

## ملاحظات اخلاقی در ارتباط پزشک و پرستار: یک دیدگاه

سیدمهدی مرعشی<sup>۱</sup>، فثانه سادات بطحایی<sup>۲\*</sup>، رویا رشید پورایی<sup>۳</sup>، لادن ناز زاهدی<sup>۱</sup>

### دیدگاه

امروزه به منظور آسایش بیش‌تر بیمار، قسمتی از خدمات درمانی در منزل و قسمت دیگر در بخش‌های بستری بیمارستانی ارائه می‌شود و در نتیجه زمینه‌ی بیش‌تری برای ایجاد ارتباط میان پزشک و سایر اعضای تیم درمان بوجود آمده است؛ به‌گونه‌ای که اغلب برای درمان بیمار، افراد بامسئولیت‌های مختلف با هم کار می‌کنند و این مسأله مرزبندی‌های موجود میان گروه ارائه‌کننده خدمات مراقبتی را از میان برداشته است؛ در واقع بخشی از این تغییر نیز در ذهنیت بیمار نسبت به نقش هر یک از اعضای گروه ایجاد شده است (۲).

دیدگاه جدید در طب اهمیت ویژه‌ای برای خواست بیمار در روند درمان قایل شده است. این مسأله در مقابل دیدگاه سنتی جامعه، قرار می‌گیرد که در آن نقش پزشک به‌عنوان مسؤول مستقیم درمان بیمار، در نظر گرفته می‌شود (۳).

با کمال تأسف، گاهی شرایطی پیش می‌آید که یکی از اعضای تیم درمان، جهت نیل به اهداف شخصی با ارائه‌ی توصیه‌هایی به بیمار یا نزدیکان وی سعی در منصرف کردن او از ادامه درمان تحت نظر پزشک معالج می‌کند، به‌خصوص زمانی که منافع بیمار در تغییر روش فعلی درمان باشد، این جریان سبب ایجاد بی‌اعتمادی در بیمار خواهد شد. در چنین شرایطی از یک‌سو بیمار خود را مغبون احساس می‌کند و از سوی دیگر، اعضای تیم درمان، اشتیاق خود را برای ارائه‌ی

رعایت اصول ارتباط صحیح میان اعضای تیم درمان، از مهم‌ترین عواملی است که می‌تواند نقش کلیدی در ارائه‌ی خدمات مناسب به بیمار - به‌عنوان انسانی که به منظور رهایی از آلام، به اعضای تیم درمانی اجازه ورود به حریم شخصی خود را داده - داشته باشد. در واقع عملکرد تیم درمان تنها در صورت رعایت اصول اخلاقی، و تعیین حقوق و وظایف هر فرد می‌تواند منجر به ارائه‌ی خدمات مطلوب به بیماران شود. پزشک به‌واسطه‌ی تعهدی که متعاقب پذیرش مسؤلیت درمان بیمار احساس می‌کند، خود را ملزم می‌داند علاوه بر انتخاب بهترین راهکارهای درمانی، شرایط مطلوب جهت ارائه‌ی مناسب خدمات را برای بیمار مهیا سازد. لازمه این امر ارتباط مناسب میان او و سایر افرادی است که به‌نحوی در امر درمان بیمار مشارکت دارند.

در حقیقت امر درمان مستلزم همکاری میان افرادی است که هر یک در حیطه‌ی وظایف خود، از مهارت و توانایی علمی کافی برخوردار هستند؛ در این صورت، نتیجه‌ی انجام کار این گروه، به ارائه‌ی خدمات مناسب برای بیمار منجر می‌شود. در ارائه‌ی درمان ممکن است افراد مختلف نظرات متفاوتی داشته باشند، در این صورت لازم است فرد نظر خود را با پزشک معالج به‌عنوان مسؤول مستقیم درمان بیمار در میان بگذارد تا بهترین اقدام ممکن برای بیمار انتخاب شود (۱).

<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز

<sup>۲</sup> دانشجوی دکترای اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* نشانی: تهران تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۳، طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶، Email: [bathaeif@tums.ac.ir](mailto:bathaeif@tums.ac.ir)

تفاوت‌هایی هرچند به زبان نمی‌آیند، ولی در استنباط متفاوت طرفین از رابطه‌ی مطلوب تأثیر گذاشته و می‌تواند به طرز چشم‌گیری بر توانایی دوطرف برای حل مناقشات اثری نامطلوب داشته باشد (۷).

برخی مطالعات بیانگر تعامل و ارتباط بهتر میان پرستاران مرد با پزشکان است (۸). مطالعات دیگر نشان می‌دهد که تعامل و ارتباط میان تیم درمان با پزشکانی بهتر است که تنها در یک بخش تخصصی به ارائه‌ی خدمت می‌پردازند و با اعضای تیم به شکل مستمر در ارتباط هستند یا در برنامه‌های آموزش گروه با هم همکاری داشته‌اند. با این حال به نظر می‌رسد این میزان اشتراک در محیط کار برای ایجاد درک مشترک میان اعضای گروه کافی نیست و با تغییر اعضای گروه نیز، هماهنگی کم‌رنگ‌تر می‌شود (۹، ۱۰).

بر اساس مطالعات انجام شده، به نظر می‌رسد در بخش مراقبت‌های ویژه، وجود سلسله مراتب در روابط میان کادر درمان شامل پزشک، پرستار و سایر افراد، از جمله عواملی است که می‌تواند در ارائه‌ی خدمات مطلوب توسط گروه و تیم درمانی تأثیر منفی داشته باشد. با این حال در صورت عدم رعایت کامل سلسله مراتب در مراقبت از بیمار، پزشک احساس می‌کند، که بیش از حد معمول با سایرین ارتباط برقرار نموده است (۸). همان‌طور که قبلاً ذکر شد اغلب پرستاران تمایل دارند اطلاعات را از طریق یادداشت‌های روزانه منتقل کنند. هر چند با استفاده از این شیوه ممکن است احتمال خطا و فراموشی برخی نکات ضروری جهت تذکر و یادآوری کم‌تر شود ولی باید به خاطر داشت استفاده از مندرجات پرونده به‌جای بحث و تبادل نظر در خصوص درمان بیمار مانع مهمی در برقراری رابطه‌ی مناسب میان کادر درمانی است. به هر حال باید به‌خاطر داشت اغلب بیماران انتظار دارند پزشک و پرستارشان به‌طور روزانه در مورد روش‌های درمان به‌کار رفته و نتایج آن با یکدیگر بحث و تبادل نظر داشته باشند (۱۱، ۸).

خدمات بهتر، از دست می‌دهد. در این مقاله ضمن بررسی ارتباط میان کادر درمان و نحوه‌ی آن اصول اخلاقی را در این زمینه مورد بحث قرار می‌دهیم.

### رابطه‌ی پزشک و پرستار به‌عنوان دو رکن اصلی در ارائه‌ی خدمات درمانی در بخش‌های بستری

به نظر می‌رسد بهترین زمان برای شکل‌گیری زمینه‌های ارتباطی پزشک و سایر اعضای تیم درمان، زمانی است که کارآموزان پزشکی ضمن دریافت آموزش‌های لازم با تعامل مؤثر با سایرین، اقدام به ارائه‌ی خدمت می‌کنند (۴). در چنین شرایطی کارآموز ضمن درک اهمیت خدمات ارائه‌شده توسط سایر اعضای گروه، به این بینش خواهد رسید که همکاری مطلوب میان او و سایر افراد می‌تواند در بهبود ارائه‌ی خدمات به بیمار، به‌عنوان محور اصلی خدمات سلامتی، نقش اساسی داشته باشد.

با این حال، شکل‌گیری و وجود چنین رابطه‌ای در دوران تحصیل و کارآموزی به تنهایی نمی‌تواند متضمن ایجاد زمینه‌ی مساعد همکاری در آینده باشد. به نظر می‌رسد مشکل از آنجا ایجاد می‌شود که نگرش سایر اعضای تیم درمان از نحوه‌ی ارتباط موجود متفاوت است؛ زمانی که پزشک سعی در همکاری با سایرین دارد، ممکن است اعضای دیگر گروه، فقط لزوم اجرای دستورات را از این رابطه استنباط کنند؛ چراکه در صورت داشتن نظری متفاوت در خصوص درمان معمولاً تمایلی برای بحث در این مورد با پزشک ندارند. از سوی دیگر ممکن است درمانگر تصمیمی اتخاذ کند که بر اساس اطلاعات ارائه‌شده توسط سایر اعضای تیم درمان نباشد، همین امر باعث می‌شود دیگران این تعامل را به‌عنوان همکاری تلقی نکنند (۶، ۵). مطالعه‌ی Miler نشان می‌دهد که پرستاران به جای صحبت و بحث پیرامون مسایل بیمار، اغلب تمایل دارند به‌منظور ایجاد ارتباط و انتقال اطلاعات به درمانگر از یادداشت‌های روزانه و گزارشات مکتوب استفاده کنند. از این رو لازم است همواره به خاطر داشته باشیم چنین

می‌تواند مانع برقراری رابطه‌ی مطلوب میان تیم درمانی باشد. معمولاً در بخش‌های بستری، پرستار به‌طور هم‌زمان، مسؤولیت درمان و مراقبت از چندین بیمار را بر عهده دارد. گرچه معمولاً پرستاران خدمات خود را در یک بخش خاص ارائه می‌کنند، ممکن است پزشکان در بخش‌های مختلف اقدام به بستری بیمار کرده باشند و همین امر می‌تواند مانع از مباحثه‌ی مطلوب در خصوص روش‌های درمان بیمار بین این دو گروه باشد.

در بررسی عوامل مخدوش‌کننده ارتباط، به‌نظر می‌رسد نحوه‌ی درک پرستار از این رابطه، عامل مهمی است. عدم آمادگی پرستار برای برقراری رابطه‌ی مؤثر، می‌تواند در اثر برخی رفتارهای پزشک از جمله دیر جواب دادن به تلفن یا قطع تلفن، ایجاد یا تشدید شود. از دیگر علل مؤثر در این خصوص می‌توان به عدم تبحر علمی پزشک، عدم همکاری کافی او با کادر پرستاری و بی‌علاقگی او به کارش نام برد (۱۴).

تماس تلفنی یکی از راه‌های ضروری در تبادل اطلاعات میان پزشک و پرستار است. مطالعه‌ای که توسط Cadogan و همکاران در خصوص تعیین تفاوت‌های ادراکی میان پرستاران و پزشکان انجام شده، نشان می‌دهد که پرستاران معتقدند از نحوه‌ی صحیح ارزیابی بیمار پیش از تماس با پزشک آگاهی کافی دارند توضیحشان در خصوص مشکل بیمار روشن، کامل و مختصر بوده است که پزشکان اغلب با آن موافق نیستند (۱۵). در واقع به‌نظر می‌رسد گاهی پرستار قبل از آمادگی کامل و ارزیابی مناسب بیمار اقدام به برقراری تماس تلفنی می‌کند که این امر تأثیری نامطلوب بر رابطه‌ی فیما بین ایجاد می‌کند؛ مطلبی که خود پرستاران هم بر اهمیت آن تأکید می‌کنند. از سوی دیگر، پرستاران عدم برقراری تماس تلفنی پزشک جهت پیگیری بیمار را عاملی در عدم آمادگی کامل خود معرفی می‌کنند و معتقدند به همین علت ممکن است پرستار موارد مهم در خصوص بیمار را فراموش کند (۱۴).

در مطالعه‌ای که Óleary و همکاران در مورد نحوه‌ی ارتباط پزشک و پرستار و توافقی آن‌ها بر طرح درمان، انجام دادند، مشخص شد در اغلب موارد ارتباط قابل قبولی میان طرفین وجود نداشته و در بسیاری موارد توافق بر سر روش‌های درمانی، به‌خصوص در مورد درمان‌های تهاجمی یا تغییر داروها، دیده نمی‌شود (۱۱). به‌نظر می‌رسد وجود چنین تعارضاتی می‌تواند سبب اجتناب دو طرف از گفت‌وگویی سازنده پیرامون مسائل بیمار شود، بالتبع در اغلب موارد نظرات پزشک بدون آن‌که نقد و بررسی شود به‌صورت امری «باید»، به اجرا گذاشته می‌شود.

با این حال باید در نظر داشت در مواردی که بر سر روش‌های درمانی توافق وجود ندارد، تیم درمان قادر نخواهند بود تعامل مناسبی در نظارت دو طرفه و ارائه‌ی بازخورد مناسب به یکدیگر داشته باشند و در نهایت احتمال بروز خطاهای درمانی بیشتر می‌شود. در حقیقت تبادل ناقص اطلاعات، موضوعی است که به‌وفور دیده شده است. اغلب افراد انتظار زیادی در برقراری ارتباط با یکدیگر به این شیوه ندارند و در نهایت این بیمار است که از وجود چنین نقصانی متضرر خواهد شد (۱۳، ۱۲).

دیدگاه سنتی در خصوص نحوه‌ی ارتباط پرستار و پزشک معتقد است پرستار نباید هیچ کاری را مستقلاً در درمان بیمار انجام دهد و تنها مسؤول اجرای دستورات پزشک است. خوشبختانه امروزه، چنین دیدگاهی در اغلب زمینه‌ها کم‌رنگ شده؛ با این وجود، نظرات بسیاری که بر نحوه‌ی ارتباط و کار پزشک و پرستار در کنار هم شکل گرفته هنوز بر پایه‌ی همان نظرات سنتی است.

همواره باید به خاطر داشت ارائه‌ی خدمات مناسب پزشکی کاملاً به تعامل مناسب پزشک و پرستار وابسته است. چنانچه چنین تعاملی وجود نداشته باشد، مراقبت از بیمار دچار اشکال خواهد شد و این رابطه بیش‌تر شکل روابط تخصصی را به‌خود می‌گیرد. علل گوناگونی وجود دارد که

تفاوت‌های موجود در مهارت‌های ارتباطی پزشک و پرستار که از علل عمده‌ی مشکلات ارتباطی بین آن‌هاست به حوادث ناگوار ناشی از تجویز نامناسب دارو و ایمنی بیماران بستری می‌انجامد (۲۳، ۲۲).

### تأثیر آموزش دانشجویان پرستاری در تغییر نگرش

#### نسبت به نقش پرستار در ارائه‌ی خدمات درمانی

آموزش دانشگاهی در کنار ارائه‌ی خدمات بیمارستانی منجر به شکل‌گیری دیدگاهی در جامعه شد، مبنی بر این‌که پزشکان باید بیش‌تر با علوم روز آشنا باشند و پرستاران باید با داشتن تجربه‌ی عملی بیش‌تر، خدمات مورد نیاز بیمار را به‌نحو مطلوب ارائه کنند (۲۴). امری که به‌نظر می‌رسد امروزه تا حدودی به دنبال آموزش‌های دانشگاهی پرستاری کم‌رنگ شده است. با این حال انتقادهایی بر آموزش تئوری دانشجویان پرستاری در برابر آموزش عملی این حرفه وجود دارد؛ چرا که صاحبان این دیدگاه معتقدند چنین سیستم آموزشی باعث کاهش توانایی کار عملی فارغ‌التحصیلان این رشته خواهد شد.

یکی از نکات بسیار مهم در آموزش، کسب مهارت ارتباطی با بیمار، به‌منظور ارائه‌ی خدمات مطلوب است. مسأله‌ی دیگری که مهم به‌نظر می‌رسد آموختن ارتباط صحیح با سایر اعضای گروه درمانی و از جمله پزشک است. چرا که به‌دلیل ارتباط کم‌تر بیمار با پزشک، عدم وجود رابطه‌ی صحیح میان گروه درمانی، حتی در مواردی ممکن است منجر به سلب اعتماد بیمار از پزشک شود، از این رو لازم است گروه درمانی با بهبود ارتباطات خود، مانع از این تصور شوند.

علیرغم تأکیدی که امروزه بر لزوم ارائه‌ی خدمات درمانی به‌صورت کار گروهی شده است، باز هم در بسیاری موارد سلسله مراتب در بین اعضای گروه دیده می‌شود (۲۵). در خصوص مسأله‌ی مسؤولیت حرفه‌ای در درمان بیمار، عموماً این حس وجود دارد که حتی، ارزیابی میزان پذیرش درمان از سوی بیمار نیز از جمله وظایف پزشک است. با این وجود،

قطع تماس تلفنی توسط پزشک، عجله در کسب اطلاعات و بد اخلاقی پزشک را می‌توان از سایر علل مخدوش‌کننده‌ی این ارتباط دانست. باید به‌خاطر داشت چنین رفتارهایی، به‌ویژه زمانی که مجال تکرار و تأیید تلفنی اطلاعات طبی وجود ندارد می‌تواند ایمنی بیمار را به مخاطره اندازد (۱۶).

برخی مطالعات رفتارشناختی بیانگر وجود تفاوت در الگوی برقراری ارتباط میان پرستاران و پزشکان است که می‌تواند عامل مؤثری در ایجاد مشکل باشد (۱۵). از این رو به‌نظر می‌رسد تلاش برای رسیدن به یک مدل ذهنی مشابه در دو طرف، می‌تواند در ایجاد ارتباط مناسب مفید باشد؛ هم‌چنین، پرورش حس اشتراک در اهداف، دانستی‌ها و لزوم رعایت احترام متقابل در گروه درمانی، می‌تواند باعث بهبود نتیجه‌ی درمان بیمار شود (۱۷). با این حال لازم است به‌خاطر داشته باشیم حتی چنین اقداماتی نمی‌تواند جایگزین همکاری مناسب و لزوم شنیدن با رغبت اطلاعات ارائه شده از سوی پرستار باشد.

برخی مطالعات نشان می‌دهد وجود ارتباط روشن و شفاف باعث بهبود کیفیت ارائه‌ی خدمات درمانی و حصول نتایج مطلوب در درمان می‌شود (۱۸). به‌عنوان مثال، بخش‌های اورژانس و زایمان موفق‌ترین بخش‌ها در ارائه‌ی خدمات به‌صورت کار منسجم گروهی هستند. در بخش‌های مراقبت ویژه نیز اطلاعات ثبت‌شده در برگه‌های اقدامات روزانه به‌خوبی توانسته‌اند نشانگر اهداف و نتایج درمانی باشند. در طراحی این برگه‌ها، ساختار به‌گونه‌ای است که می‌توان اطمینان داشت موارد ضروری در طرح درمان به اطلاع تمامی افرادی که مسؤولیتی در قبال بیمار دارند، خواهد رسید (۲۰، ۱۹).

به‌نظر می‌رسد ابزارهایی مانند شیوه‌نامه‌ی پیشنهادی انجمن راهبری پزشکی امریکا، که اطلاعات کلیدی را در قالب ساختاری مشخص ارائه می‌کند، می‌تواند به‌نحو مؤثری در ارائه‌ی اطلاعات ضروری مورد استفاده قرار گیرد (۲۱، ۱۴).

## منابع

- 1- Zali MR. [Mabani-e novin-e ertebat-e pezeshek va bimar], 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Nashr Pishgaman va Tose'e; 1390, p.173-8. [in Persian]
- 2- Radcliffe M. Doctors and nurses: new game, same result. *BMJ*, 2000; 320(7241): 1085.
- 3- Stein L, Watts DT, Howell T. The doctor-nurse game revisited. *N Engl J Med* 1990; 322(8): 546-9.
- 4- Mechanic D, Aiken LH. Sounding board, a cooperative agenda for medicine and nursing. *N Engl J Med* 1982; 307(12): 747-50.
- 5- Baggs JG, Schmitt MH. Collaboration between nurses and physicians. *J Nurs Schol* 1988; 20(3): 145-9.
- 6- Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M. Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *Am J Crit Care* 2005; 14(1): 71-7.
- 7- Miler PA. Nurse-physician collaboration in an intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2001; 10(5): 341-50.
- 8- Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2003; 31(3): 956-9.
- 9- O'Leary KJ, Wayne DB, Landler MP, et al. Impact of localizing physicians to hospital units on nurse-physician communication and agreement on the plan of care. *J Gen Intern Med* 2009; 24(11): 1223-7.
- 10- Sehgal NL, Fox M, Vidyarthi AR, et al. A multidisciplinary teamwork training program: the Triad for Optimal Patient Safety (TOPS) experience. *J Gen Intern Med* 2008; 23(12): 2053-7.
- 11- O'Leary KJ, Thompson JA, Landler MP, et al. Patterns of nurse ephysician communication and agreement on the plan of care. *Qual Saf Health Care* 2010; 19(3): 195-9.
- 12- Salas E, Sims DE, Burke CS. Is there a "big five" in teamwork? *Small Group Res* 2005; 36(5): 555-99.
- 13- Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Ann Intern Med* 2002; 136(11): 826-33.
- 14- Tjia J, Mazor KM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz JH. Nurse-physician communication in the long-term care setting:

در این خصوص کم‌تر صحبتی به میان می‌آید که خود نشان دهنده وجود ذهنیتی مبنی بر لزوم برقراری رابطه‌ای به شکل سلسله مراتبی و آمرانه است (۲۶).

ارتباط میان پزشک و پرستار موضوعی است که پیش از این، در سایر کشورها مورد توجه قرار گرفته و مصادیق آن روزبه‌روز در حال افزایش است. با این حال به‌نظر می‌رسد تاکنون در کشور ما اهمیت موضوع از نظرها دور مانده است. لذا به‌دلیل اهمیت حفظ اعتماد عمومی به خدمات ارائه‌شده در سیستم بهداشتی درمانی، لازم است سیستم آموزشی موجود، به‌نحوی متناسب با تغییرات پیش رو در روابط بین مشاغل مرتبط همراه شده و نحوه صحیح برقراری این همکاری را به‌صورت عملی آموزش دهد (۲۷).

هدف نهایی از بهبود این ارتباط این است که با رسیدن طرفین به درک منطقی از حوزه وظایف و اختیارات یکدیگر و به حداقل رساندن امکان تعارضات میان پزشک و پرستار، ایمنی و اثربخشی خدمات ارائه‌شده به حداکثر برسد. از این رو با توجه به شرایط خاص فرهنگی جامعه ما، لازم است مطالعات میدانی بیش‌تری جهت شناخت مصادیق تعارض میان پزشک و پرستار انجام شود تا در نظام سلامت کشور با هدف بهبود ارائه‌ی خدمات، علاوه بر تبیین جایگاه حاکمیت بالینی، بتوان با بازتعریف روابط بین اعضای تیم درمان، گامی مؤثر در جهت دستیابی به وضعیت مطلوب برداشت.

- 20- Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care* 2003; 18(2): 71-5.
- 21- American Medical Directors Association. Protocols for Physician Notification: Assessing and Collecting Data on Nursing Home Facility Patients - A Guide for Nurses on Effective Communication with Physicians. Columbia, MD: American Medical Directors Association; 2000.
- 22- Greenfield LJ. Doctors and nurses: a troubled partnership. *Ann Surg* 1999; 230(3): 279-88.
- 23- Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006; 32(3): 167-75.
- 24- Warelow P. Nurse-doctor relationships in multidisciplinary teams: ideal or real? *Inter J Nurs Pract* 1996; 2(1): 33-9.
- 25- Parks J. Negotiating ambiguity: an aspect of the doctor-nurse relationship. *N Z Nurs J* 1979; 72 (11): 14-6.
- 26- Fagin L, Garelick A. The doctor-nurse relationship. *Adv Psychiatr Treat* 2004; 10: 277-86.
- 27- Jasemi M, Rahmani A, Aghakhani N, Hosseini FS, Eghtedar S. Nurses and physicians' viewpoint toward interprofessional collaboration. *Iran J Nurs* 2013; 26(81):1-10. [in Persian]
- perceived barriers and impact on patient safety. *J Patient Saf* 2009; 5(3): 145-52.
- 15- Cadogan MP, Franzi C, Osterweil D, Hill T. Barriers to effective communication in skilled nursing facilities: differences in perception between nurses and physicians. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(1): 71-5.
- 16- Barenfanger J, Sautter RL, Lang DL, Collins SM, Hacek DM, Peterson LR. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *Am J Clin Pathol* 2004; 121(6): 801-3.
- 17- Gittel JH, Fairfield KM, Bierbaum B, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care* 2000; 38(8): 807-19.
- 18- Parker J, Coiera E. Improving clinical communication: a view from psychology. *J Am Med Inform Assoc* 2000; 7(5): 453-61.
- 19- Morey JC, Simon R, Jay GD, et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res* 2002; 37(6): 1553-81.