

منابع سازمانی تأثیرگذار بر همکاری درون حرفه‌ای پرستاری: یک مطالعه کیفی

معصومه شوهانی^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: منابع سازمانی از عوامل ارزشمند تأثیرگذار در دستیابی به اهداف سازمان بوده و پیش‌بینی کننده تعامل است. مطالعه حاضر، با هدف پی بردن به منابع سازمانی تأثیرگذار بر همکاری درون حرفه‌ای پرستاران انجام شد.

روش: مطالعه کیفی حاضر با مشارکت ۲۳ نفر از پرستاران بیمارستان‌های شهرهای تهران، تبریز و ایلام انجام گردید که بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و بدون ساختار همراه با یادداشت‌های در عرصه در طی فاصله ماه‌های اردیبهشت ۱۳۹۲ تا خرداد ۱۳۹۳ جمع‌آوری گردید. مصاحبه‌ها پس از دست‌نویس شدن، با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی به صورت همزمان تحلیل شد.

یافته‌ها: بر اساس تجارب مشارکت کنندگان سه طبقه «منابع فیزیکی»، «منابع مالی» و «منابع انسانی»، توصیف کننده خصوصیات و ویژگی‌های منابع سازمانی بود.

نتیجه‌گیری: منابع سازمانی از عوامل تأثیرگذار بر همکاری درون حرفه‌ای پرستاران بوده و در برگیرنده تأمین و تخصیص منابع در حیطه‌های مختلف می‌باشد. رفع مشکلات در این زمینه می‌تواند پیامدهایی مثبت در بر داشته باشد.

کلید واژه‌ها: ایران، پرستاران، سازمان‌ها، تحقیق کیفی، منابع

ارجاع: شوهانی معصومه. منابع سازمانی تأثیرگذار بر همکاری درون حرفه‌ای پرستاری: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۱): ۱-۱۲.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۳۰

Email: shohani-m@medilam.ac.ir

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
نویسنده مسئول: معصومه شوهانی

مقدمه

منابع سازمانی تمام دارایی‌هایی است که در طول فرایند تولید در دسترس یک شرکت قرار دارد و در بر گیرنده چهار نوع انسانی، مالی، مواد اولیه و سرمایه است که با هم ترکیب شده و در طول فرایند تولید به محصول نهایی تبدیل می‌شود (۱). این منابع در دستیابی به اهداف سازمانی تأثیرگذار بوده، باعث رشد شخصی، یادگیری و توسعه فردی می‌شود (۲).

منابع سازمانی مانند حمایت از جانب همکاران، بازخورد عملکرد، تنوع مهارت، کنترل و نظارت به عنوان پتانسیل‌های انگیزشی شناخته شده است (۳) و در حقیقت ایجاد کننده یک فرایند انگیزشی است که منجر به احساس ارزشمندی و مسؤلیت‌پذیری در فرایندها و نتایج کار توسط افراد شده و اطلاعاتی درباره نتایج واقعی فعالیت‌های کاری آن‌ها فراهم می‌نماید (۴، ۵). این منابع خود به تنهایی با ارزش بوده و اجازه دستیابی به منابع ارزشمند را فراهم می‌کند و انگیزه اساسی بشر به سمت تأمین، حفظ و جمع‌آوری این منابع هدایت شده است (۶).

این منابع پیش‌بینی کننده تعامل و تسهیل کننده محیط کار است و باعث افزایش انگیزه برای تعامل در محیط کار می‌شود (۷، ۲). همکاری که به عنوان فرایند تعاملات مداوم شناخته شده است، به معنی کار کردن با هم برای رسیدن به نتایجی است که به صورت فردی به دست نمی‌آید و یکی از استانداردهای پرستاری و کدهای اخلاقی پرستاران، یک جزء مهم در ارایه مراقبت‌های بهداشتی بسیاری از کشورها شناخته شده است (۸-۱۳).

در نظام سلامت، ضعف در همکاری و ارتباط ضعیف ریشه بسیاری از حوادث ناخواسته است (۱۴)؛ در حالی که همکاری بین کارکنان، یک راه حل مناسب برای بسیاری از مشکلات موجود همانند خطاهای پزشکی، کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری و پیامدهای نامطلوب در بیماران، کاهش رضایتمندی در بیماران، افزایش هزینه‌های مراقبتی-بهداشتی، فرسودگی شغلی، افزایش ترک خدمت پرستاران و تلاش برای ارایه مراقبت با کیفیت مطلوب و حفظ سرمایه است (۱۵-۲۲).

این فرایند تعاملی، پیچیده، چند جانبه و ضروری تحت تأثیر عوامل مثبت و منفی متعددی است (۲۴، ۲۳). از جمله عوامل زمینه‌ای تأثیرگذار بر همکاری می‌توان به محیط درون سازمانی اشاره نمود که هر جزء سازمان مهم است. بدیهی است که آشفتگی بیشتر، منابع و مدیریت سازمانی ضعیف‌تر باعث ایجاد مشکلاتی در کار کردن با هم می‌شود. محدودیت‌های سازمانی از قبیل دستورالعمل‌های قانونی و ویژگی‌های بودجه، حمایت سیاسی و انگیزه‌ها برای فعالیت همکارانه، نیازهای قانونی، سبک مدیریت، سیستم‌ها و ساختارها، موقعیت فیزیکی، دسترسی به تجهیزات و منابع، داشتن اهداف مشترک، توجه به فلسفه، ارزش‌ها و به رسمیت شناختن آن‌ها و در نهایت، آگاهی اعضای سازمان از توانمندی‌های حرفه‌ای یکدیگر از اهمیت زیادی برخوردار است (۲۵).

این در حالی است که منابع سازمانی، تسهیل کننده محیط کار است (۲۶). مطالعه حرفه‌های ارایه دهنده خدمات انسانی مانند مشاوران، پرستاران و معلمان نیز نشان می‌دهد که منابع باعث تسریع در تعاملات شغلی شده که این نیز به نوبه خود پیش‌بینی کننده رفتارهای سازمانی می‌باشد (۲۷). همچنین، منابع سازمانی باعث تعهد شغلی می‌شود که این نیز باعث کاهش موارد غیبت از محیط کار می‌شود (۳). به علاوه، منابع سازمانی در تعاملات کاری و پیامدهای آن همانند جو ارایه خدمات و عملکردهای گروهی مؤثر می‌باشد (۲۸). در حقیقت، افراد وقتی با هم در سازمان کار می‌کنند، عقاید و تجربیات عاطفی خود را با هم به اشتراک گذاشته و الگوهای رفتاری و انگیزشی مشابهی را نمایش می‌دهند (۲۹). رفیعی و همکاران در پژوهش کیفی خود به نحوه عملکرد افراد بر اساس الگوهای رفتاری موجود در محیط کار و از دست دادن انگیزه برای انجام کار صحیح اشاره نمودند (۳۰).

فقدان منابع سازمانی اثرات زیانباری را بر انگیزش و عملکرد کارکنان خواهد داشت (۳۱). بنابر نظریه حفاظت از منابع، افراد منابعی را برای به دست آوردن، ابقا و محافظت از خود جستجو می‌کنند و استرس زمانی رخ می‌دهد که این منابع تهدید شود، از دست برود یا زمانی که در به دست آوردن سرمایه‌های منابع اساسی با شکست مواجه شوند (۶). ثناگو و

رویکرد تحلیل محتوی قراردادی استفاده شد. در این روش، از به کارگیری طبقات از قبل تعیین شده خودداری می‌شود و اجازه داده می‌شود که طبقات و نام آن‌ها از درون داده‌ها استخراج گردد. ابتدا تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر متن برای غوطه‌ور شدن در آن‌ها و یافتن یک حس کلی آغاز می‌شود. سپس، کدها استخراج می‌گردد و پس از آن کدها به طبقات دسته‌بندی شده و نحوه ارتباطات بین آن‌ها تعیین می‌شود (۳۹).

برای انجام مطالعه حاضر، از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد و ۲۵ مصاحبه با ۲۳ نفر پرستار شاغل در بخش‌های اورژانس، داخلی، جراحی، همدیالیز، Post CCU و ICU (ریه، جنرال و جراحی) بیمارستان‌های شهرهای تبریز، تهران و ایلام انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن مدرک کارشناسی و بالاتر، سابقه کار بالینی حداقل یک سال، علاقه‌مندی جهت به اشتراک گذاشتن تجارب و بحث و گفتگو در زمینه همکاری، تسلط به زبان فارسی و داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه بود.

بعد از کسب رضایت آگاهانه، داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق و بدون ساختار با مشارکت کنندگان و یادداشت‌های در عرصه جمع‌آوری گردید. متن مصاحبه‌ها به صورت دیجیتال ضبط و در همان روز کلمه به کلمه دست‌نویس و به عنوان داده اصلی تحقیق استفاده شد. مصاحبه با هر مشارکت کننده در ۱ تا ۲ جلسه و در یک اتاق خصوصی در محل کار مراقبان سلامت صورت گرفت. هر یک از مصاحبه‌ها بین ۹۰-۳۰ دقیقه با میانگین ۴۵ دقیقه به طول انجامید. سؤال‌های اولیه مصاحبه به صورت باز بود؛ به گونه‌ای که مشارکت کنندگان قادر باشند تا آزادانه درباره تجارب خود صحبت کنند. به عنوان مثال، لطفاً آخرین شیفت کاری‌تان را از لحظه ورود به بیمارستان تا لحظه خروج را تعریف کنید و یا همکاری بین شما و همکارانتان به چه شکلی اتفاق می‌افتد؟ و سؤالات بعدی پیگیری کننده بر اساس اطلاعات داده شده توسط مشارکت کنندگان و برای روشن شدن مفاهیم بود. به عنوان مثال، شما به عنوان سرپرستار، وقتی می‌گویید که از پرسنل حمایت می‌کنم، چگونه حمایت می‌کنید؟ جمع‌آوری داده‌ها طی ماه‌های اردیبهشت ۱۳۹۲ تا

همکاران در مطالعه کیفی خود بر اهمیت نقش انگیزش در عملکرد افراد، نقش منابع سازمانی و امکانات رفاهی در ایجاد انگیزش اعضای هیأت علمی تأکید نمودند (۳۲).

همکاری نیازمند یک فرایند تعاملی بوده و مستثنی از این قواعد نیست. اگر کارکنان برای برقراری تعامل راضی نباشند یا هر مانع دیگری برای تعامل داشته باشند، همکاری رخ نمی‌دهد. فقدان درک نقش، مسؤولیت‌پذیری و فقدان احترام برای کمک‌های دیگران با همکاری مؤثر تداخل دارد (۱۱). عدم وجود اعتماد، موانع ارتباطی، قدرت و اختیار، حرفه‌ای شدن و عوامل ساختاری از موانع همکاری بین دیسپلینی شناخته شده است (۳۳). با توجه به اثرات سازنده همکاری بین پرستاران، شناسایی عوامل مؤثر بر آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هرچند که متون مدیریت، پرستاری و به میزان کمتری متون پزشکی، در ارتباط با همکاری وسیع است (۳۴)، ولی بررسی‌ها نشان می‌دهد که مطالعات صورت گرفته بیشتر در زمینه تعاملات بین پزشکان و پرستاران است (۳۵) و محدود به بخش‌های خاصی مانند بخش‌های ویژه، اورژانس و انکولوژی می‌باشد (۳۶). اگرچه مطالعات انجام شده تاکنون بیشتر بر مفهوم همکاری (۳۷)، موانع همکاری (۱۴)، پیشامدهای همکاری (۳۶)، پیامدهای همکاری (۳۸) و اندازه‌گیری همکاری (۱۱، ۹) تمرکز است، ولی به نظر می‌رسد که عوامل دیگری نیز در این بین نقش دارد که تاکنون ناشناخته باقی مانده است. بررسی این عوامل با به کارگیری تحقیق کیفی که در بردارنده روش‌های چندگانه جمع‌آوری اطلاعات و بررسی وقایع، هنجارها و ارزش‌ها از دیدگاه مشارکت کنندگان است، امکان بررسی عمیق، درک و شناسایی واضح و جامع این پدیده را فراهم می‌آورد (۱۲). مطالعه حاضر با هدف پی بردن به منابع سازمانی تأثیرگذار بر همکاری درون حرفه‌ای پرستاران انجام شد.

روش

مطالعه حاضر بخشی از یک پژوهش وسیع کیفی در رابطه با فرایند همکاری درون حرفه‌ای پرستاران بود که به منظور شناسایی عوامل زمینه‌ای مؤثر بر همکاری بین پرستاران، از

سازمانی از عوامل زمینه‌ساز تأثیرگذار بر همکاری درون حرفه‌ای پرستاران است که در برگیرنده تأمین و تخصیص منابع در حیطه‌های مختلف می‌باشد.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

سن	۲۲-۴۴ سال (میانگین ۳۲/۴ + ۷/۳)
جنس	مذکر: ۷ نفر مؤنث: ۱۶ نفر
وضعیت تاهل	مجرد: ۴ نفر متاهل: ۱۹ نفر
مدرک تحصیلی	دیپلم پرستاری: ۴ نفر کارشناس پرستاری: ۱۹ نفر

درون مایه‌های استخراج شده شامل منابع فیزیکی، مالی و منابع انسانی بود که توصیف کننده خصوصیات و ویژگی‌های منابع سازمانی می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۲. طبقات و زیرطبقات حاصل از تحلیل داده‌ها

طبقه اصلی	طبقات فرعی	مفاهیم اولیه
منابع سازمانی	منابع فیزیکی	کمبود امکانات و تجهیزات پزشکی محدودیت در فضای فیزیکی کمبود امکانات رفاهی پرسنل
	منابع مالی	محدودیت منابع مالی فاصله بین واقعیت موجود و استاندارد
	منابع انسانی	حضور کمرنگ پزشک عدم تناسب بین تعداد پرستار و حجم کار فعالیت‌های تحمیلی پاسخگویی پرستار به همه

منابع فیزیکی

مشارکت کنندگان از منابع فیزیکی به عنوان عاملی مهم و تأثیرگذار در جهت ارایه مراقبت صحیح از مددجو و کمک کردن به دیگر همکاران در تجربیات خود اشاره کردند. این طبقه فرعی سه ویژگی داشت که شامل «کمبود امکانات و تجهیزات پزشکی، محدودیت در فضای فیزیکی و کمبود امکانات رفاهی پرسنل» بود.

الف- کمبود امکانات و تجهیزات پزشکی: کمبود امکانات و تجهیزات پزشکی مسأله‌ای است که می‌توان گفت شاید

خرداد ۱۳۹۳ انجام و تحلیل نهایی آن‌ها به روش آنالیز محتوی قراردادی همزمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد. جهت اطمینان از موثق بودن داده‌ها از معیارهای اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری مطابق با Lincoln و Guba استفاده گردید (۴۰). درگیری طولانی مدت پژوهشگر با داده‌ها، حضور در عرصه تحقیق، ارتباط با مسؤولان مربوط و مشارکت کنندگان از یک سو به جلب اعتماد مشارکت کنندگان و از سوی دیگر، به درک محیط مطالعه توسط پژوهشگر کمک کرد. از بازنگری مشارکت کنندگان برای تأیید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده، استفاده گردید. برای بازنگری ناظران، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر پژوهشگر توسط دو نفر از محققان پرستاری مورد بررسی قرار گرفت و توافق در میان نتایج استخراج گردیده، وجود داشت. همچنین، پژوهشگر یافته‌ها را با برخی از پرستارانی که در تحقیق شرکت نداشتند، در میان گذاشت و آن‌ها نتایج یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند. علاوه بر این، برای استحکام بیشتر یافته‌ها از تلفیق روش زمانی و مکانی (بررسی در زمان‌ها و مکان‌های مختلف) و تلفیق روش جمع‌آوری داده‌ها (مصاحبه و یادداشت‌های در عرصه) استفاده شد. بدان معنی که جمع‌آوری اطلاعات در شیفتهای مختلف صبح، عصر و شب و از بیمارستان‌های مختلف شهرهای تهران، تبریز و ایلام صورت گرفت.

ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر با جلب توافق، رضایت آگاهانه، مراجعه در زمان هماهنگ شده، آزادی شرکت کنندگان برای شرکت در تحقیق و خروج از آن در هر مرحله، داشتن رضایت برای ضبط متن مصاحبه‌ها، رازداری و عدم انتشار هویت آن‌ها رعایت شد. پژوهش حاضر مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (به شماره ۹۱۱۹۱) قرار گرفت و برای حضور در عرصه، معرفی‌نامه‌ها به بیمارستان‌ها ارایه شد.

یافته‌ها

مشخصات مشارکت کنندگان در جدول ۱ ارایه شده است. دسته‌بندی نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که منابع

عاملی مؤثر بر نحوه عملکرد آنها است. به عنوان مثال، نداشتن جای مناسب برای زمانی که آنها نیازمند استراحت هستند، حتی برای مدتی کوتاه در طول یک نوبت کاری؛ در حالی که در نظر گرفتن امکانات رفاهی در جهت دستیابی به اهداف سازمانی از ضروریات هر محیط کاری است و در محیط‌های پر تنش وابسته به نظام سلامت لازم و اجباری است. مشارکت کننده ۹ می‌گوید: «تو کشیک‌هامون، ساعت رست جای مناسبی نداریم. مثلاً اتاق رست آقایان یه کانکس بیرون از بخشه».

منابع مالی

از ارکان اساسی هر سازمان، منابع مالی سازمان، کافی بودن آن و شاید مهم‌تر آن تخصیص صحیح منابع به واحدهای مختلف هر سازمان می‌باشد. این در حالی است که بسیاری از مدیران سازمان‌ها از ناکافی بودن منابع لازم در جهت دستیابی به اهداف سازمانی و مهم‌تر از آن رضایتمندی کارکنان، مشتریان اصلی هر سازمان، شاکی هستند.

الف- محدودیت منابع مالی: نارسایی منابع مالی در این مطالعه، بر اساس بیانات مشارکت کنندگان، در برگیرنده نوعی محدودیت مالی در دسترس مدیر است که در جنبه‌های مختلف نمود دارد. مشارکت کننده ۱۷ که یکی از مدیران پرستاری است، چنین می‌گوید: «منابع مالی محدوده و در اختیار من هم نیست. اون چیزی نیست که تو کتاب‌ها نوشته شده و برای سیستم پرستاری تعریف شده».

ب- فاصله بین واقعیت موجود و استاندارد: علاوه بر محدودیت در منابع مالی، مشکل دیگر فاصله بین واقعیت موجود و شرایط استاندارد در منابع مالی است؛ به گونه‌ای که نوعی عدم تناسب بین منابع مالی اختصاص یافته، تعداد نیرو و فعالیت‌هایی که باید صورت بگیرد، وجود دارد. مشارکت کننده ۲ که یک سرپرستار است در این زمینه می‌گوید: «رقمی که برای اضافه کار پرسنل بخش من در نظر گرفته‌اند، به هیچ عنوان جوابگوی میزان ساعت اضافه کاری مورد نیاز بخش من نیست؛ در حالی که نیرو هم به اندازه کافی ندارم و پرسنل من مجبور به انجام اضافه کار هستند یا اصلاً خبری از تشویقی نیست که حداقل از پرسنل تشکر کنم».

اکثر مراکز ارایه دهنده خدمات با آن مواجه هستند و مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر اعم از پرستاران بخش و مدیران به آن اشاره نمودند. کمبود امکانات و تجهیزات پزشکی در طیف وسیعی دیده می‌شود که در برگیرنده امکانات و تجهیزات پایه و اساسی مانند نداشتن بخش ICU داخلی تا تجهیزات مورد نیاز بیمار مانند کمبود تخت در بخش‌ها و تجهیزات مورد نیاز پرستار برای مراقبت از بیمار از جمله نداشتن سرجی سل و کلار گردنی را شامل می‌شود. مشارکت کننده ۱ در این زمینه می‌گوید: «هزار جور کیس داریم، جنراله، خیلی وحشتناکه، CRF داریم، مسمومیت دارویی داریم، ولی ICU داخلی نداریم، عوضش مثلاً بیمار Intubate میاد بخش ما».

اظهارات مشارکت کننده ۹ از بخش اورژانس: «یک سری امکانات نیست. مثلاً مریض اومده با تروما، سرجی فیکس نداشتیم که سر مریض را ببندیم. یا کلار گردنی نداریم. خب این چیزها نیست، بعد می‌گن که فلانی همکاری نداشته».

ب- محدودیت در فضای فیزیکی: مشارکت کنندگان محدودیت در فضای فیزیکی موجود برای ارایه مراقبت از بیمار به خصوص در مواردی که نیازمند کار تیمی و مشارکتی بودند را به عنوان مانعی مهم در کمک کردن به دیگران می‌دانستند. بر خلاف پیشرفت‌های صورت گرفته در نحوه ساختار بیمارستان‌ها، به علت عدم توجه در فضای مورد نیاز برای ارایه مراقبت از بیمار، این مشکل همچنان وجود دارد. مشارکت کننده ۱۴ در مورد تأثیرگذاری کمبود فضای فیزیکی بر نحوه کار کردن پرستاران با هم می‌گوید: «مثلاً وقتی برای کمک به CPR مریض به یک بخش می‌ریم، مثلاً اورژانس. اصلاً جا نیست که آدم کمک کنه» و مشارکت کننده ۱۲ که یک سرپرستار است: «مثلاً مسؤولان به جای این که رو کیفیت تمرکز کنند، روی کمیت تمرکز کرده و تعداد تخت‌های بخش‌ها را زیاد کرده. بدون در نظر گرفتن فضای فیزیکی، تعداد پرسنل، حجم کار پرسنل که این‌ها روی همکاری تأثیر داره».

ج- کمبود امکانات رفاهی پرسنل: گرچه این نوع کمبود ممکن است به نوعی بی‌توجهی و ارزش قایل نشدن برای پرستاران قلمداد شود، ولی مطابق با بیانات مشارکت کنندگان

می‌کنند و بیشترین ارتباط را با هم در تیم درمان و مراقبت از بیمار ارایه می‌کنند، ولی کار آن‌ها به شدت تحت تأثیر دیگر اعضای تیم می‌باشد؛ چرا که پرستاری خود به تنهایی حرفه‌ای پرتنش محسوب می‌شود که در بسیاری از موارد پرستاران فاقد زمان لازم برای ارایه خدمات مراقبتی به بیماران می‌باشند، ولی کمبود پرسنل در دیگر رده‌های شغلی این مشکل را مضاعف می‌نماید و چه بسا پرستار مجبور است که این کمبود نیرو را پوشش داده و نیازهای مراقبتی و حتی غیر مراقبتی بیمار را برآورده نماید. این خود منجر به نداشتن وقت و انرژی کافی حتی برای انجام کار خود و یا کمک به همکار می‌گردد که عواقب متعددی را به دنبال دارد. مشارکت‌کننده ۱۸ این گونه اظهار می‌دارد: «کمبود کادر زیاد آدم را اذیت می‌کند. یه وقت‌هایی آدم لبریز می‌شه و می‌خواد بخش را ول کنه و بره».

مشارکت‌کننده ۹ با سمت سرپرستار نیز در زمینه کمبود نیرو و خطاهای حاصل از آن می‌گوید: «متأسفانه کمبود نیرو داریم. الان من خودم تو اورژانس مشکل دارم، تو چپنیش نیروها و درصد خطا می‌ره بالا».

ج- فعالیتهای تحمیلی: فعالیتهای تحمیلی در برگیرنده فعالیتهایی متعدد از مراقبتی تا غیر مراقبتی است که به مشکل کمبود نیرو اضافه می‌شود. برخی از این فعالیتهای رده فعالیت‌های مراقبتی قرار می‌گیرد که از دیدگاه پرستاران ضروری نبوده، ولی آن‌ها مجبور به انجام آن می‌باشند. مشارکت‌کننده ۱۹ می‌گوید: «مثلاً پزشک میاد، ECG می‌خواد برای یه مریض، ولی خودش نگاه نمی‌کنه و فقط اوردر می‌ده. خیلی از کارهایی که ما می‌کنیم لزومی نداشته، ولی نرس مجبوره انجام بده. چون نوشته باید انجام بدیم. کار ما کمتر باشه کیفیت بالا می‌ره، تنش‌ها کمتر می‌شه. فشاری که هست تا حدود زیادی کمتر می‌شه. همکاری هم بهتر می‌شه، چون زمان بیشتر می‌شه».

فعالیت‌های تکراری تحمیلی فقط از جانب پزشکان نیست، بلکه سایر رده‌های شغلی را هم در بر می‌گیرد، از جمله دستورات عمل‌های متعددی که هر روز از جانب مدیران اضافه می‌شود و بدون در نظر گرفتن نیروی مورد نیاز به پرستاران

این در حالی است که مدیر پرستاری، بنابر مسؤولیتی که دارد، باید پاسخگوی موارد بسیاری از جمله اضافه کار و کارانه پرسنل، تشویق آن‌ها از طریق دادن پاداش و یا اجرای برنامه‌های آموزشی مورد نیاز آن‌ها باشد. برآورده نکردن هر کدام از این نیازها و انتظارات بر نحوه عملکرد پرسنل تأثیرگذار خواهد بود.

منابع انسانی

یکی از عوامل اساسی در نحوه ارایه خدمت پرستاران و همکاری، نیروی انسانی است. حضور کم‌رنگ پزشک، عدم تناسب بین کمیت پرسنل و میزان کار، فعالیت‌های تحمیلی و پاسخگویی پرستار به همه از ویژگی‌های این طبقه فرعی می‌باشد.

الف- حضور کم‌رنگ پزشک: ویژگی مهم دال بر کمبود نیروی انسانی، حضور کم‌رنگ پزشک می‌باشد که در طیفی از عدم حضور نیروی پزشک در مراکز از جمله اورژانس تا عدم حضور به موقع بر بالین بیمار دیده می‌شود. این امر منجر به انجام کار توسط دیگر گروه‌ها از جمله دانشجویان پزشکی (انترن) می‌گردد که علاوه بر برانگیختن اعتراض بیماران و مراجعان باعث ایجاد بارکاری مضاعف برای پرستاران می‌گردد که حداقل آن پاسخ دادن به سؤالات مراجعان، تحمل کردن اعتراضات آنان و در برخی موارد انجام کار خارج از حوزه مسؤولیت و شرح وظایف، پیگیری مشکل و اتلاف وقت برای مراقبت از بیماران و در نهایت، کمک به دیگر همکاران می‌گردد. مشارکت‌کننده ۹ که سرپرستار بخش اورژانس است، می‌گوید: «ما اکثر ماه گذشته پزشک نداشتیم و انترن‌ها پوشش می‌دادن. مثلاً شب باید دو نفر پزشک داشته باشیم، یکی برای اورژانس و یکی برای درمانگاه که این جوری نبود. بعضی چیزها باید کنار هم باشه تا یه تیم موفق باشه که نیست و باعث عدم همکاری می‌شه».

ب- عدم تناسب کمیت پرسنل و میزان کار: یافته‌های حاصل از تجارب مشارکت‌کنندگان نشان دهنده ناکافی بودن تعداد نیرویی است که فقط پرستاران را در بر نمی‌گیرد، بلکه تمام رده‌های شغلی پرستار، پزشک، کمک بهیار، خدمات و انتظامات را نیز شامل می‌شود. گرچه پرستاران با هم کار

است متفاوت از سایر محیط‌ها باشد که بستگی به نوع کار و خدمت ارایه شده خواهد داشت. تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر نشانگر اهمیت و تأثیرگذاری منابع سازمانی در حیطه‌های منابع فیزیکی، مالی و نیروی انسانی بر نحوه عملکرد پرستاران و همکاری آن‌ها با هم بود.

مطابق با نتایج پژوهش حاضر، کمبود منابع فیزیکی در طیفی از امکانات و تجهیزات پایه و اساسی و وسایل مورد نیاز پرستار برای مراقبت از بیمار دیده شد. این در حالی است که اولین گام برای ارایه مراقبت از بیماران فراهم آوردن امکانات و تجهیزات کافی است و اهمیت این مسأله بر کسی پوشیده نیست. این یافته با نتایج برخی مطالعات دیگر همخوانی دارد (۴۲، ۴۱). در بررسی این مطالعات اذعان شد که منابع بر نحوه مراقبت پرستاری ارایه شده تأثیرگذار است؛ به گونه‌ای که کمبود پرستار و عدم تأمین تجهیزات مناسب از موانع مراقبت با کیفیت پرستاری است. ترابی‌زاده و همکاران (۴۳) و نگارنده و همکاران (۴۴) نیز در بررسی خود به کمبود تجهیزات گران و پیشرفته بیمارستانی و ساده‌ترین اقلام ضروری بیمار اشاره کرده‌اند که شاید مشکلات کلانی نظیر ضرورت خودگردانی بیمارستان‌ها، پایین بودن ضریب اشغال تخت و نظایر آن در بروز این مسایل دخیل است.

علاوه بر اهمیت منابع در ارایه یک مراقبت با کیفیت، پرستاران در مطالعه حاضر برخوردارگی از منابع کافی را نوعی حمایت تلقی نموده‌اند. مشارکت کنندگان در مطالعه ادیب حاج‌باقری و امین‌الرعایای یمینی نیز تأکید نموده بودند که از نظر امکانات اولیه‌ای مانند ملحفه و وسایل تزریقات با محدودیت مواجهه هستند و آن را از مصادیق بارز عدم حمایت و کاهش کیفیت مراقبت برشمرده‌اند (۴۵).

Patrick و Laschinger فراهم‌سازی امکان دسترسی به منابع را جزء انواع اساسی حمایت از پرستاران عنوان نموده و اظهار داشتند پرستارانی که به میزان بیشتری از این منابع دسترسی داشته‌اند، احساس توانمندی بیشتری در ارایه مراقبت تجربه کردند. ایشان منابع را شامل تجهیزات و وسایل لازم برای تحقق اهداف و تدارک نیروی انسانی کافی دانسته‌اند (۴۶). کمبود امکانات به هر شکلی منجر به عدم ارایه مراقبت

فقط جهت اجرا ابلاغ می‌شود. مشارکت کننده ۱۲ می‌گوید: «همکاری قبلاً بیشتر بود، ولی الان کمتر شده. دستورالعمل‌های جدید که اومده، مستندسازی، اعتباربخشی، حاکمیت بالینی. حجم کار و مریض زیاده و نیرو کم».

همچنین، پرستاران به انجام فعالیت‌هایی دیگری تحت عنوان فعالیت‌های غیر مراقبتی دست و پا گیر و کاغذ بازی که خارج از شرح وظایف آنان است، اشاره می‌کنند. مشارکت کننده ۱۹ که یک پرستار است در این مورد می‌گوید: «می‌دونی کاغذ بازی ما هم خیلی زیاده. یه مریض می‌میره، هم باید به کامپیوتر بزنی، هم تو دفتر گزارش بنویسیم، هم تو دفتر CPR».

د- پاسخگویی پرستار به همه: عدم تناسب بین پرستار- بیمار و کمبود نیرو به علاوه فعالیت‌های تحمیلی با مشکل دیگری نیز همراه می‌باشد و آن پاسخگویی پرستار به همه است. برای همه این گونه جا افتاده است که در بیمارستان هر جایی کمبودی وجود دارد، باید به پرستار مراجعه کرد و پرستار هم باید جوابگوی همه باشد، حتی اگر به او ربطی نداشته باشد که نتیجه آن هم خستگی پرستار، عدم انجام کار مددجویان و در مواردی ایجاد تنش بین پرستار و اطرافیان می‌باشد. مشارکت کننده ۱۷ با سمت مدیر پرستاری اظهار می‌دارد: «تعداد پرستارمون کمه، پرستار یه سری کارهای جانبی باید انجام بدهد، جواب تلفن را بده، راهنمایی ارباب رجوع را باید انجام بده که ممکنه باعث خستگی و فراموشی پرستار بشن و کارها بمونه. مریض هم فقط پرستار را می‌شناسه».

بحث

هدف از انجام مطالعه حاضر، دستیابی به منابع سازمانی تأثیرگذار بر همکاری درون حرفه‌ای پرستاران بود. تحلیل داده‌ها خصوصیات و ویژگی‌های این منابع بر اساس تجربیات مشارکت کنندگان را توصیف کرد. از الزامات پایه و اساسی کار در هر سازمان و هر حیطه‌ای برخوردارگی از منابع است. منابعی که کفایت آن‌ها نقش تأثیرگذاری بر نحوه عملکرد گروه‌های کاری و موفقیت آن‌ها خواهد داشت. هرچند که منابع در هر سازمان و به عبارتی در هر محیط کاری ممکن

همکاری‌ها است که اهمیت آن‌ها بر کسی پوشیده نیست و باید مورد توجه قرار گیرد.

یافته‌های پژوهش حاضر به وجود محدودیت‌هایی در حیطه منابع انسانی دلالت دارد. مهم‌ترین مقوله کمبود نیروی انسانی است. کمبود نیرو در این مطالعه فقط محدود به پرستاران نبوده، بلکه دیگر رده‌های شغلی را نیز در بر می‌گرفت و از آن جایی که پرستاران بنابر موقعیت کاری خود که نقش‌های متعددی را متقبل می‌شوند و آرایه مراقبت از جانب آنان وابسته به دیگر افراد حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای حاضر در تیم کاری نیز می‌گردد، مشکلات حاصل از کمبود نیرو در تمام رده‌های شغلی در نهایت، باعث افزایش بار کاری پرستاران می‌گردد. این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات همخوانی دارد. ترابی‌زاده و همکاران از کمبود پرستار و افزایش حجم کار آنان به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های حوزه نظام سلامت یاد می‌کنند (۴۳) که موجب کاهش کیفیت آرایه خدمات درمانی، انجام نشدن به موقع بسیاری از اقدامات مراقبتی و در نتیجه نقض منزلت بیمار می‌باشد. نگارنده و همکاران (۴۴) و رفیعی و همکاران (۳۰) نیز این گونه بیان می‌دارند که تعداد زیاد بیماران، کمبود پرستار، بار کاری زیاد و پرداختن به کارهای غیر پرستاری بر کیفیت خدمات، کاهش شدید کیفیت مراقبت و رفع تکلیف در مراقبت‌ها و آسیب‌پذیری بیشتر بیماران تأثیر می‌گذارد. Brown فشار کاری و کمبود پرسنل را نشان دهنده عدم حمایت از پرستاران دانسته است (۵۰). Liu و Onwuegbuzie نیز از بار کاری زیاد به عنوان عامل مهمی در ترک خدمت پرستاران یاد می‌کنند (۵۱).

کمبود نیروی انسانی مسأله‌ای است که در محیط‌های بالینی پرستاری مشاهده می‌شود و پرستاران با این مشکل هر روز مواجه هستند و محدود به زمان و مکان خاصی نمی‌گردد؛ در حالی که بار کاری اصلاح شده بر همکاری درون دیسپلینی و بین دیسپلینی مؤثر بوده و باعث افزایش تعهد به سازمان می‌گردد (۵۲). در حقیقت، مدیریت مناسب منابع انسانی نقش تأثیرگذاری بر استراتژی‌های رقابتی، بهره‌وری بیشتر در سازمان، افزایش رضایت مشتریان (۵۳)، جذب و

مطلوب از بیمار، اتلاف وقت پرستار و نداشتن زمان کافی برای کمک به همکار در شرایط ضروری می‌گردد و این موضوعی است که مشارکت کنندگان در مطالعه به آن اشاره نمودند. این نتایج با یافته‌های مطالعه ذکایی یزدی و همکاران همخوانی دارد (۴۷). آنان بر این نکته تأکید کرده‌اند که اگر امکانات لازم از سوی مؤسسات فراهم نشود و موانع ایفای نقش‌های پرستاران رفع نگردد، نمی‌توان انتظار داشت که آن‌ها به نحو مطلوبی نقش‌های خود را ایفا نمایند. نتایج مطالعه Macphee و Scott نیز نشان می‌دهد که تدارک امکانات و تسهیلات مراقبت و تأمین رفاه پرستار از عوامل زمینه‌ای تأثیرگذار بر نحوه مراقبت از مددجویان توسط پرستاران می‌باشد (۴۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که برخورداری از امکانات و تجهیزات در دسترس برای آرایه مراقبت، به عنوان یک مؤلفه بسیار مهم در ارتقای انگیزش و تعهد افراد به سازمان شناخته شده است. بدیهی است که نداشتن دغدغه کمبود وسایل مورد نیاز و نگرانی‌های حاصل از آن موجب می‌شود تا پرستاران با اطمینان خاطر به آرایه خدمت با کیفیت و همکاری با دیگر پرستاران بپردازند. نتایج مطالعه ثناگو و همکاران نیز حاکی از آن است که برخورداری از امکانات یک عامل انگیزشی مهم بوده و انگیزش نقش مهمی در تعهد افراد به سازمان دارد (۳۲). این نتایج همسو با نظریه دو عاملی انگیزشی Herzberg می‌باشد که مطابق با این نظریه، برخورداری از امکانات در ایجاد احساس ارزشمندی در کار و داشتن انگیزه و تعهد نسبت به کار مؤثر می‌باشد (۴۹).

انجام بسیاری از کارها و فعالیت‌ها در هر سازمانی وابسته به منابع مالی و استفاده صحیح از آن‌ها می‌باشد. مدیران پرستاری مشارکت کننده در مطالعه حاضر به عدم اجرای برنامه‌های آموزش کارکنان و یا پرداخت پاداش بر اساس عملکرد ناشی از محدودیت منابع مالی اشاره نمودند. این نتایج با یافته‌های مطالعه رفیعی و همکاران (۳۰) و ثناگو و همکاران (۳۲) همخوانی دارد. آنان در بررسی‌های خود به مشکلات مالی برای تشویق پرسنل اشاره نموده‌اند. به طور کلی، فشارهای مالی جزء ساختارهای مرتبط و تأثیرگذار بر

گردد، بلکه بر نحوه کمک کردن پرستاران در کار کردن با هم و ماندن در حرفه نیز بسیار تأثیرگذار است. می‌توان انتظار داشت که بهبود و تقویت منابع سازمانی منجر به بهبود همکاری درون حرفه‌ای و بین حرفه‌ای پرستاران گردد. مهم‌ترین محدودیت مطالعه کیفی حاضر عدم استفاده از روش مشاهده در جمع‌آوری داده‌ها است؛ در حالی که استفاده از روش مشاهده یکی از بهترین روش‌های جمع‌آوری داده‌ها در مطالعاتی است که در آن‌ها تعاملات مورد سنجش قرار می‌گیرد و به علت محدودیت‌های پژوهشگر از آن صرف نظر شده است. انجام مطالعات دیگر با استفاده از رویکردهای کیفی و یا کمی و کیفی که در برگزیده روش مشاهده برای جمع‌آوری داده‌ها باشد، می‌تواند در درک بهتر موضوع کمک کننده باشد.

تشکر و قدردانی

از کلیه پرستاران مشارکت کننده در فراهم کردن اطلاعات مطالعه حاضر تشکر و قدردانی می‌گردد.

باقی ماندن نیروی کار، افزایش تعهد و رضایتمندی (۵۴) و در نهایت، افزایش کیفیت خدمات ارائه شده (۵۵) دارد. می‌توان گفت که منابع سازمانی باعث تعلق خاطر بیشتر کارکنان به محیط کار و بهبود عملکرد آنان می‌شود. در دسترس بودن منابع سازمانی باعث از بین رفتن موانع کار و تسهیل کننده محیط کار می‌باشد (۷).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش کیفی حاضر که مبتنی بر تجارب پرستاران است، نشان دهنده اهمیت و تأثیر منابع فیزیکی، منابع انسانی و منابع مالی در عملکرد پرستاران و همکاری آنان است. در حقیقت، موفقیت سازمانی در راه رسیدن به اهداف کوتاه مدت و دراز مدت حرفه‌ای، در گرو ترکیب کارآمد وسایل کار، پول، مواد اولیه و منابع انسانی است. بدیهی است که کمبود و یا ضعف در هر بخش از منابع سازمان علاوه بر این که مانع از دستیابی به هدف اصلی، ارائه مراقبت اصولی و اثربخش

References

1. Robbins SP. Management of organizational behavior. Trans. Parsaeian A, Aarabi SM. Tehran, Iran: Office of Cultural Research; 2011. p. 313-21. [In Persian].
2. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. J Appl Psychol 2001; 86(3): 499-512.
3. Bakker AB, Demerouti E, de Boer E, Schaufeli WB. Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. J Vocat Behav 2003; 62(2): 341-56.
4. Fredrickson BL, Branigan C. Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. Cogn Emot 2005; 19(3): 313-32.
5. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. J Organ Behav 2004; 25(3): 293-315.
6. Hobfoll SE. The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. Applied Psychology 2001; 50(3): 337-421.
7. Salanova M, Agut S, Peiro JM. Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediation of service climate. J Appl Psychol 2005; 90(6): 1217-27.
8. Kramer M, Schmalenberg C. Securing "good" nurse/physician relationships. Nurs Manage 2003; 34(7): 34-8.
9. Di Prospero L, Bhimji-Hewitt S. Teaching collaboration: A retrospective look at incorporating teamwork into an interprofessional curriculum. J Med Imaging Radiat Sci 2011; 42(3): 118-23.
10. Ardahan M, Akcasu B, Engin E. Professional collaboration in students of Medicine Faculty and School of Nursing. Nurse Educ Today 2010; 30(4): 350-4.
11. Finkelman AW. Leadership and management in nursing. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2006.
12. Meuser J, Bean T, Goldman J, Reeves S. Family health teams: A new Canadian interprofessional initiative. J Interprof Care 2006; 20(4): 436-8.
13. Harris MF, Chan BC, Daniel C, Wan Q, Zwar N, Davies CP. Development and early experience from an intervention to facilitate teamwork between general practices and allied health providers: The Team-link stud. BMC Health Services Research 2010; 10: 104.

14. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin RL, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005; 19 Suppl 1: 116-31.
15. Sadoughi F, Ahmadi M, Moghaddasi H, Sheikhtaheri A. Patient safety information system: purpose, structure and functions. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2011; 21(85): 174-88. [In Persian].
16. Neishabory M, Raeisdana N, Ghorbani R, Sadeghi T. Nurses' and patients' viewpoints regarding quality of nursing care in the teaching hospitals of Semnan University of Medical Sciences. *Koomesh* 2011; 12(2): 134-43. [In Persian].
17. Larrabee JH, Ostrow CL, Withrow ML, Janney MA, Hobbs GR Jr, Burant C. Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Res Nurs Health* 2004; 27(4): 254-68.
18. Zamanzadeh V, Moghadasian S, Valizadeh L, Haghghi Khoshkho N. The quality of nursing care from nurses and patients viewpoints in the teaching hospitals of Tabriz university of Medical Sciences. *Nursing & Midwifery Journal* 2006; 1(2): 4-12. [In Persian].
19. Rosenstein AH. Original research: Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs* 2002; 102(6): 26-34.
20. Petri L. Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nurs Forum* 2010; 45(2): 73-82.
21. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (3): CD000072.
22. Iacono M. Conflict, communication, and collaboration: Improving interactions between nurses and physicians. *J Perianesth Nurs* 2003; 18(1): 42-6.
23. Dougherty MB, Larson EL. The nurse-nurse collaboration scale. *J Nurs Adm* 2010; 40(1): 17-25.
24. Moore J, Prentice D. Collaboration among nurse practitioners and registered nurses in outpatient oncology settings in Canada. *J Adv Nurs* 2013; 69(7): 1574-83.
25. Horwath J, Morrison T. Collaboration, integration and change in children's services: Critical issues and key ingredients. *Child Abuse Negl* 2007; 31(1): 55-69.
26. Kahn WA. To be fully there: Psychological presence at work. *Human Relation* 1992; 45(4): 321-49.
27. Bakker AB, Demerouti E, Verbeke W. Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management* 2004; 43(1): 83-104.
28. Salanova M, Llorens S, Cifre E, Martknez IM, Schaufeli WB. Perceived collective efficacy, subjective well-being and task performance among electronic work groups. *Hum Resour Manage* 2003; 34(1): 43-73.
29. George M. Personality, affect, and behavior in groups. *J Appl Psychol* 1990; 7: 107-16.
30. Rafiee F, Haghdoost Oskouie SF, Nikravesh M. Developing theory for nursing care of burn patients [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences; 2005. [In Persian].
31. Wong CS, Hui C, Law KS. A longitudinal study of the job perception-job satisfaction relationship: A test of the three alternative specifications. *J Occup Organ Psychol* 1998; 71(2): 127-46.
32. Sanagou A, Nikravesh M, Dabaghi F. Organizational commitment from nursing & midwifery faculty members' perspectives: Designing a model [PhD Thesis]. Tehran, Iran; Iran University of Medical Sciences; 2005.
33. Jansen L. Collaborative and interdisciplinary health care teams: ready or not? *J Prof Nurs* 2008; 24(4): 218-27.
34. Badger F, Plumridge G, Hewison A, Shaw KL, Thomas K, Clifford C. An evaluation of the impact of the Gold Standards Framework on collaboration in end-of-life care in nursing homes. A qualitative and quantitative evaluation. *Int J Nurs Stud* 2012; 49(5): 586-95.
35. Corser WD. A conceptual model of collaborative nurse-physician interactions: The management of traditional influences and personal tendencies. *Sch Inq Nurs Pract* 1998; 12(4): 325-41.
36. Baggs JG, Schmitt MH. Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Res Nurs Health* 1997; 20(1): 71-80.
37. Henneman EA, Lee JL, Cohen JI. Collaboration: A concept analysis. *J Adv Nurs* 1995; 21(1): 103-9.
38. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res* 2005; 54(2): 74-84.
39. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
40. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

41. Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: A qualitative study. *BMC Nurs* 2004; 3(1): 2.
42. Adib-Hajbaghery M. Factors facilitating and inhibiting evidence-based nursing in Iran. *J Adv Nurs* 2007; 58(6): 566-75.
43. Torabizadeh C, Ebrahimi H, Mohammadi E, Valizadeh S. The process of maintaining dignity in the care of the hospitalized and the development of its promotional model [PhD Thesis]. Tabriz, Iran: Tabriz University of Medical Sciences; 2013.
44. Negarandeh R, Haghdoost Oskouie SF, Ahmadi F, Nikravesh M. Nursing and patient advocacy: Grounded theory [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences; 2005.
45. Adib-Hajbaghery M, Aminoroayaei Yamini E. Nurses perception of professional support. *Feyz* 2010; 14(2): 140-53.
46. Patrick A, Laschinger HK. The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. *J Nurs Manag* 2006; 14(1): 13-22.
47. Zokaie Yazdi S, Mosayyeb Moradi J, Mehran A. Perspective of the nursing staff at hospitals affiliated to the Tehran University of Medical Sciences on the roles and activities of the nurses. *Hayat* 2002; 8(3): 22-32.
48. MacPhee M, Scott J. The role of social support networks for rural hospital nurses: Supporting and sustaining the rural nursing work force. *J Nurs Adm* 2002; 32(5): 264-72.
49. Rezaian A. Organizational behavior management. Tehran, Iran: Samt Publication; 2012, [In Persian].
50. Brown CL. A theory of the process of creating power in relationships. *Nurs Adm Q* 2002; 26(2): 15-33.
51. Liu S, Onwuegbuzie AJ. Chinese teachers work stress and their turnover intention. *Int J Educ Res* 2012; 53: 160-70.
52. Lindeke LL, Block DE. Maintaining professional integrity in the midst of interdisciplinary collaboration. *Nurs Outlook* 1998; 46(5): 213-8.
53. Rogg KL, Schmidt DB, Shull C, Schmitt N. Human resource practices, organizational climate, and customer satisfaction. *J Manage* 2001; 27(4): 431-49.
54. Allen DG, Shore LM, Griffeth RW. The role of perceived organizational support and supportive human resource practices in the turnover process. *J Manage* 2003; 29(1): 99-118.
55. Babakus E, Yavas U, Karatepe OM, Avci T. The effect of management commitment to service quality on employees' affective and performance outcomes. *J Acad Mark Sci* 2003; 31: 272.

Organizational Resources Affecting Nursing Inter-Professional Collaboration: A Qualitative Study

Masoumeh Shohani¹

Original Article

Abstract

Introduction: Organizational resources are the effective valuable resources in achieving organizational goals and predictors of interaction. This study aimed to find out the organizational resources affecting nursing inter-professional collaboration.

Method: This qualitative study was carried out with 23 nurses from hospitals of Tehran, Tabriz, and Ilam cities, Iran. Purposive sampling was applied to select the participants. In-depth and unstructured interviews and field notes were used to collect the data. Interviews were transcribed and simultaneously analyzed using conventional content analysis method.

Results: Three categories of "physical resource", "financial resource", and "human resource" described the characteristics of organizational resources based on participant experiences.

Conclusion: Organizational resources are the effective factors on nurse's inter-professional collaboration which include the supply and allocation of resources in different areas. Solving problems in this field can have positive effects.

Keywords: Iran, Nurses, Organizations, Qualitative research, Resources

Citation: Shohani M. **Organizational Resources Affecting Nursing Inter-Professional Collaboration: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(1): 1-12.

Received date: 20.01.2016

Accept date: 21.06.2016

1- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Allied Medical Sciences, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
Corresponding Author: Masoumeh Shohani, Email: shohani-m@medilam.ac.ir