسد. این تناقض ممکن است به دلیل تفاوت در نوع مطالعه باشد؛ مطالعه بهاری یک مطالعه همبستگی توصیفی بود که مهارت‌های ارتباطی را به‌صورت غیرمستقیم از طریق پرسشنامه سنجید؛ در حالی که مطالعه حاضر یک مداخله فعال ارائه داد که مستقیماً بر بهبود ارتباطات از طریق مذاکره تمرکز داشت. ال کلالده (Al-Kalaldeh) و همکاران در مطالعه‌ای شامل ۱۹۹ پرستار اورژانس از ۹ بیمارستان در کرانه باختری فلسطین، موانع ارتباطی قابل توجهی را که بر ارتباطات پرستار- بیمار مؤثر تأثیر می‌گذارد، شناسایی کردند (۶). آن‌ها دریافتند که از میان شش حوزه موانع (جمعیت‌شناختی، مرتبط با دانش، محیطی، اجتماعی، اقتصادی و روانشناختی)، عوامل محیطی بالاترین امتیاز را کسب کردند. در واقع پرستاران اورژانس این عوامل را به‌عنوان مهم‌ترین موانع برای ارتباطات مؤثر پرستار- بیمار درک می‌کردند. این

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

نتایج نشان می‌دهد که حتی با آموزش ارتباطات بهبود یافته مانند مذاکره با بیمار، موانع محیطی همچنان می‌توانند تأثیرگذاری این مداخلات را محدود کنند. این امر تأکید می‌کند که مداخلات ارتباطی باید همراه با رفع موانع سیستمی برای دستیابی به اثربخشی بهینه باشند. همچنین، کوام و پتراکا (Kwame & Petrucka) در یک مطالعه مروری در مورد ارتباطات در تعاملات پرستار- بیمار در محیط‌های درمانی در آفریقای جنوب صحرا نشان دادند که موانع و تسهیل‌کننده‌های زیادی بر ارتباطات مؤثر تأثیر می‌گذارند (۲۲). آن‌ها دریافتند که در حالی که ارتباطات درمانی مؤثر با بیمار، منجر به بهبود رفاه عاطفی و پیامدهای بیماری وی می‌شود، پیاده‌سازی ضعیف ارتباطات درمانی باعث پیامدهای ضعیف، کاهش کیفیت مراقبت پرستاری، خطاهای پزشکی و استرس روانی برای بیماران می‌شود. این یافته‌ها تأکید می‌کنند که صرف آموزش مداخلات ارتباطی مانند مذاکره با بیمار کافی نیست؛ بلکه باید از پیاده‌سازی مؤثر و پایدار نیز اطمینان حاصل شود تا بتوان به نتایج مطلوب دست یافت.

تأثیر مثبت مذاکره با بیمار بر اعتماد به پرستار که در این مطالعه مشاهده شد، می‌تواند از طریق چندین مکانیزم نظری تبیین شود. بر اساس نظریه ارتباطات درمانی، ارتباطات مؤثر، پایه‌ای برای رابطه پرستار- بیمار است و عنصری اساسی در ایجاد اعتماد و آرامش در مراقبت پرستاری محسوب می‌شود (۲۰). مذاکره با بیمار به‌عنوان شکلی از ارتباطات مشارکتی، فرصتی برای پرستاران فراهم می‌آورد تا نشان دهند که به نگرانی‌های بیماران گوش می‌دهند، دیدگاه‌های آن‌ها را ارج می‌نهند و آن‌ها را در تصمیمات مربوط به مراقبت‌شان مشارکت می‌دهند (۱۰). این رویکرد مشارکتی با اصول مراقبت بیمار- محور همسو است و منجر به افزایش رضایت بیمار، بهبود پایبندی به درمان و بهینه‌سازی ارائه خدمات بهداشتی می‌شود.

علاوه بر این، مذاکره با بیمار می‌تواند به کاهش عدم تقارن اطلاعات بین پرستاران و بیماران کمک کند. در محیط‌های بالینی، به ویژه در بخش‌های اورژانس که بیماران اغلب با اضطراب، ترس و عدم قطعیت مواجه هستند، مذاکره مؤثر می‌تواند به بیماران کمک کند تا وضعیت خود، گزینه‌های درمانی و خطرات و مزایای مربوطه را بهتر درک کنند (۲۰). این درک بهبود یافته نه تنها به کاهش اضطراب بیماران کمک می‌کند، بلکه اعتماد آن‌ها به پرستاران را نیز افزایش می‌دهد، زیرا احساس می‌کنند که اطلاعات کافی برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه در مورد مراقبت خود دارند.

یافته‌های این مطالعه تأثیرات مهمی برای عملکرد بالینی پرستاری در بخش‌های اورژانس دارد. با توجه به اینکه مذاکره با بیمار به‌طور معناداری اعتماد به پرستار را افزایش می‌دهد و این اعتماد نقش حیاتی در پیامدهای بیمار دارد، ضروری است که مدیران پرستاری و آموزش‌دهندگان پرستاری بر آموزش مهارت‌های مذاکره تأکید کنند. برنامه‌های آموزش ضمن خدمت باید طراحی شوند تا پرستاران را با تکنیک‌های ارتباطات مؤثر، از جمله گوش دادن فعال، همدلی، شفافیت و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری، آشنا کنند. همچنین با توجه به موانع شناسایی‌شده در مطالعات قبلی، لازم است که مداخلات سیستمی نیز در کنار آموزش ارتباطی اجرا شوند. به‌عنوان مثال، بهبود نسبت پرستار به بیمار، کاهش تکرار کاغذبازی از طریق دیجیتالی‌سازی و ایجاد محیط‌های آرام‌تر و خصوصی‌تر برای ارتباطات پرستار- بیمار می‌تواند اثربخشی مداخلات ارتباطی مانند مذاکره با بیمار را افزایش دهد.

این مطالعه دارای چند محدودیت است که باید در تفسیر نتایج در نظر گرفته شود. مطالعه در یک مرکز واحد انجام شد که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر محیط‌های بالینی محدود کند. تفاوت‌های فرهنگی، سازمانی و جمعیت‌شناختی بین محیط‌های

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

مختلف می‌تواند بر تأثیرگذاری مداخلات ارتباطی تأثیر بگذارد. این مطالعه تنها تأثیرات کوتاه‌مدت مذاکره با بیمار بر اعتماد را بررسی کرد. مطالعات آینده باید تأثیرات بلندمدت این مداخله را ارزیابی کنند تا مشخص شود که آیا افزایش اعتماد در طول زمان حفظ می‌شود یا خیر. بنابراین برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود مطالعات چند مرکزی با حجم نمونه بزرگ‌تر باید انجام شود تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها را افزایش دهد و تأثیر عوامل زمینه‌ای بر اثربخشی مداخلات ارتباطی را بررسی کند. یک محدودیت مهم این مطالعه، روش نمونه‌گیری بود. به دلیل محدودیت منابع انسانی و حضور پژوهشگر تنها در شیفت‌های کاری مشخص، از نمونه‌گیری در دسترس به جای نمونه‌گیری متوالی استفاده شد. در نتیجه، تنها بیمارانی که در ساعات حضور پژوهشگر به بخش اورژانس مراجعه کردند، وارد مطالعه شدند. این امر ممکن است باعث سوگیری انتخاب شده و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به تمام بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس (به ویژه در ساعات شب و تعطیلات) محدود کرده باشد. اگرچه در ساعات حضور پژوهشگر، تمام بیماران واجد شرایط بدون جانبداری وارد مطالعه شدند و تخصیص گروه‌ها به صورت تصادفی انجام گرفت، اما عدم پوشش ۲۴ ساعته بیماران می‌تواند بر نتایج تأثیر گذاشته باشد. به پژوهشگران آینده توصیه می‌شود با استفاده از نمونه‌گیری متوالی و پوشش کامل شبانه‌روزی، این محدودیت را برطرف سازند. همچنین فاصله زمانی متغیر بین مداخله مذاکره و پس‌آزمون (بسته به مدت ماندگاری بیمار در اورژانس) می‌تواند به‌عنوان یک عامل مخدوش‌گر بالقوه در نظر گرفته شود، زیرا امکان دارد در این فاصله زمانی، عوامل دیگری (مانند تعامل با سایر پرستاران یا پزشکان، دریافت نتایج آزمایشات، تغییر وضعیت بالینی) بر اعتماد بیمار تأثیر گذاشته باشند. با این حال، از آنجا که این فاصله زمانی در هر دو گروه مداخله و کنترل به یک صورت (بر اساس فرآیند طبیعی اورژانس) تعریف شده بود، تأثیر آن بر مقایسه بین دو گروه به حداقل رسیده است. محدودیت دیگر مطالعه، استفاده از تصادفی‌سازی ساده به جای تصادفی‌سازی بلوکی بود. اگرچه در مطالعه حاضر، مقایسه متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه تفاوت معناداری نشان نداد و تصادفی‌سازی ساده با حجم نمونه ۷۰ نفری معمولاً تعادل قابل قبولی ایجاد می‌کند، اما نمی‌توان احتمال عدم تعادل در متغیرهای مخدوش‌گر ناشناخته را به‌طور کامل رد کرد. تصادفی‌سازی بلوکی، به ویژه در محیط‌هایی با ناهمگنی زمانی مانند بخش اورژانس، می‌تواند تعادل بهتری بین گروه‌ها ایجاد کند. به پژوهشگران آینده توصیه می‌شود از روش‌های پیشرفته‌تری نظیر تصادفی‌سازی بلوکی با بلوک‌های با اندازه متغیر یا تصادفی‌سازی طبقه‌بندی شده استفاده نمایند. محدودیت دیگر مطالعه، انجام مراحل ثبت‌نام و تخصیص توسط یک فرد (پژوهشگر اصلی) بود، در حالی که ایده‌آل روش‌شناختی این است که این دو مرحله توسط دو فرد مستقل انجام شود تا هرگونه سوگیری بالقوه از بین برود. با این حال، با توجه به اینکه توالی تصادفی توسط فردی مستقل تولید و در پاکت‌های سربسته قرار داده شده بود و پژوهشگر اصلی تا لحظه باز کردن پاکت از گروه تخصیص آگاهی نداشت، خطر سوگیری انتخاب به میزان قابل توجهی کاهش یافت. با این وجود، به پژوهشگران آینده توصیه می‌شود که مراحل ثبت‌نام و تخصیص را کاملاً از یکدیگر جدا و توسط دو فرد مستقل انجام دهند. سروصدا، شلوغی و تداخلات درمانی متعدد در بخش اورژانس ممکن است بر تمرکز و خلق بیمار تأثیر گذاشته و پاسخ‌های وی به پرسشنامه را تحت تأثیر قرار دهد. اندازه‌گیری اعتماد بر اساس گزارش خود بیمار انجام شده است که ماهیتاً با خطر سوگیری مطلوبیت اجتماعی و تأثیرپذیری از حالات لحظه‌ای بیمار همراه می‌باشد. همچنین، مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر باید طراحی شوند تا ماندگاری تأثیرات مذاکره با بیمار بر اعتماد و سایر پیامدهای بیمار

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

را ارزیابی کنند. همچنین مطالعات کیفی می‌توانند بینش‌های عمیق‌تری در مورد تجربیات و ادراکات هم بیماران و هم پرستاران از مذاکره و تأثیر آن بر اعتماد ارائه دهند. این مطالعات می‌توانند به شناسایی عناصر خاص مذاکره که بیشترین تأثیر را بر ایجاد اعتماد دارند کمک کنند و راهنمایی‌هایی برای بهبود آموزش و عملکرد ارائه دهند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که مذاکره با بیمار می‌تواند به‌طور معناداری اعتماد به پرستار را در بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس افزایش دهد. نتایج این مطالعه تأکید می‌کنند که سرمایه‌گذاری در آموزش مهارت‌های ارتباطی پرستاران، به ویژه در محیط‌های پرفشار مانند بخش‌های اورژانس، می‌تواند فواید قابل توجهی داشته باشد. با این حال، برای دستیابی به این مزایا، لازم است که مداخلات ارتباطی همراه با اصلاحات سیستمی که محیطی مساعد برای ارتباطات مؤثر فراهم می‌کنند، اجرا شوند.

در نهایت، این مطالعه به ادبیات موجود در مورد ارتباطات پرستار-بیمار و اعتماد در بخش‌های اورژانس کمک می‌کند و پایه‌ای برای پژوهش‌های آینده و توسعه مداخلات مبتنی بر شواهد برای بهبود کیفیت مراقبت پرستاری فراهم می‌آورد.

این پژوهش با حمایت مالی از سوی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شده است.

سپاس و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه نویسنده اول در مقطع کارشناسی ارشد در رشته پرستاری اورژانس، مصوب در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند است که با مشارکت نویسندگان در تمامی مراحل پژوهش انجام شده است. از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاریم.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1. Chichirez CM, Purcărea VL. Interpersonal communication in healthcare. J Med Life 2018; 11(2): 119-122. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6101690/
2. Afriyie D. Effective communication between nurses and patients: an evolutionary concept analysis. Br J Community Nurs 2020; 25(9): 438-445. 10.12968/bjcn.2020.25.9.438
3. Efthymiou I-P. The importance of soft skills in healthcare: The impact of communication, empathy, and teamwork on doctor-nurse interactions. Case Studies Journal 2024; 13(11): 6-11.. https://casestudiesjournal.com/Volume%2013%20Issue%2011%20Paper%202.pdf
4. Tuohy D, Wallace E. Maximising nurse-patient communication in the emergency department. Emerg Nurse 2024; 32(2): 15-18. 10.7748/en.2023.e2179
5. Bahari Z, Vosoghi N, Ramazanzadeh N, et al. Patient trust in nurses: exploring the relationship with care quality and communication skills in emergency departments. BMC Nurs 2024; 23(1): 595. 10.1186/s12912-024-02241-z
6. Al-Kalaldeh M, Amro N, Qtait M, et al. Barriers to effective nurse-patient communication in the emergency department. Emerg Nurse 2020; 28(3): 29-35. 10.7748/en.2020.e1969
7. Tang X, Lu J, Chen Z, et al. Influencing Factors of Patients' Trust in Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study. Disaster Med Public Health Prep 2022; 17: e302. 10.1017/dmp.2022.262
8. Shukla M, Schilt-Solberg M, Gibson-Scipio W. Medical Mistrust: A Concept Analysis. Nurs Rep 2025; 15(3): 103. 10.3390/nursrep15030103
9. Open Resources for Nursing (Open RN). Nursing: Mental Health and Community Concepts [Internet]. Ernstmeyer K, Christman E, editors. 2nd ed. Eau Claire (WI): Chippewa Valley Technical College; 2025. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40828949

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]

10.Conway A, Kartha N, Anagnostou A, et al. The Art of Clinical Negotiation. J Allergy Clin Immunol Pract 2025; 13(4): 786-792. 10.1016/j.jaip.2024.12.040
11.Shin S, Yoo HJ. Emergency nurses' communication experiences with patients and their families during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. Int Emerg Nurs 2023; 66: 101240. 10.1016/j.ienj.2022.101240
12.Botelho RJ. A Negotiation Model for the Doctor-Patient Relationship. Fam Pract 1992; 9(2): 210-218. 10.1093/fampra/9.2.210
13.Radwin LE, Cabral HJ. Trust in Nurses Scale: construct validity and internal reliability evaluation. J Adv Nurs 2010; 66(3): 683-689. 10.1111/j.1365-2648.2009.05168.x
14.Nooripour R, Habibi M, Ghnabari N, et al. An investigation into psychometric properties of Trust in Nurses Scale. Psychometry 2016; 4(15): 1-12. https://sanad.iau.ir/en/Article/1111948
15.Pallant J. SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS. Routledge; 2020. https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9781003117452&type=googlepdf
16.Chen L, Chu H, Wang H, et al. Effects of communication, trust, and respect on shared decision-making: insights from healthcare providers in Chinese public hospitals. Front Med (Lausanne) 2025; 12: 1577276. 10.3389/fmed.2025.1577276
17.Alshalawi S, Aljedaani S, Fintyanh D, et al. The Effect of Nurse-Patient Communication on Patient Satisfaction in the Emergency Department. Journal of Nursing & Midwifery Sciences 2025; 12(1). 10.5812/jnms-158740
18.Strokes N, Lloyd C, Girardin AL, et al. Can shared decision-making interventions increase trust/trustworthiness in the physician-patient encounter? A scoping review. Patient Educ Couns 2025; 135: 108705. 10.1016/j.pec.2025.108705
19.Niranjan SJ, Wallace A, Williams BR, et al. Trust but verify: exploring the role of treatment-related information and patient-physician trust in shared decision making among patients with metastatic breast cancer. J Cancer Educ 2020; 35(5): 885-892. 10.1007/s13187-019-01538-x
20.Xue W, Heffernan C. Therapeutic communication within the nurse-patient relationship: A concept analysis. Int J Nurs Pract 2021; 27(6): e12938. 10.1111/ijn.12938
21.Mertens L, Kasmi T, Bekkering G, et al. Shared challenges and opportunities: Uncovering common ground in patient participation across different healthcare settings and patient groups. A qualitative meta-summary on patient-reported barriers and facilitators to participation in shared decision-making. Patient Educ Couns 2025; 130: 108475. 10.1016/j.pec.2024.108475
22.Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. BMC Nurs 2021; 20(1): 158. 10.1186/s12912-021-00684-2

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.61882/ismj.29.1.1]