



## The Effect of Education Based on the BASNEF Model on Nurses Communication Skills with Patients in Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences

Samira Nazari<sup>1</sup>, Zahra Jalili<sup>2</sup>, Reza Tavakoli<sup>3</sup>

1. MSc. Student, Dept. of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Associated Professor, Dept. of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Associated Professor, Dept. of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: 2017/12/13

Accepted: 2018/10/15

Available Online: 2019/03/16

IJHEHP 2019; 7(1):10-20

DOI: 10.30699/ijhehp.7.1.10

#### Corresponding Author:

##### Zahra Jalili

Associated Professor, Dept. of Health Education and Promotion, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: Zahra.jalili@gmail.com

Use your device to scan and read the article online



#### How to cite this article:

Nazari S, Jalili Z, Tavakoli R. The Effect of Education Based on the BASNEF Model on Nurses Communication Skills with Patients in Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Iran J Health Educ Health Promot. 2019; 7 (1) :10-20

Nazari, S., Jalili, Z., & Tavakoli, R. (2019). The Effect of Education Based on the BASNEF Model on Nurses Communication Skills with Patients in Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7 (1), 10-20

### Abstract

**Background and Objective:** Nurses are among the key people who have the most relationship with patients. Effective communication skills in nurses lead to satisfaction of patients with nursing services, stress reduction in patients and speeding up their recovery. Therefore, the current study aims to determine the effect of educational intervention based on BASNEF model on communication skills of nurses with patients in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences.

**Methods:** This is a quasi-experimental study with a control group conducted on 96 nurses working in two hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences in 2016. The participants were randomly selected from 17 hospitals of Tehran University of Medical Sciences. The data-gathering tools were a demographic questionnaire and a researcher-made questionnaire based on the structures of the BASNEF model. Educational intervention was performed based on the results of the pre-test in the intervention group in 3 sessions of 45 minutes. The collected data were analyzed using SPSS 18, statistical tests, Fisher exact test, independent t-test, ANOVA, and paired t-test.

**Results:** The results of this study showed that the mean score of knowledge, as well as the structures of the BASNEF model were significantly different from that of the control group's after educational intervention ( $P < 0.05$ ), which confirms the effect of education on the basis of the BASNEF model.

**Conclusion:** According to the results of this research, education based on the BASNEF model leads to the development of communication skills with the patient in nurses. Therefore, the researchers recommend education based on this educational model.

**Keywords:** BASNEF model, Communication skills of nurses, Patients

Copyright © 2019 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved



## تأثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر مهارت‌های ارتباطی پرستاران با بیماران در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران

سمیرا نظری<sup>۱</sup>، زهرا جلیلی<sup>۲</sup>، رضا توکلی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** پرستاران از جمله افراد کلیدی هستند که بیشترین ارتباط را با بیماران دارند. برخورداری پرستاران از مهارت‌های ارتباطی مؤثر، موجب رضایت‌مندی بیماران از ارائه خدمات پرستاری، کاهش استرس و تسریع بهبودی آنها می‌شود. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف، بر مهارت‌های ارتباطی پرستاران با بیماران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه یک مطالعه نیمه‌تجربی با گروه کنترل است که در سال ۱۳۹۵ روی ۹۶ پرستار شاغل به کار، در دو بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران که به روش تصادفی از ۱۷ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شده بودند، صورت گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه محقق‌ساخته مبتنی بر سازه‌های مدل بزنف بود. مداخله آموزشی براساس نتایج حاصل از پیش‌آزمون در گروه مداخله در ۳ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS و پیرایش ۱۸، با آزمون‌های آماری، دقیق فیشر، تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی زوجی تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره آگاهی و همچنین سازه‌های مدل بزنف در مقایسه با گروه کنترل، پس از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری داشت ( $P < 0/05$ ) که نشان‌دهنده تأثیر آموزش براساس مدل بزنف بود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه حاضر، آموزش مبتنی بر مدل بزنف منجر به ارتقای مهارت‌های ارتباط با بیمار در پرستاران می‌شود؛ لذا پژوهشگران، آموزش براساس این مدل را به برنامه‌ریزان آموزشی پیشنهاد می‌کنند.

**واژه‌های کلیدی:** مدل بزنف، مهارت‌های ارتباطی پرستاران، بیمار

### اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله  
دریافت: ۱۳۹۶/۹/۲۲  
پذیرش: ۱۳۹۷/۷/۲۳  
انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

IJHEHP 2019; 7(1):10-20

نویسنده مسئول:

زهرا جلیلی

دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی،

تهران، ایران

پست الکترونیک:

Zahra.jalili@gmail.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



کپی‌رایت © حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

### مقدمه

عوامل اصلی ارتباط در بیمارستان، بیماران و پرستاران هستند و ارتباط با بیمار یکی از نقش‌های کلیدی پرستاران است که منجر به ارتقای مراقبت، بهبود بیمار، رشد حرفه‌ای و شخصیت اجتماعی پرستار می‌شود. ارتباط مؤثر بین پرستاران با بیماران و بستگان آنان باعث افزایش رضایت‌مندی بیماران و همراهان آنها می‌شود (۲). وقتی زمان کافی صرف برقراری ارتباط مناسب و مؤثر با مددجو نشود، پیامدهای بسیاری به همراه خواهد داشت. این پیامدها نه تنها جنبه روانی و رفتاری دارد، بلکه جنبه‌های جسمی مثل بهبود شاخص‌های سلامت و میزان بهبودی را شامل می‌شود (۳). برقراری ارتباط صحیح، یک اصل ضروری برای مراقبت‌های پرستاری است که همواره بر آن تأکید شده است. برخی

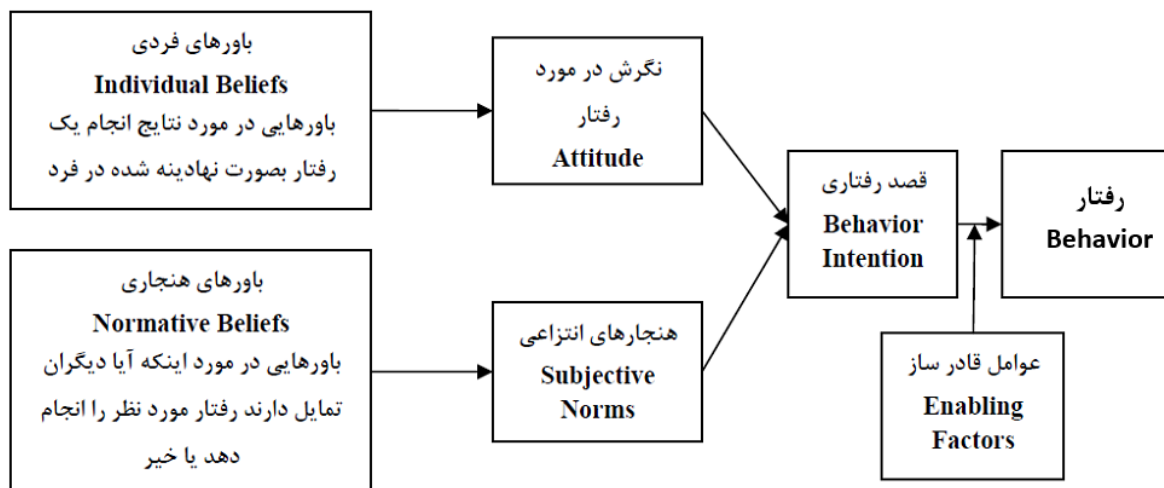
ارتباطات بین فردی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی مهم‌ترین عامل مؤثر بر رضایت‌مندی مددجو از سیستم‌های بهداشتی درمانی است. توانایی برقراری ارتباط برای افراد مشغول به کار در نظام سلامت، به‌ویژه پرستاران بسیار مهم است. افزون بر این، پرستاران، بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهنده خدمات در سیستم‌های بهداشتی و درمانی هستند و نیروی جالب‌توجهی دارند که می‌توانند بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تأثیر بگذارند. مبحث ارتباطات در حرفه پرستاری اهمیت بسزایی دارد و بهبود آن همواره به‌عنوان یک ضرورت در برنامه‌ها و جهت‌گیری‌های بیمار محور، موردتوجه بوده است (۱).

کارآیی، نیاز به برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر در همه سطوح خدمات درمانی است (۱۲). مطالعات نشان می‌دهد که یکی از مدل‌های مفید آموزشی که علاوه بر آگاهی و نگرش، عوامل محیطی و هنجارهای انتزاعی را نیز در تبعیت افراد از رفتارهای بهداشتی مؤثر می‌داند، مدل بزنف است. مدل بزنف، این جنبه‌ها را در بر می‌گیرد: ساختارهای رفتاری عملکرد قابل مشاهده، نگرش؛ سازمان‌بندی نسبتاً دائمی باورها درباره یک شیء یا موقعیتی که فرد را آماده واکنش در یک جهت خاص می‌کند؛ عوامل قادرکننده مثل عواملی همچون امکانات، پول، وقت و مهارت؛ هنجارهای انتزاعی فشار اجتماعی درک شده که براساس آن، فرد از خواسته‌های کسانی که برایش مهم‌تر از بقیه هستند تبعیت می‌کند (۱۳).

مدل بزنف، مانند آنچه در شکل ۱ ملاحظه می‌شود، از سوی John Hubley ارائه شد (۱۴). وی عقیده داشت به این مدل باید به‌عنوان یک لیست بررسی برای برنامه‌ریزی یک برنامه به‌جای شرح کلی روندهای پیچیده‌ای نگریست که در لایه‌های رفتار یک فرد قرار دارند. مدل بزنف از عناصر اعتقادات رفتاری، نگرش‌ها، هنجارهای انتزاعی و عوامل قادرکننده تشکیل شده است که کلمه BASNEF از کنار هم قرار گرفتن حروف اول این عناصر به‌وجود آمده است. این مدل از ترکیب دو مدل پرسید و قصد رفتاری حاصل شده و به‌منظور مطالعه رفتار و برنامه‌ریزی جهت تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم‌گیری افراد برای انجام رفتار مؤثر هستند، به کار گرفته می‌شود. تفاوت عمده مدل BASNEF با مدل قصد رفتاری در این است که در این مدل برخلاف مدل قصد رفتاری، هر قصدی الزاماً منجر به رفتار نمی‌شود؛ بلکه فاکتورهای قادرسازی مثل پول، مهارت، دقت، خدمات موجود بین قصد و رفتار وجود دارد. در مطالعاتی که سازه‌های مدل بزنف را بررسی کرده‌اند نیز کارایی آنها در زمینه ایجاد و تغییر رفتارها به اثبات رسیده است (۱۵).

از صاحب‌نظران پرستاری، توانایی برقراری ارتباط مناسب را قلب تمامی مراقبت‌های پرستاری می‌دانند. متأسفانه، علی‌رغم اهمیت مهارت‌های ارتباطی و آثار مثبت آن، نتایج تحقیقات نشان‌دهنده ضعف پرستاران و دیگر کارکنان درمانی در زمینه برقراری ارتباط با بیماران بوده است (۴). در این رابطه، Gholami و همکاران، در مطالعه خود، مهارت‌های ارتباطی پرستاران را در سطح متوسطی اعلام کرده‌اند؛ لذا بر آموزش این مهارت‌ها در دوره‌های کوتاه‌مدت، به‌منظور افزایش بهبود کیفیت در ارائه مراقبت‌ها تأکید می‌کنند (۵). همچنین Siamian و همکاران، مهارت‌های ارتباطی کارکنان بهداشتی درمانی را در سطح متوسطی بیان کردند و حضور در دوره‌های آموزشی این مهارت‌ها را برای کارکنان بهداشتی درمانی ضروری اعلام کردند (۶). Baghiani و همکاران نیز در مطالعه‌ای که روی ۴۴ نفر از مدیران گروه‌های آموزشی علوم پزشکی صورت گرفت، مهارت‌های ارتباطی مدیران را در سطح متوسطی گزارش و اعلام کردند که توجه مسئولین در برگزاری دوره‌های آموزشی برای ارتقای این مهارت‌ها ضروری است (۷). در مطالعات دیگری نیز گزارش شده است که پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی، از مهارت‌های ارتباطی ضعیفی برخوردار بوده و اکثر ارتباط صحیح و مناسبی با بیمار برقرار نمی‌کردند (۸). هرچند که مهارت‌های ارتباطی رفتارهای پیچیده‌ای هستند، قابلیت یاددهی و یادگیری دارند (۹). به نظر می‌رسد مهارت‌های ارتباطی بیمارمحور، نیازمند توجه خاص بوده و ضروری است که در این رابطه تدابیر لازم انجام گیرد. نظر به اینکه ارتباط خوب بین پرستاران و بیماران، هسته اصلی مراقبت از بیمار است، برنامه‌های آموزشی در این زمینه باید با تمرینات بالینی هماهنگی داشته و در راستای کار بالینی باشد. همچنین از روش‌های مؤثر آموزشی استفاده شود (۱۰). لذا یک برنامه‌ریزی فعالانه و مداوم برای ارتباط مؤثر بین پرستار و بیمار، به‌منظور برطرف کردن نیازهای بیماران ضروری به نظر می‌رسد (۱۱). از این‌رو، به‌منظور ارتقای سطح خدمات درمانی و افزایش

تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل بزنف



شکل ۱. نمای شماتیک مدل بزنف

سابقه کاری کمتر از شش ماه داشتند، پرستاران طرحی و پرستارانی که مایل به شرکت در پژوهش نبودند، در مطالعه شرکت داده نشدند. همچنین پرستارانی که غیبت بیش از یک جلسه آموزشی داشتند، از مطالعه حذف شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه محقق ساخته مبتنی بر سازه‌های مدل بزنف بود که از سوی محققین تدوین شد. این پرسش‌نامه شامل سه بخش بود: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک پرستاران (سن، جنس، وضعیت تأهل، سنوات خدمت، سطح تحصیلات، وضعیت استخدام، شیفت کاری، نوع بخش، گذراندن دوره مهارت‌های ارتباطی)؛ بخش دوم شامل ۲۱ سؤال آگاهی با مقیاس «صحیح - غلط»؛ بخش سوم پرسش‌نامه مربوط به سازه‌های مدل بزنف که شامل ۱۴ سؤال نگرش، ۹ سؤال هنجارهای انتزاعی، ۱۰ سؤال عوامل قادرساز، ۹ سؤال قصد رفتاری و ۳۰ سؤال رفتار بود و با مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت اندازه‌گیری شد. به منظور تعیین روایی، پرسش‌نامه به ۱۰ نفر از استادان متخصص آموزش بهداشت و ارتقای سلامت داده شد. پس از اعلام نتایج از سوی پنل داوران، اصلاحات لازم صورت گرفت و بار دیگر به منظور اخذ تأییدیه روایی، برای متخصصین ارسال شد که آزمون CVR نتایج ۰/۹۶ برای سؤالات آگاهی، ۰/۹۸ سؤالات نگرش، ۰/۹۴ سؤالات هنجارهای انتزاعی، ۰/۹۸ عوامل قادرساز، ۰/۸۸ قصد رفتاری، ۰/۹۸ رفتار و آزمون CVI نتایج ۰/۹۴ برای سؤالات آگاهی، ۰/۹۰ سؤالات نگرش، ۰/۸۸ سؤالات هنجارهای انتزاعی، ۰/۹۷ عوامل قادرساز، ۰/۹۸ قصد رفتاری، ۰/۹۶ رفتار را به دست آوردند.

برای تعیین پایایی این پرسش‌نامه، نمونه سؤالات به ۱۵ نفر از پرستاران در بیمارستانی مشابه داده شد. همسانی درونی پرسش‌نامه با روش آلفا کرونباخ محاسبه شد که ضریب ۰/۹۴ درصد به دست آمد که نشان‌دهنده سازگاری درونی قوی پرسش‌نامه بود. برای تعیین همبستگی بیرونی پرسش‌نامه، روش Test-Retest به کار رفت که در دو مرحله به فاصله ۱۵ روز از سوی همان پرستاران تکمیل شد. شاخص به دست آمده از نتایج آزمون پیرسون ۰/۹۹ بود که تکرارپذیری بالای آن را نشان می‌داد. سپس با توجه به اهداف پروژه، مراحل پژوهش به شرح ذیل طراحی شد. مرحله قبل از مداخله: ابتدا یکی از پژوهشگران با دریافت مجوز و معرفی‌نامه به محیط پژوهش مراجعه کرد و پس از معرفی خود به مسئولین و توضیح اهداف، روش کار و منظور از پژوهش و کسب اجازه از مدیر بیمارستان، مترون، سوپروایزر کشیک و پرستارانی که در بخش مشغول به کار بودند، اقدام به نمونه‌گیری کرد. ملاحظات اخلاقی همچون محرمانه نگه داشتن اطلاعات نمونه‌های پژوهش، پرکردن فرم رضایت آگاهانه از سوی آنها و همچنین اختیار کامل داشتن برای شرکت در مطالعه و خروج از مطالعه، رعایت شد. در ابتدای کار جلسات توجیهی برای تمام نمونه‌ها اعم از گروه مداخله و کنترل، به منظور بیان اهداف پژوهش، نحوه تکمیل پرسش‌نامه و چگونگی مداخله آموزشی برگزار شد. سپس پیش‌آزمون صورت گرفت که

آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران در انواع مطالعات، موضوعی است که توجه زیادی را به خود جلب کرده است. از جمله این مطالعات می‌توان به مطالعه Sabet و Dizkahi و همکاران (۱۳۹۵) اشاره کرد که نتایج حاصل از آن نشان داد آموزش مهارت ارتباطی به دانشجویان پرستاری، سبب افزایش رضایتمندی آنها در برقراری ارتباط با بیماران می‌شود (۱۶). همچنین می‌توان به مطالعه Safavi و همکاران (۱۳۹۵) اشاره کرد که نتایج این مطالعه نشان داد پرستاران از مهارت‌های ارتباطی متوسطی برخوردارند و برگزاری برنامه‌های آموزشی برای ارتقای این مهارت‌ها ضروری است (۸). مطالعه Helitzer و همکاران (۲۰۱۱)، نشان داد که رضایتمندی مراجعین پس از آموزش مهارت‌های ارتباطی به کارکنان فیلد بهداشتی، نسبت به قبل از آموزش افزایش می‌یابد (۱۷). همچنین نتایج مطالعات AK و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران می‌تواند موجب رضایت بیمار، کاهش وقایع و شکایات نامطلوب طی تعاملات پرستار با بیمار شود (۱۸). همچنین مطالعه Bonnie و همکاران (۲۰۱۰) که با هدف بهبود ارتباط پرستار با بیمار انجام شد، نشان داد، آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران، موجب ارتقای این مهارت‌ها و ارتباط مؤثر با بیمار می‌شود (۱۹).

تاکنون تنها مطالعه مبتنی بر مدل آموزشی که در این خصوص صورت گرفته از سوی Zarei و Shojayizade تحت‌عنوان بررسی تأثیر برنامه آموزشی براساس الگوی بزنف در ارتقای مهارت‌های ارتباطی بین فردی پرستاران در سال ۱۳۹۱ بوده است (۱۲). لذا با توجه به ضرورت داشتن مهارت‌های ارتباط با بیمار برای پرستاران در ارتقای کیفیت خدمات ارائه‌شده، در تمامی مراحل مراقبت از بیمار چه از بعد جسمی و چه از بعد روانی و تأثیر آن بر رضایتمندی بیماران در طول مدت بستری در بیمارستان، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر مهارت‌های ارتباطی پرستاران با بیماران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شده است.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه نیمه‌تجربی با گروه کنترل است که در سال ۱۳۹۵ روی ۹۶ پرستار شاغل به کار در دو بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران که به روش تصادفی از ۱۷ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شده بودند، صورت گرفت. برای تعیین حجم نمونه با توجه به فرمول حجم نمونه کوکران و با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و قدرت آزمون برابر ۸۰ درصد، حجم نمونه‌ای معادل ۴۸ نفر برای هر گروه محاسبه شد. بدین ترتیب ۴۸ پرستار در گروه مداخله و ۴۸ پرستار در گروه کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن مدرک لیسانس و فوق‌لیسانس پرستاری؛ اشتغال به کار در شیفت‌های مختلف؛ تمایل به همکاری در پژوهش حاضر. پرستارانی که

تمامی نمونه‌های مورد مطالعه اعم از گروه کنترل و مداخله، پرسش‌نامه طراحی شده را که شامل سؤالات دموگرافیک و سؤالات آگاهی و سؤالات سازه‌های مدل بزنف (نگرش، هنجارهای انتزاعی، عوامل قادرساز، قصد رفتاری، رفتار) بود را تکمیل کردند. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸، آنالیز و تحلیل شد. در مرحله مداخله آموزشی، با توجه به نتایج پرسش‌نامه پیش‌آزمون و سازه‌های مدل بزنف، برنامه آموزشی شامل سخنرانی، بحث گروهی، بارش افکار، پرسش و پاسخ با استفاده از وسایل کمک‌آموزشی همراه با بسته آموزشی که شامل لوح فشرده و پمفلت بود، براساس طرح درس تدوین شده از قبل ارائه شد. این آموزش طی سه جلسه آموزشی هر بار به مدت ۴۵ دقیقه (برای پرستاران، سرپرستاران و مدیران پرستاری) انجام گرفت. ۳ ماه بعد از آخرین جلسه آموزشی، پرسش‌نامه طراحی شده بار دیگر برای هر دو گروه مداخله و کنترل مورد استفاده قرار گرفت. به منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و برای تعیین معنی‌داری از آمار استنباطی (دقیق فیشر، تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی زوجی) استفاده شد.

همچنین آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله بین میانگین امتیاز نگرش در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P < 0.001$ ). در حالی که در گروه مداخله نسبت به قبل از آموزش امتیاز نگرش در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله آموزشی بین میانگین امتیاز عوامل قادرساز در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله آموزشی بین میانگین امتیاز عوامل قادرکننده سه ماه بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله آموزشی بین میانگین مؤلفه‌های قصد رفتاری و رفتار در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین امتیاز مؤلفه‌های قصد رفتاری و رفتار، سه ماه بعد از آموزش به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است ( $P < 0.001$ ). در حالی که در گروه کنترل در میانگین امتیاز مؤلفه‌های قصد رفتاری و رفتار، سه ماه بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۲).

تمامی نمونه‌های مورد مطالعه اعم از گروه کنترل و مداخله، پرسش‌نامه طراحی شده را که شامل سؤالات دموگرافیک و سؤالات آگاهی و سؤالات سازه‌های مدل بزنف (نگرش، هنجارهای انتزاعی، عوامل قادرساز، قصد رفتاری، رفتار) بود را تکمیل کردند. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸، آنالیز و تحلیل شد. در مرحله مداخله آموزشی، با توجه به نتایج پرسش‌نامه پیش‌آزمون و سازه‌های مدل بزنف، برنامه آموزشی شامل سخنرانی، بحث گروهی، بارش افکار، پرسش و پاسخ با استفاده از وسایل کمک‌آموزشی همراه با بسته آموزشی که شامل لوح فشرده و پمفلت بود، براساس طرح درس تدوین شده از قبل ارائه شد. این آموزش طی سه جلسه آموزشی هر بار به مدت ۴۵ دقیقه (برای پرستاران، سرپرستاران و مدیران پرستاری) انجام گرفت. ۳ ماه بعد از آخرین جلسه آموزشی، پرسش‌نامه طراحی شده بار دیگر برای هر دو گروه مداخله و کنترل مورد استفاده قرار گرفت. به منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و برای تعیین معنی‌داری از آمار استنباطی (دقیق فیشر، تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی زوجی) استفاده شد.

### یافته‌ها

داده‌های مربوط به ۴۸ نفر در گروه مداخله و ۴۸ نفر در گروه کنترل، تجزیه و تحلیل شدند. نتایج پژوهش در رابطه با متغیرهای جمعیت‌شناختی با استفاده از آزمون فیشر نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت معنی‌داری آماری موجود نبوده و دو گروه همگن هستند. جزئیات مشخصات دموگرافیک به تفکیک هر گروه در جدول ۱ آورده شده است.

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از مداخله آموزشی بین میانگین نمره آگاهی در دو گروه، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت و آزمون تی زوجی در گروه مداخله نشان داد که میانگین امتیاز آگاهی سه ماه بعد از مداخله آموزشی به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است ( $P < 0.001$ ). در گروه کنترل آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره آگاهی قبل و سه ماه بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری ندارد.

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک پرستاران در دو گروه مداخله و کنترل

P-value	گروه کنترل، فراوانی (درصد)	گروه مداخله، فراوانی (درصد)	متغیر
			سن (سال)
۰/۱۵	۱۶ (۳۳/۳)	۱۶ (۳۳/۳)	۲۱-۳۰
	۱۹ (۳۹/۶)	۲۳ (۴۷/۹)	۳۱-۴۰
	۱۳ (۲۷/۱)	۹ (۱۸/۸)	۴۱ به بالا
			جنسیت
۰/۱۴	۳۲ (۴۵/۷)	۳۸ (۷۹/۱)	زن
	۱۶ (۳۳/۳)	۱۰ (۲۰/۸)	مرد
			تأهل
۰/۳۶	۲۳ (۴۷/۹)	۲۳ (۴۷/۹)	مجرد
	۲۵ (۵۲/۱)	۲۵ (۵۲/۱)	متأهل

P-value	گروه کنترل، فراوانی (درصد)	گروه مداخله، فراوانی (درصد)	متغیر
۰/۴۹	۱۸ (۳۷/۵)	۱۸ (۳۷/۵)	سنوات خدمت
	۲۴ (۵۰/۰)	۲۲ (۴۵/۸)	۰-۱۰ سال
	۶ (۱۲/۵)	۸ (۱۶/۷)	۱۱-۲۰ سال
۰/۵۴	۴۱ (۸۵/۴)	۳۸ (۷۹/۱)	سطح تحصیلات
	۷ (۱۴/۶)	۱۰ (۲۰/۸)	کارشناسی
۰/۲۴	۱ (۲/۱)	۴ (۸/۳)	وضعیت استخدام
	۳ (۶/۳)	۲ (۴/۲)	طرحی
	۲۰ (۴۱/۶)	۲۵ (۵۲/۱)	قراردادی
	۲۴ (۵۰/۰)	۱۷ (۳۵/۴)	پیمانی
۰/۳۹	۱۵ (۳۱/۲)	۱۵ (۳۱/۲)	شیفت کاری
	۱۵ (۳۱/۲)	۱۶ (۳۳/۳)	یکنوبتی
	۱۸ (۳۷/۶)	۱۷ (۳۵/۵)	دونوبتی
۱/۰۰	۱۲ (۲۵/۰)	۱۲ (۲۵/۰)	نوع بخش
	۱۲ (۲۵/۰)	۱۲ (۲۵/۰)	ویژه
	۱۲ (۲۵/۰)	۱۲ (۲۵/۰)	اورژانس
	۱۲ (۲۵/۰)	۱۲ (۲۵/۰)	داخلی
۰/۰۹	۱۴ (۲۹/۲)	۱۰ (۲۰/۸)	گذراندن دوره مهارت‌های ارتباطی
	۳۴ (۷۰/۸)	۳۸ (۷۹/۱)	بلی
			خبر

برای محاسبه P-value از آزمون فیشر استفاده شده است.

جدول شماره ۲. توزیع نمرات کسب شده از سازه‌های مدل بزنف در دو گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از مداخله آموزشی

P-value	T-test	کنترل			مداخله			متغیر
		اثر	بعد	قبل	اثر	بعد	قبل	
		M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	
۰/۰۰۰۱	۳/۵۷	۰	۱۱/۰۶±۰/۵۳	۱۱/۰۵±۰/۵۳	۵/۹۴±۱/۶	۱۷/۰±۰/۵۴	۱۲/۶±۰/۵۰	آگاهی
۰/۰۰۰۱	۳/۵۶	۰	۲۱/۶۵±۵/۳۴	۲۰/۸۹±۳/۵۷	۱۴/۵۸±۰/۵۷	۳۵/۶۴±۳/۴۵	۲۰/۰۶±۳/۶۸	نگرش
۰/۰۰۰۱	۳/۵۶	۰/۱۳±۰/۵۷	۲۳/۷۷±۰/۶۸	۲۳/۶۴±۰/۶۴	۱۱±۰/۳۸	۳۴/۷۵±۰/۱۴	۲۳/۷۵±۰/۵۲	هنجارهای انتزاعی
۰/۰۰۰۱	۴/۶۷	۰	۲۱/۹۶±۱/۱۶	۲۱/۷۴±۱/۴۷	۱۷/۵۳±۰/۴۶	۳۹/۲۱±۱/۴۳	۲۱/۶۸±۱/۶۷	عوامل قاندرساز
۰/۰۰۰۱	۳/۵۷	۰	۱۶/۲۶±۳/۳۵	۱۵/۶۱±۱/۴۶	۱۳/۱۶±۱/۴۵	۲۹/۴۲±۰/۵۶	۱۶/۳۶±۱/۸۶	قصد رفتاری
۰/۰۰۰۱	۴/۳۵	۰	۵۶/۸۵±۱/۵۶	۵۵/۴۳±۲/۴۵	۲۹/۹۸±۰/۷۵	۸۵/۴۳±۱/۵۴	۵۶/۴۵±۰/۴۶	رفتار

برای محاسبه P-value از آزمون تی مستقل و تی زوجی استفاده شده است.

که با گذشت سنوات، تجربیاتی در این زمینه کسب کرده‌اند، در خصوص مهارت‌های ارتباط با بیمار بهتر عمل می‌کنند. اما بین دیگر ابعاد مؤلفه‌های دموگرافیک با سازه‌های مدل بزنف، تفاوت معنی‌دار آماری در دو گروه وجود ندارد. به عبارتی سن، جنسیت، تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت استخدام، نوبت کاری و نوع بخش پرستاران بر میزان آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری و رفتار آنها در زمینه مهارت‌های ارتباط با بیمار اثر ندارد. نتایج پژوهش به تفکیک در جدول ۳ و جدول ۴ نشان داده شده است.

در بررسی رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با سازه‌های مدل بزنف در رابطه با مهارت‌های ارتباط با بیمار در پرستاران که در گروه‌های مداخله و کنترل صورت گرفت، نتایج آزمون تی مستقل و واریانس یک‌طرفه، قبل و بعد از مداخله آموزشی نشان داد که از بین مؤلفه‌های دموگرافیک، میزان سنوات خدمت و گذراندن دوره‌های ارتباطی، با سازه‌های مدل بزنف، هم در پیش‌آزمون و هم در پس‌آزمون، در سطح ۰/۹۵ تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. بدین معنا که پرستارانی که دوره مهارت‌های ارتباط با بیمار را گذرانده‌اند و همچنین پرستارانی

جدول شماره ۳. ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با حیطه‌های مدل بزنف در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله آموزشی

آگاهی	نگرش		هنجارهای انتزاعی		عوامل قادرساز		قصد رفتاری		رفتار		
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	
سن	۰/۳۳۳	۰/۵۳۷	۰/۵۴۲	۰/۵۴۱	۰/۲۳۴	۰/۵۳۵	۰/۵۳۵	۰/۷۹۸	۰/۸۲۳	۰/۲۴۵	۰/۲۳۴
جنسیت	۰/۸۱۳	۰/۷۴۳	۰/۶۲۴	۰/۵۳۶	۰/۴۶۷	۰/۳۱۹	۰/۲۱۲	۰/۰۱۳	۰/۴۵۷	۰/۱۵۶	۰/۴۶۷
تأهل	۰/۷۱۱	۰/۷۳۶	۰/۸۷۱	۰/۸۷۱	۰/۴۷۸	۰/۵۶۸	۰/۵۲۶	۰/۴۵۶	۰/۳۵۶	۰/۳۴۵	۰/۴۷۸
میزان سنوات	۰/۰۱۰	۰/۰۱۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
سطح تحصیلات	۰/۱۳۵	۰/۱۹۶	۰/۱۹۶	۰/۲۵۱	۰/۱۱۳	۰/۳۴۵	۰/۸۴۵	۰/۴۳۴	۰/۲۱۴	۰/۲۳۱	۰/۳۵۶
وضعیت استخدام	۰/۶۲۳	۰/۶۲۳	۰/۶۰۱	۰/۶۲۵	۰/۷۵۶	۰/۶۸۳	۰/۶۸۲	۰/۶۷۸	۰/۶۶۴	۰/۷۵۶	۰/۵۷۳
شیفت کاری	۰/۷۵۶	۰/۸۴۵	۰/۷۷۵	۰/۵۵۵	۰/۴۵۶	۰/۵۲۶	۰/۵۶	۰/۵۶۷	۰/۴۶۷	۰/۴۵۶	۰/۵۴۷
نوع بخش	۰/۸۷۱	۰/۷۱۶	۰/۷۶۵	۰/۸۳۶	۰/۸۴۵	۰/۴۲۴	۰/۴۲۴	۰/۲۵۶	۰/۲۷۸	۰/۵۴۶	۰/۸۴۵
گذراندن دوره مهارت‌های ارتباطی	۱۷/۰	۱۲/۱۶	۳۵/۶	۲۰/۰۶	۳۴/۷	۲۳/۷	۳۹/۲	۲۱/۶	۲۹/۴۲	۱۶/۳۶	۸۵/۴
	۰/۰۳		۰/۰۰۱		۰/۰۰۱		۰/۰۰۱		۰/۰۰۱		۰/۰۰۱

برای محاسبه *P-value* از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده است.

جدول شماره ۴. ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با حیطه‌های مدل بزنف در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی

آگاهی	نگرش		هنجارهای انتزاعی		عوامل قادرساز		قصد رفتاری		رفتار		
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	
سن	۰/۶۴۵	۰/۶۲۴	۰/۳۸۷	۰/۳۷۵	۰/۷۷۷	۰/۷۲۴	۰/۸۱۲	۰/۴۱۲	۰/۶۵۷	۰/۷۵۱	۰/۷۷۷
جنسیت	۰/۲۱۱	۰/۲۲۳	۰/۲۷۶	۰/۳۱۲	۰/۲۳۴	۰/۶۴۳	۰/۴۵۴	۰/۳۲۸	۰/۴۶۷	۰/۴۵۶	۰/۲۳۴
تأهل	۰/۸۳۲	۰/۸۴۶	۰/۵۶۱	۰/۵۱۷	۰/۲۴۵	۰/۲۵۱	۰/۲۵۱	۰/۲۴۲	۰/۳۶۷	۰/۵۵۶	۰/۲۴۵
میزان سنوات	۰/۰۰۹	۰/۰۱۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
سطح تحصیلات	۰/۱۲۵	۰/۱۹۶	۰/۱۷۳	۰/۱۲۱	۰/۲۲۷	۰/۴۳۱	۰/۷۲۳	۰/۳۱۲	۰/۳۲۱	۰/۲۸۹	۰/۳۵۶

آگاهی	نگرش		هنجارهای انتزاعی		عوامل قادرساز		قصد رفتاری		رفتار		
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	
وضعیت استخدام	۰/۵۷۸	۰/۶۱۳	۰/۴۷۳	۰/۴۷۱	۰/۴۳۲	۰/۵۷۶	۰/۶۵۴	۰/۵۸۲	۰/۵۳۴	۰/۵۲۱	۰/۴۳۲
شیفت کاری	۰/۳۲۵	۰/۳۲۱	۰/۳۴۵	۰/۵۲۴	۰/۳۱۳	۰/۳۵۶	۰/۱۷۶	۰/۵۷۲	۰/۴۲۳	۰/۴۷۳	۰/۳۱۳
نوع بخش	۰/۴۵۶	۰/۴۶۱	۰/۸۷۳	۰/۸۷۳	۰/۵۴۳	۰/۶۳۷	۰/۲۱۲	۰/۳۶۷	۰/۴۲۵	۰/۶۹۵	۰/۵۴۳
گذراندن دوره	۱۱/۰۵	۱۱/۰۴	۲۱/۶	۲۰/۸۹	۲۳/۷۷	۲۳/۶	۲۱/۹۶	۲۱/۷۴	۱۶/۲۶	۱۵/۶۱	۵۶/۸۵
مهارت‌های ارتباطی	۰/۷۲۴		۰/۶۸۹		۰/۸۰۲		۰/۸۴۵		۰/۵۴۶		۰/۶۳۱

برای محاسبه P-value از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده است.

## بحث

مبتنی بر وب و غیره استفاده کنند. به‌علاوه آنها آموختند چگونه آموزش موردنیاز خود را از مسئولین مربوطه تقاضا کنند و چطور به جدول برگزاری این کلاس‌ها برای شرکت در آنها دست پیدا کنند که با نتیجه مطالعات (۲۲) همخوانی دارد.

ارتقای میانگین نمرات قصد رفتاری در گروه مداخله نسبت به کنترل سه ماه بعد از مداخله آموزشی، حاکی از تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر قصد رفتاری پرستاران در رابطه با ارتقای مهارت‌های ارتباطی مؤثر با بیمار و به‌کارگیری هرچه مؤثرتر این مهارت‌ها بود که با مطالعات (۲۳) همخوانی دارد.

میانگین نمرات رفتار در خصوص مهارت‌های ارتباطی مؤثر با بیمار در پرستاران در گروه مداخله نسبت به کنترل، سه ماه بعد از مداخله آموزشی افزایش داشت که حاکی از اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل بزنف بر رفتار پرستاران در خصوص مهارت‌های ارتباطی مؤثر با بیمار بود که نتایج مطالعه کنونی با مطالعات (۱۲،۲۰،۲۱) همخوانی داشته است.

نتایج مطالعه در بررسی رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با سازه‌های مدل بزنف درباره مهارت‌های ارتباطی مؤثر با بیمار نشان داد که بین سن، جنس، نوع بخش، نوبت کاری و وضعیت استخدام پرستاران با مؤلفه‌های سازه‌های مدل بزنف (آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، عوامل قادرساز، قصد رفتاری، رفتار) ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشته است ( $P < 0/05$ ) که با نتایج مطالعه (۲۳) همسو بوده است. به عبارتی سن پرستاران باعث نشد که در زمینه مهارت‌های ارتباطی، متفاوت از هم عمل کنند. برای مثال این مسئله که پرستاران جوان نسبت به پرستاران مسن‌تر مهارت‌های ارتباطی بهتری داشته باشند و یا بالعکس، مشاهده نشد. درباره مؤلفه جنسیت، اگرچه پژوهشگران انتظار داشتند که پرستاران زن مهارت‌های ارتباطی بهتری نسبت به پرستاران مرد داشته باشند، اما برخلاف انتظار، پرستاران زن و مرد مشابه هم بودند. به همین خاطر، پژوهشگران انجام مطالعه‌ای

میانگین نمرات آگاهی در گروه مداخله نسبت به کنترل سه ماه بعد از آموزش افزایش یافت که نشان‌دهنده تأثیر مداخله آموزشی بر ارتقای آگاهی پرستاران در خصوص مهارت‌های ارتباطی با بیمار است که با نتایج مطالعات پیشین (۱۲،۲۰،۲۱) همخوانی دارد. نتایج مطالعه حاکی از آن است که آموزش مبتنی بر مدل بزنف بر افزایش آگاهی پرستاران مؤثر است.

براساس نتایج به‌دست‌آمده در این مطالعه، میانگین نمرات نگرش پرستاران سه ماه بعد از مداخله آموزشی براساس مدل بزنف در گروه مداخله ارتقا یافت؛ چراکه آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران در زمینه ارتباط مؤثر با بیمار، موجب ایجاد نگرش مثبت در آنها نسبت به مفیدبودن و ضرورت وجود این مهارت‌ها در حرفه پرستاری شده بود که این نگرش مثبت از افزایش آگاهی آنها در خصوص مهارت‌های ارتباطی مؤثر با بیمار ناشی می‌شد. این نتایج نیز با مطالعات (۱۲،۲۰،۲۱) همخوانی دارد.

براساس نتایج این مطالعه، میانگین نمرات هنجارهای انتزاعی سه ماه بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری افزایش یافت که نشان‌دهنده تأثیر مداخله آموزشی بر سرپرستاران، مدیران پرستاری و سایر همکاران پرستارشان بود و به‌عنوان مؤثرترین عامل از نظر نقش حمایتی شناخته شد. این نتایج با مطالعات (۲۲) همخوانی دارد.

افزایش میانگین نمرات عوامل قادرکننده سه ماه بعد از انجام مداخله آموزشی در گروه مداخله از افزایش آگاهی آنها در این خصوص ناشی می‌شد. برای مثال آنها آموختند که برای فائق‌آمدن بر محدودیت‌های مالی شرکت در کلاس‌های آموزشی، می‌توانند در کلاس‌های آموزشی رایگان و یا با بودجه تأمین‌شده و ... شرکت کنند. همچنین به آنها آموخته شد که با توجه به شرایط زندگی خود، می‌توانند از انواع کلاس‌های حضوری، کارگاه‌های آموزشی، سمینارها، آموزش



که دوره مهارت‌های ارتباط با بیمار را گذرانده‌اند در خصوص مهارت‌های ارتباط مؤثر با بیمار بهتر عمل نموده‌اند که نتایج مطالعات Taghizadeh و همکاران نیز اشاره بر این موضوع دارد (۲۵).

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، مداخله آموزشی مبتنی بر مدل بزنف، منجر به ارتقای نمرات مؤلفه آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، عوامل قادرساز، قصد رفتاری و رفتار در خصوص مهارت‌های ارتباط با بیمار در پرستاران می‌شود؛ لذا آموزش بر اساس این مدل آموزشی، به برنامه‌ریزان آموزشی، برای به‌کارگیری مؤثر در برنامه‌های آموزشی ویژه پرستاران، در زمینه مهارت‌های ارتباط مؤثر با بیماران، از جمله آموزش دانشجویان پرستاری در دروس دانشگاهی، آموزش کارکنان جدیدالورود و آموزش ضمن خدمت پرستاران، پیشنهاد می‌شود تا موجب ارتقای هرچه مؤثرتر این مهارت‌ها در آنها شود. به‌علاوه محققین حین اجرای این پژوهش با مشکلاتی نیز مواجه بوده‌اند. از جمله محدودیت‌هایی در رابطه با اختصاص زمان و مکان از جانب مسئولین، حجم بالای کار پرستاران و نیاز به زمان بیشتر برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها و مشکلاتی در رابطه با شیفت در گردش بودن پرستاران و عدم دسترسی آسان به آنها. پژوهشگران برای غلبه بر این موانع، علاوه بر استفاده از شیوه سخنرانی و بحث گروهی، بسته آموزشی نیز ارائه دادند که شامل لوح فشرده و پمفلت بود. پرسش‌نامه‌ها نیز نزد مسئولین بخش‌ها قرار داده شد تا پرستاران در زمان مناسب و با داشتن وقت کافی آنها را تکمیل کنند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی برای سهولت غلبه بر این موانع، علاوه بر استفاده از روش‌های بالا، از پرسش‌نامه‌های الکترونیک استفاده شود.

### سیاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به شماره IR.IAU.SRB.REC.1396.14 است. بدین‌وسیله از تمامی کسانی که پژوهشگران را در اجرای این طرح یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### تضاد منافع

سهم تمامی نویسندگان در این مطالعه یکسان است و هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

کیفی به‌صورت پرکردن چک‌لیست عملکرد برای بررسی بهتر مؤلفه جنسیت بر مهارت‌های ارتباطی پرستاران با بیماران را توصیه می‌کنند. در رابطه با مؤلفه نوبت کاری، پرستاران در تمامی شیفت‌ها مشابه هم عمل کردند. برای مثال مشاهده نشد که پرستاران صبح کار نسبت به شب‌کارها مهارت‌های ارتباطی بهتری داشته باشند یا بالعکس. همچنین وضعیت استخدامی پرستاران بر این مهارت‌ها اثری نداشت؛ برای مثال این مسئله که پرستاران رسمی مهارت‌های ارتباطی بهتری نسبت به پرستاران استخدام پیمانی داشته باشند و بالعکس دیده نشد. در خصوص بررسی مؤلفه نوع بخش، اگرچه انتظار می‌رفت که به لحاظ پرمشغله‌بودن بخش‌هایی مثل بخش مراقبت ویژه و اورژانس، پرستاران متفاوت عمل کنند، اما برخلاف انتظار محققان، پرستاران پرسش‌نامه‌ها را شبیه به هم پرکردند که این موضوع می‌تواند ناشی از حجم بالای کار در تمامی بخش‌های مورد مطالعه باشد. لذا برای بررسی بیشتر، محققین انجام مطالعه‌ای کیفی به‌صورت پرکردن چک‌لیست عملکرد را توصیه می‌کنند. همچنین در مطالعه کنونی بین وضعیت تأهل پرستاران و دیگر مؤلفه‌های سازه‌های مدل بزنف، تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نشد ( $P > 0.05$ ) که مطالعه دیگری نیز به نتیجه مشابه دست یافته است (۲۴). برای مثال مشاهده نشد که پرستاران متأهل مهارت‌های ارتباطی بهتری داشته باشند و یا برعکس.

در پژوهش انجام‌شده برخلاف انتظار بین سطح تحصیلات متفاوت در پرستاران و سازه‌های مدل بزنف ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشته است ( $P > 0.05$ ) که دلیل آن می‌تواند گنجانده‌نشدن آموزش‌های مهارت‌های ارتباطی در دروس دانشگاهی باشد که خلأ سیستم آموزشی کشور ما را مطرح می‌سازد. به‌علاوه دلیل آن می‌تواند بالابودن سطح تحصیلات در تمام نمونه‌ها نیز باشد. این یافته‌ها با برخی مطالعات قبلی همخوانی دارد (۲۵).

بین سنوات خدمت پرستاران و سازه‌های مدل بزنف تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت ( $P > 0.05$ )، که دلیل آن می‌تواند کسب تجربیات شخصی در زمینه مهارت‌های ارتباط با بیمار طی سنوات کاری باشد. چراکه مهارت‌های ارتباطی، به‌طور عمده اکتسابی هستند و تجربیات بالینی فرد نقش عمده‌ای در ارتقای این مهارت‌ها دارد. نتایج مطالعات (۲۵) نیز همین موضوع را نشان می‌دهد. همچنین بین گذراندن دوره مهارت‌های ارتباط با بیمار توسط پرستاران و سازه‌های مدل بزنف تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشته است ( $P\text{-value} < 0.05$ ) که بیانگر این مهم بوده است که پرستارانی

## References

1. Kermani B, Darvish H, Ahmadi A, Bani Asadi A, Kolivand P. Correlation between Communication Skills and Nurses' Standardized Communication in Hazrat Rasoul Akram Complex. The Neuroscience journal of shefaye khatam. 2015; 3(S1): 16-24.
2. Kate C, Taneal W. Essential nursing care in ED. Adv Emerg Nurs J. 2008; 11: 49-53. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2007.11.004>
3. Hargie O, Dickson D, Boohan M, Hughes K. A survey of communication skills training in U.K schools of medicine: present practices and prospective proposals. Medical education. 1998; 32: 25-34. <https://doi.org/10.1046/j.1365->

[2923.1998.00154.x](https://doi.org/10.1177/004947558801800316)

4. Porzoor P, Narimani M, Ebrahimi M, Soleimani E. Relationship between nurses social problems solving ability and their empathy in intensive care units. *Quarterly Journal of nursing management*. 2015; 3(4): 27-35.
5. Gholami H, Sarhangi F, Mokhtari Nouri J, Javadi M. Nurses' communication skills in military hospitals. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2015; 2(1): 40-5.
6. Siamian H, Bagheri-Nesami M, Nia RD, Nezhad FR, Akbari H, Balagh-afari A, et al. Assessment of interpersonal communication skills among Sari health centers' staff. *Mater Sociomed*. 2014; 26(5): 224-8. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.324-328>
7. Baghiyani Moghadam M, Momayyezi M, Rahimdel T. Communication Skills of Department Heads in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 12 (6) :448-57
8. Safavi M, Ghasemi PS, Fesharaki M, Esmailpour Bandboni M. Communication skills and its related factors in Guilans teaching hospitals' nurses 94. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2016; 24(1): 50-7. <https://doi.org/10.20286/nmj-24017>
9. Soltani Arabshahi S, Ajami A, Siabani S. Investigation of doctor-patient communication skills teaching, medical learners' perception (Stager-Intern) and staffs of Iran University of Medical Sciences & Kermanshah University of Medical Sciences. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2004; 11(41): 423-31.
10. Wilkinson S, Roberts A, Aldridge J. Nurse-patients communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliat Med*. 1998; 12(1): 13-22. <https://doi.org/10.1191/026921698675034697>
11. Matin M, Parvin N, Reisi S, Deris F, Reisi MH. The study of the relationship between nurses and patients in Hajar hospital wards of Shahrekord in 2010. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2012; 1(2): 1-8.
12. Zarei F, Shojayizade D. The effect of educational intervention based on BASNEF model to improve interpersonal communication skills of nurses. *Alborz University Medical Journal*. 2012; 1(3): 173-8.
13. Izadirad H, Masoudi GR, Zareban I, Shahraiki Poor M, Jadgal K. The effect of educational program based on BASNEF model on women's blood pressure with hypertension. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2013; 1(2): 22-31.
14. Hubley J. Understanding behavior: the key to successful health education. *Trop Doct*. 1988; (18)3: 134-8. <https://doi.org/10.1177/004947558801800316>
15. Khani Jeihooni A, Hatami M, Kashfi M, Heshmati H. The effectiveness of education based on BASNEF model program in promotion of preventive behavior of leishmaniasis among health workers and families under health centers coverage. *Journal of Fasa University of Medical Science*. 2012; 2(1): 26-33.
16. Sabet Dizkahi S, Nasrabadi T, Ebrahim Abyaneh E. The Effect of Communication Skills Training on Satisfaction of Nursingstudents in Communication With Patients. *JHPM*. 2016; 5 (5): 8-14 .
17. Helitzer DL, LaNoue M, Wilson B, de Hernandez BU, Warner T, Roter D. A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient centeredness and health risk communication. *Patient Educ Couns*. 2011; 82(1): 21-9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.021>
18. AK M, Cinar O, Sutcgil L, Congologlu ED, Hacıomeroglu B, Canbaz H, et al. Communication skills training for emergency nurses. *Int J Med Sci*. 2011; 8(5): 397-401.
19. Raingruber B, 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. *Journal of Nursing Administration*. 2010; 40(6): 258-60.
20. Managheb SE, FIROUZI H, JAFARIAN J. The Impact of Communication Skills training Based on Calgary-Cambridge Guideline on Knowledge, Attitude and Practice of Family Physicians in Jahrom University of Medical Sciences 2007. *jams*. 2008; 6(3 - 4): 74-84.
21. Sharifirad GH, Shadzi S, Baghyiani Moghadam M, Mohamed F. The effectiveness of teaching communicative skills to the health staff in improving the knowledge and behaviors of mothers of 4-12 month-old children affected with weight losses. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2004; 4(12): 1-8.
22. Merghati Z, Hemmati Maslakkpak M, Didarlu A, Ghareaghaji R, Merghati Z, Hemmati Maslakkpak M, et al. Assessment of the effect of BASNEF model based education on the attitudes, subjectivenorms, behavioral intention and enabling factors regarding healthy lifestyle in patients with heart failure . *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017; 14 (10) :822-9.

23. Cheraghi F, Sanahmadi A, Soltanian A, Sadeghi A. The survey of nurses' communication skills with mothers and hospitalized children during nursing cares at the children's wards. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016; 24(3): 193-200. <https://doi.org/10.21859/nmj-24037>
24. Khatib Zanjani N, Moharreri M. Assessing the nurses' knowledge and awareness of effective verbal communication skills. *Interdisciplinary journal of virtual learning in medical sciences.* 2012; 3(1): 11-20.
25. Taghizadeh ZI, Rezaiepour A, Mehran AB, Al-imoradi Z. Usage of communication skills by midwives and its relation to clients' satisfaction. *Journal of hayat.* 2007; 12(4): 47-55.