

تبیین تجارب پرستاران از علل و عوامل مؤثر بر تعارضات شغلی: مطالعه کیفی

میترا پیامی بوساری^۱، دکتر حسین ابراهیمی^۲، دکتر فضل ا... احمدی^۳، دکتر حیدرعلی عابدی^۴

نویسنده مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری Mitra_payami@yahoo.com

دریافت: ۸۷/۹/۱۱ پذیرش: ۸۷/۱۲/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: وقوع تعارض در مشاغل خدمات درمانی از جمله پرستاری که مستلزم تعاملات گسترده با افراد مختلف است امری طبیعی و اجتناب ناپذیر تلقی می‌شود. با توجه به تأثیرات منفی تعارضات مخرب بر عملکرد شغلی پرستاران و تیم درمانی و روشن نبودن علل، انواع و ابعاد پدیده تعارضات شغلی پرستاران، انجام مطالعه‌ای در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. هدف از این مطالعه تبیین تجارب پرستاران از علل و عوامل ایجادکننده پدیده تعارضات شغلی می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد گراندد تئوری انجام شده است. جهت گردآوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق و برای تحلیل داده‌ها از روش مقایسه‌ی مداوم اشتراوس و کوربین طی سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی استفاده شد.

یافته‌ها: روند کدگذاری باز منجر به ظهور طبقاتی در ارتباط با شرایط علی و انواع تعارضات شغلی در پرستاری گردید. قرار گرفتن در شرایط تحمیلی، مواجهه با مخالفت، اختلاف نظر و رفتارهای مخرب معرف و ویژگی‌های وقایع تعارض برانگیز هستند و تعارضات وظیفه، فرآیند، روابطی و حاشیه‌ای طبقات اصلی تعارض را در محیط‌های بالینی تشکیل می‌دهند. نگرانی اصلی شرکت‌کنندگان تعارض شناسایی شد که چگونگی شکل‌گیری و توسعه‌ی انواع تعارض در بافت پرستاری را تبیین می‌نماید.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان دادند که تعارض یک پدیده‌ی پویا و برگرفته شده از تعارض منافع است. یافته‌ی قابل توجه این بود که تعارضات در محیط بالینی غالباً بر جنبه‌های غیروظیفه‌ای و حاشیه‌ای پرستاری متمرکز هستند. این تعارضات بخشی از روند شبیه‌سازی را در پرستاری تشکیل می‌دهند.

واژگان کلیدی: مطالعه‌ی کیفی، رویکرد گراندد تئوری، تعارضات شغلی، پرستار، محیط‌های بالینی

مقدمه

شرایطی تعارض برای همه‌ی کسانی که درگیر امور مشارکتی هستند از جمله پرستاران، به سهولت و به‌ویژه در شرایط پراسترس ایجاد شده و توسعه می‌یابد (۲). تحقیقات انجام

در سیستم‌های مراقبت بهداشتی، ارزیابی خدمات مراقبتی و درمانی مستلزم همکاری و تشریح مساعی گروه‌ها و رده‌های مختلف شغلی در کنار یکدیگر است (۱). در چنین

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳- دکترای پرستاری، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

۴- دکترای پرستاری، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان اصفهان

اهداف، عقاید، ارزش‌ها و انتظارات تشکیل می‌دهد (۹ و ۳، ۱). تعارض می‌تواند اثرات بسیار سازنده و یا مخرب روی عملکرد گروهی بر جای گذارد (۹). زمانی که از تعارض برای دستیابی به امیال شخصی مانند تخلیه‌ی عصبانیت و یا سرکوب نمودن طرف مقابل استفاده شود تبدیل به نیروی مخرب می‌شود (۹). تحقیقات نشان داده‌اند تعارض دایمی در محیط کار ضمن ایجاد اثرات منفی بر سلامت جسمی و روانی افراد موجب تخریب جوکاری، افزایش میزان ترک خدمت و غیبت، کاهش همکاری و مشارکت در کارها و کاهش اثربخشی می‌شود (۱۲-۱۰). مروری بر متون نشان می‌دهد در غالب تحقیقات انجام شده در زمینه‌ی تعارض، بدون این‌که ابتدا عوامل، علل و اثرات تعارض مشخص شود، نحوه‌ی اداره‌ی تعارض و راهکارهای به‌کار برده شده جهت حل آن بررسی شده است (۱۳ و ۵). با توجه به پویایی تعارض و تحولات اخیر در سیستم‌های درمانی تعارضات شغلی پرستاران در سال‌های اخیر مجدداً مورد توجه قرار گرفته است (۵ و ۳). در تحقیقات اخیر بعضی از مهم‌ترین منابع تعارض در واحدهای پرستاری سبک مدیریتی و دیدگاه‌های کارکنان ناهمگون، کمبود منابع انسانی، تفاوت در اهداف گروه‌های کاری و رقابت ذکر شده است (۱۴). در متون مدیریت پرستاری، رقابت بر سر منابع نایاب، قضاوت‌های دوپهلوی، نیاز به توافق، موانع ارتباطی (۱۵) و رابطه‌ی شغلی پرستار-پزشک (۱۶) به عنوان علل بروز تعارض معرفی شده‌اند. آلموست برای بررسی مفهوم تعارض در محیط کار پرستاران از رویکرد تحلیل محتوایی استفاده کرد. وی با استفاده از بانک‌های داده، با استفاده از کلیدواژه‌های تعارض و محیط کار، مقالات موجود در طول ۲۵ سال گذشته را به منظور تعیین تم‌های اصلی، حیطه‌های مورد توافق و عدم توافق، تغییرات مفهوم در طول زمان و مدهای ظهور یافته بررسی نمود. یافته‌های تحقیق مذکور نشان داد تعارض یک سازه‌ی چندبعدی با اثرات مخرب و سازنده است. آلموست با ارایه‌ی یک مدل نظری

شده نشان داده‌اند تعارض در میان پرستاران یک موضوع به‌عنوان یک موضوع مهم در واحدهای مراقبت بهداشتی در سراسر دنیا است (۴ و ۳). تعارضات بین‌فردی پرستاران در محیط کاری می‌تواند بین دو پرستار، بین پرستار و پزشک، پرستار و مقررات موسسه، پرستار و دیگر اعضای کادر درمانی رخ دهد (۱).

با وجود کاربرد گسترده مفهوم تعارض در رشته‌های مختلف علوم انسانی تاکنون از تعارض تعریف جامعی که صاحب‌نظران (۵). با این وصف روانشناسان، جامعه‌شناسان و نظریه‌پردازان علوم رفتاری و مدیریت، هر یک از جنبه‌های خاص تعاریف متعددی از تعارض ارایه کرده‌اند. از دیدگاه روانشناسی، تعارض حالتی است که به هنگام عدم توانایی در تصمیم‌گیری به فرد دست می‌دهد به‌طوری‌که فرد قادر نیست بین دو موقعیت یکی را انتخاب کند (۶). نظریه‌پردازان علوم رفتاری و مدیریت با توجه به تأکیدی که بر فرآیند تصمیم‌گیری و حل مشکل به عنوان وجه برجسته فعالیت‌های سازمانی دارند، تعارض را به عنوان شکست و ناکامی در سازوکارهای استاندارد تصمیم‌گیری دانسته‌اند به طوری که به واسطه‌ی آن فرد یا گروه به هنگام انتخاب یک راه حل عملی جهت اقدام دچار مشکل می‌شود (۷). پوتنام و پول (۱۹۸۷) در تعریفی که از تعارض ارایه کرده‌اند چند مولفه‌ی اساسی را در این مفهوم مشخص نموده‌اند. آن‌ها تعارض را تعامل افراد وابسته به هم می‌دانند که درک متفاوتی از اهداف، مقاصد، و ارزش‌ها دارند و هر کدام طرف دیگر را مخالف این اهداف می‌دانند (۸). همان‌طور که ملاحظه می‌شود، چند موضوع زیربنای تعاریف ارایه شده را تشکیل می‌دهد. نخست آن‌که تعارض یک موضوع ادراکی است. یعنی در حالی‌که درک تعارض از سوی طرفین درگیر منوط به قرارگرفتن در یک موقعیت تعارض است، باید توجه داشت که یک موقعیت معین ممکن است برای یک فرد کاملاً مناسب و برای فرد دیگر ناکام‌کننده و تعارض‌برانگیز باشد. دوم آن‌که اساس تعارض را تضاد منافع،

برای پرستاران به چه معنی است و پرستاران با چه موضوعاتی درگیرند.

روش بررسی

در این مطالعه برای هدایت، تحلیل و آرایه‌ی نظریه از روش کیفی با رویکرد گراند تئوری معرفی شده توسط اشتراوس و کوربین استفاده شده است. گراند تئوری، نظریه‌ای است که ریشه در واقعیت دارد و توضیحاتی برای حوادث به صورتی که رخ می‌دهند، ارائه می‌دهد. گراند تئوری از سنت تعامل نمادین روانشناسی اجتماعی و جامعه‌شناسی ریشه گرفته است. مطالعات کیفی زمانی ضرورت پیدا می‌کند که اطلاعات اندکی در مورد پدیده‌ی مورد مطالعه در بافت مورد نظر موجود باشد (۲۲) با توجه به ماهیت تعاملی پدیده‌ی تعارض و ناشناخته بودن این پدیده در پرستاری رویکرد گراند تئوری، به عنوان روش مناسب برای بررسی علل و عوامل بروز تعارضات شغلی پرستاران برگزیده شد. در این روش برای تحلیل داده‌ها از سه نوع کدگذاری باز، محوری و انتخابی استفاده می‌شود (۲۲). در مطالعه‌ی کنونی برای تحلیل داده‌ها از هر سه نوع کدگذاری استفاده شد. جهت کدگذاری باز بعد از بازنویسی هر مصاحبه، متن مصاحبه یک الی دو بار مرور شد. در این مرحله محقق درصدد بود دریابد شرکت‌کننده در کل چه چیزی را بیان داشته است و وجه تفاوت و یا شباهت این مصاحبه با مصاحبه قبلی چه بوده است. در مرحله‌ی بعد برای اطمینان از محک کامل داده‌ها با استفاده از روش حداکثر کدگذاری، متن هر مصاحبه خط به خط بررسی و به هریک از حوادث، ایده‌ها و موقعیت‌ها نامی که نشانه‌ی آن پدیده بود و یا جای آن می‌نشست، داده شد. برای نام‌گذاری کدها، ترجیحا از عین کلمات شرکت‌کننده‌ها (*In vivo codes*) استفاده شد. پس از استخراج کدهای اولیه محقق ضمن مقایسه هر کد با کد قبلی، کدهای مشابه را با یکدیگر ادغام و

مقدمات لازم برای بروز تعارض و پیامدهای آن را بر اساس نتایج تحقیقات انجام شده طی بیست سال گذشته نشان داد. بر اساس این مدل مقدمات ایجاد تعارض شامل ویژگی‌های فردی، عوامل درون‌فردی و سازمانی و پیامدهای تعارض شامل اثرات فردی، سازمانی و روابط بین‌فردی است. نتیجه‌گیری مؤلف در نهایت شامل پیشگیری مؤثر از تعارض با درک کامل منابع و نتایج تعارض در محیط‌های کاری پرستاران عنوان شده است (۳).

با توجه به اهمیت تعارضات شغلی در حرف بالینی، تحقیقات اندکی در این زمینه در داخل کشور انجام شده است. اغلب تحقیقات انجام شده در داخل، در سایر رشته‌ها است و با تأکید بر مدیریت تعارض انجام شده‌اند (۱۷ و ۱۸). تحقیقات انجام شده در ایران محدود به یک طرح تحقیقاتی تمام شده (۱۹) و دو پایان‌نامه‌ی کارشناسی‌ارشد (۲۰ و ۲۱) است. در تحقیق نخست سبک‌های مصالحه و مشکل‌گشایی به‌عنوان روش‌های متداول در حل تضاد توسط سرپرستاران معرفی شده است (۱۹). در تحقیق دیگر نتایج گزارش شده حاکی از عدم احساس تضاد بین‌فردی و بین‌گروهی در پرستاران مورد بررسی است (۲۱). تحقیق موخرتر نیز مربوط به بررسی روش‌های مدیریت تعارض است (۲۰). قابل ذکر است هر سه تحقیق با روش کمی به بررسی پدیده‌ی تعارض پرداخته‌اند. برای حل تعارضات شغلی در پرستاری لازم است این پدیده به‌طور عمیق درک و شناخته شود (۹). لذا این تحقیق با هدف تبیین ماهیت تعارضات شغلی بر اساس تجارب پرستاران به روش کیفی انجام شده است. قابل ذکر است نتایج آرایه شده در این مقاله بخشی از یافته‌های یک مطالعه‌ی بزرگ‌تر تحت عنوان فرآیند حل تعارضات شغلی پرستاران با رویکرد گراند تئوری است. یافته‌های این بخش از مطالعه ضمن مشخص نمودن ماهیت تعارضات شغلی پرستاران، معلوم ساخت تعارض

دو سوال: "چه اتفاقی در حال رخ دادن است؟" و "نگرانی اصلی شرکت‌کنندگان چیست؟". منجر به مشخص شدن متغیر مرکزی (Core Variable) و متغیرهای زیرگروه (Subcore Variable) آن می‌شود (۲۲). یافته‌های این بخش در قالب مدل نظری ارائه شده است.

جمع‌آوری داده: جهت جمع‌آوری داده از روش مصاحبه‌ی بدون ساختار استفاده شد. مصاحبه با یک سوال باز شروع می‌شد: "لطفاً وقایعی که امروز در طول این نوبت کاری پیش آمده‌اند بازگو کنید". سوالات بعدی بر اساس روند مصاحبه از مشارکت‌کننده مطرح شدند. حین انجام مصاحبه، محقق با سوالات راهنما صحت برداشت خود را از گفته‌های شرکت‌کنندگان چک می‌کرد. نمونه‌ای از سوالات مطرح شده در طول مصاحبه در جدول شماره ۱ آورده شده است. کلیه‌ی مصاحبه‌ها بعد از اخذ اجازه از مشارکت‌کننده ضبط و پس از پایان هر مصاحبه به‌طور کامل بازنویسی و تحلیل شدند. نفر بعدی جهت انجام مصاحبه بر اساس اطلاعات به دست آمده از مصاحبه‌ی قبلی انتخاب شد. مدت زمان مصاحبه‌ها به‌طور متوسط بین ۴۰ تا ۱۲۰ دقیقه بود. زمانی که اشباع حاصل شد، جمع‌آوری داده‌ها پایان گرفت.

مشارکت‌کنندگان: در این مطالعه از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شده است. مشارکت‌کنندگان از بین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بر اساس دو ملاک اصلی دارا بودن مدرک کارشناسی یا بالاتر و تمایل به شرکت در مطالعه و توانایی بیان تجربیات کاری خود انتخاب شدند. این افراد کسانی بودند که قادر به انعکاس روشن تجربیات خود بودند و منبع مناسب داده‌ها محسوب می‌شدند. اولین مشارکت‌کننده توسط یکی از پرستارانی که برای مؤلف شناخته شده بود معرفی شد. نفرات بعدی بر اساس نتایج به‌دست آمده از مصاحبه قبلی و در جهت تکمیل کدهای استخراجی انتخاب شدند. این مطالعه در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرهای استان

آن‌ها را در یک گروه قرارداد و برای هر طبقه نامی که معرف کدهای قرارگرفته شده در آن طبقه بود انتخاب نمود. این روند در مصاحبه‌های بعدی نیز تکرار شد و کدهای ظاهرشده در هر مصاحبه با کدهای همان مصاحبه و مصاحبه قبلی مقایسه و در صورت تشابه در طبقات از قبل شکل گرفته و در صورت عدم تشابه در طبقه‌ی جدید قرار داده شد. با شناسایی اولین طبقات در طی تحلیل چند مصاحبه اول، محقق، کدگذاری محوری را به شکل هم‌زمان با کدگذاری باز انجام داد. در کدگذاری محوری، محقق در صدد یافتن رابطه‌ی موجود میان طبقات و ربط دادن طبقات فرعی با طبقات اصلی و کشف ویژگی‌های هر طبقه بود. در طول فرآیند تحلیل، سوالات اختصاصی‌تر (سوالات ایجادکننده‌ی حساسیت، سوالات نظری با ماهیت علمی و ساختاری و سوالات راهنما) بر اساس ظهور کدها در خصوص تجربه‌ی تعارض مطرح شد. نمونه‌ای از انواع سوالات مطرح شده در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱: نمونه‌ی سوالات مطرح شده جهت هدایت مطالعه

سوالات ایجاد حساسیت	"چه چیزی در اینجا اتفاق می‌افتد؟"
سوالات نظری	"رابطه‌ی این مفهوم با مفهوم دیگر چیست؟"
سوالات با ماهیت علمی و ساختار	"کدام مفهوم‌ها خوب توسعه یافته‌اند و کدام مفهوم‌ها خوب توسعه نیافته‌اند؟"
سوالات راهنما	"بیشتر راجع به این تجربه صحبت کنید، "دقیقا بعد از این واقعه چه احساسی داشتید؟" تا به حال با کسی درگیر شده‌اید که از نظر سمت از شما بالاتر بوده باشد؟" و یا "این اختلاف نظر از چه زمانی شروع شد؟"."

محقق در کدگذاری انتخابی به منظور یکپارچه‌سازی و خالص کردن تحلیل‌های خود، از روش نوشتن داستان اصلی و ترسیم نمودارها جهت رسیدن به طبقه‌ی مرکزی استفاده کرد. پاسخ

تهران، زنجان، آذربایجان شرقی، خراسان، کرمانشاه و اصفهان در طول دوره‌ی زمانی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۷ انجام شده است.

تعیین اعتبار داده‌ها: در این مطالعه جهت افزایش اعتبار داده‌ها از درگیری طولانی مدت و مشاهده، تلفیق منبع داده، بازنگری ناظر و جستجوی مدارک ردکننده استفاده شده است. برای اطمینان از قابل قبول بودن داده‌ها ۱۰ ماه وقت صرف جمع‌آوری داده‌ها شد. وابستگی (Dependency) گویای ثبات و پایایی داده‌هاست. به این منظور از بازنگری خارجی (Member check) به شکل استفاده از نظرات تکمیلی همکاران و مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان استفاده شده است. با ارائه گزارشات و دست‌نوشته‌ها و یادداشت‌ها به دو نفر از استادان پرستاری و اخذ نتیجه‌ی واحد، تأییدپذیری (Confirmability) یافته‌ها مشخص شد. قابلیت انتقال (Transferability) تحقیق نیز با فراهم‌سازی توصیف غنی از داده‌ها تأمین شده است.

ملاحظات اخلاقی: برای محافظت از حقوق شرکت‌کننده‌ها، محقق بعد از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده‌ی محل تحصیل و ارایه‌ی آن به دانشگاه محل مطالعه خود را به مسئولین مراکز آموزش و درمانی مورد مطالعه معرفی نمود و از آن‌ها برای معرفی شرکت‌کنندگانی که واجد ملاک‌های تحقیق و یا نمونه‌گیری نظری بودند، کمک گرفت. محقق با معرفی خود به شرکت‌کنندگان و توضیح اهداف پژوهش، در صورت اعلام تمایل به شرکت در مطالعه از سوی فرد، جهت کسب رضایت‌نامه‌ی کتبی، برگه‌ی رضایت آگاهانه که حاوی اطلاعات ضروری در مورد تحقیق، حقوق شرکت‌کننده و ضبط مصاحبه‌ها بود را در اختیار شرکت‌کننده قرارداد. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که محتوای کتبی و نوار ضبط شده مصاحبه در محل امنی نگهداری شده و در پایان تحقیق از بین برده می‌شود. محرمانه بودن اطلاعات با مشخص نمودن هویت شرکت‌کننده‌ها، نام بخش و بیمارستان

و استفاده از شماره به جای اسم در گزارش نتایج حفظ گردید. همچنین به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد در هر زمان که بخواهند می‌توانند از مطالعه کناره‌گیری نمایند و در صورت تقاضا کلیه‌ی نوارهای ضبط شده و متن مصاحبه بازنویسی شده به آنان عودت داده می‌شود.

یافته‌ها

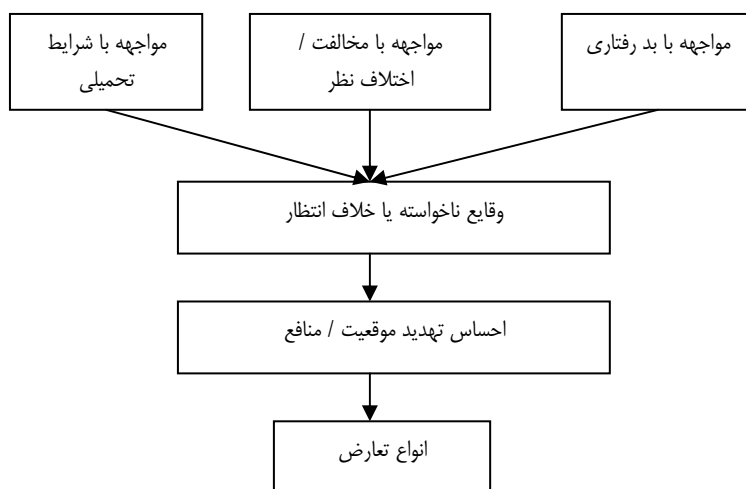
در مجموع ۱۸ پرستار، شامل ۱۴ پرستار زن و ۴ پرستار مرد نمونه‌ی پژوهش را تشکیل دادند. همه‌ی این پرستاران دارای مدرک کارشناسی بودند. ۱۱ نفر از شرکت‌کنندگان پرستار بالینی، ۲ نفر سرپرستار، ۲ نفر سوپروایزر و ۲ نفر مربی بالینی و ۱ نفر مترون با سابقه کار ۲۹ تا ۱ سال، میانگین ۱۰/۵ سال بودند. از ۱۸ مصاحبه ۳۱۰ کد در ارتباط با وقایع تعارض‌برانگیز و ماهیت تعارضات شغلی استخراج شد که بعد از مرتب شدن در قالب ۵ طبقه دسته‌بندی شدند. روابط متقابل طبقات و روند شکل‌گیری تعارضات بین‌فردی ظهور یافته در قالب مدل ارائه شده در شکل شماره‌ی ۱ ترسیم شده است.

قرارگرفتن در شرایط تحمیلی یا نامطلوب، مواجهه با مخالفت یا اختلاف‌نظر و بدرفتاری منجر به استخراج مفهوم وقایع ناخواسته و یا خلاف انتظار شد که معرف وقایع تعارض‌برانگیزی بودند که ظهور انواع تعارضات شغلی پرستاران (تعارض وظیفه، فرآیند، روابطی و حاشیه‌ای) در محیط‌های بالینی را موجب شده بودند. احساس تهدید منافع یا موقعیت نگرانی اصلی شرکت‌کنندگان تشخیص داده شد که چگونگی شکل‌گیری و توسعه‌ی انواع تعارض را در بافت پرستاری بر اساس تعارض منافع توصیف می‌کرد.

وقایع ناخواسته یا خلاف انتظار: بر اساس مدل ارائه شده اولین مرحله از فرآیند تعارض مرحله‌ی تماس با واقعه‌ی تعارض‌برانگیز است. ویژگی‌های این مرحله شامل وقوع قبل از تعارض و همراه بودن با یک اتفاق شروع‌کننده است. وقایع

که شامل شرایط تحمیلی، اختلاف نظر و رفتارهای مخرب بودند قرار گرفتند.

شروع‌کننده‌ی تعارض ماهیتاً وقایع تهدید کننده‌ی منافع یا موقعیت و نیز وقایعی خلاف انتظار یا ناخواسته بودند. طی روند مقایسه‌ی مداوم و تقلیل، این وقایع در ۳ طبقه‌ی اصلی



شکل ۱: مدل روند شکل‌گیری انواع تعارضات شغلی پرستاران

کارکنان با یکدیگر، مسئولین بخش و مدیران پرستاری همراه بود. این موضوع با به هدر دادن وقت و انرژی پرستاران عملاً موجب افت کیفیت مراقبتی نیز شده بود. یکی از شرکت‌کنندگان (۱۱) در تجارب خود اظهار داشت: "امروز صبح هم یکی از پرستاران شب‌کار که باید ساعت ۶ سرکار دیگه‌اش حاضر می‌شد، گذاشته بود رفته بود بنابراین اتاقی که تحویل گرفتم از همکاری تحویل گرفتم. ایشون نبود که تحویل بده... حالا یک آنژیو زده نشده بود. بیمار انسولین داشته، ناشتا بوده، تزریق نشده بود... ناچار شدم تلفن محل کار این آقا رو پیدا کنم بهش زنگ زدم که آیا انسولین بیمار رو بهش زدید یا نه؟ مریض داره می‌گه به هم نزدند بعد شما تو پرونده تیک زدی که انسولین را زدی..." (ش ۱، ص ۹۳). این تجربه منجر به استخراج کدهای "بروز ابهام وظیفه‌ای"، "وقایع همراه با اتلاف وقت پرستاران" و "مشکلات برخاسته

شرایط تحمیلی یا جبری: این طبقه به وقایعی اشاره دارد که موجب مواجهه‌ی پرستاران با شرایط تحمیلی و نامطلوب می‌گردد. کدهای شیفت‌های کاری اجباری، بی‌انضباطی در ورود و خروج، انجام نشدن وظایف به طور صحیح یا کامل، عدم اطلاع‌رسانی، عدم هماهنگی بین‌گروهی و تغییرات اجباری منعکس‌کننده‌ی وقایعی بودند که شرایط تحمیلی را فراهم می‌ساختند. بیاناتی چون "اینجا بیشتر بچه‌ها سر تعویض شیفت با هم مشکل پیدا می‌کنند"، "یکی از همکارانم بود که بخش را خیلی شلوغ و به هم ریخته تحویل می‌داد..." و "یا به او می‌گویم چرا دیر آمدی.." منجر به استخراج کد بی‌انضباطی شد. با توجه به ماهیت کار پرستاری مبنی بر وابستگی درون‌گروهی، حضور با تأخیر در بخش و یا خروج از بخش قبل از اتمام شیفت در عمل موجب قرار گرفتن همکاران در شرایط تحمیلی می‌شد که با تعارضات تکراری

از اشتغال دوگانه‌ی پرستاران" شد. در تجارب اکثر شرکت‌کنندگان اشتغال دوگانه‌ی گروهی از پرستاران می‌توانست عامل بروز تعارض باشد. بی‌نظمی و هرج و مرج در سیستم درمانی، تعارضات بین فردی و افت کیفیت مراقبتی از پیامدهای مهم این سبک کاری محسوب می‌شوند. اشتغال دوگانه از معضلات سیستم درمانی است که حل آن منوط به افزایش حقوق پرستاران بر اساس نرخ تورم و از سویی اخذ مجوز استخدام به منظور تکمیل کمبود کادر پرستاری است که با توجه به محدودیت‌های سیستم درمانی لاینحل باقی مانده و یکی از چالش‌های پرستاری را تشکیل می‌دهد. به این ترتیب تعارضات شغلی پرستاران عملاً با ظهور کدهایی چون مشکلات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی در سطوح فردی، سازمانی، کشوری همراه شد.

از تجارب یکی دیگر از شرکت‌کنندگان کدهای "آگاهی از حقوق تضييع شده" و "عدم اطلاع‌رسانی کافی" و "سوء تفاهم" ظاهر شد: "مشکل اینه که هر کی به فکر خودشه. بودجه‌ی تحقیق می‌گیره اما بودجه را بین همکاری که دارند باهاش همکاری می‌کنند تقسیم نمی‌کنه. خب تا اونجایی که نمی‌دونم می‌گم نمی‌دونم، ولی وقتی فهمیدم باعث می‌شه همکاری‌ام باهاش کمتر بشه." بر اساس این تجربه برخی از تعارضات شغلی به علت عدم اطلاع‌رسانی کافی واقع می‌شوند. همان طور که در تجربه‌ی فوق مشهود است آگاهی ناقص از حقوق فردی بروز شبهاتی را سبب می‌شود که خود موجب دور شدن پرستاران و محققین پرستاری از یکدیگر می‌شود. به این ترتیب یکی از موانع عمده‌ی مراحل اجرایی تحقیقات پرستاری و پزشکی شناسایی شد. این تجربه همچنین با ظهور کدی به نام "تعارضات ناپیدا" یا "تعارضات مسکوت" همراه بود.

گروهی دیگر از تعارضاتی که شرکت‌کنندگان در تجارب بالینی خود به آن اشاره داشتند به واسطه‌ی ماهیت مشاغل درمانی به دلیل وابستگی بین حرفه‌ای ایجاد شده بودند: "...مثلاً یک موردی مثل این مریض، جواب آزمایشاتش باید هر

ساعت بیاد تا بشه اقدامات بعدی را بر اساس جواب آزمایش انجام داد. خیلی موقع‌ها می‌شه که آزمایشگاه همکاری لازم را نداره. جواب آزمایش را دیر می‌فرسته اما همان پزشک می‌آد از پرستار می‌خواد. پرستار هم مجبوره پیگیری کنه. یا مثلاً دیروز سر سونوگرافی همین بحث را داشتیم. رادیولوژیست قبول نکرد گفت من به اندازه کافی از صبح سونوگرافی انجام دادم، تنها نمی‌رسونم. مجبور شدیم در نهایت مریض را با آمبولانس بفرستیم بیرون" (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۴) از این تجربه کدهای "تعارضات بین گروهی"، "تعارض وظیفه"، "عدم هماهنگی بین گروهی"، "تأخیر در امر درمان"، "مسئولیت جوابگویی"، "امتناع از همکاری" استخراج شد. در این تجربه مواجهه واحد سونوگرافی با کمبود نیروی انسانی، به عنوان یک مشکل زمینه‌ای، با ایجاد شرایط تحمیلی، موجب بروز تعارض وظیفه میان رادیولوژیست و پرستار و ایجاد وقفه در امور درمانی شده بود.

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳ به نوع دیگری از ناهماهنگی میان اعضای تیم درمانی اشاره داشت که موجب توسعه‌ی شرایط تحمیلی و تسهیل بروز تعارض در بین پرستاران شده بود. بر اساس این تجربه کد "ناهماهنگی تغییر نوبت کاری پزشکان و پرستاران" استخراج شد: "... ساعت ویزیت رزیدنت‌ها با ساعت کار ما نمی‌خونه. ساعت ۱۲/۳۰ ظهر رزیدنت‌ها کشیک‌شان عوض می‌شود و ساعت ۱/۳۰ دقیقه زمان اتمام شیفت پرستاران صبحکار است. ما ساعت ۱۲/۳۰ کارهامون را جمع و جور کردیم آماده تحویلیم از اونور رزیدنت‌های ما که تازه ساعت ۱۲/۳۰ کارشون شروع شده دارند پرونده می‌نویسند، دستورات رو عوض می‌کنند حالا ما می‌مونیم اگه دستورات را اجرا کنیم باید تا ساعت ۲/۳۰ اینجا باشیم. نکنیم، رومون نمی‌شه به بچه‌های عصر بگیریم این‌ها دستورات اجرا نشده است. این مسأله دایماً باعث درگیری بین پرستاران دو شیفت مختلف می‌شود... بارها اعتراض کردیم ولی نه پزشکان حاضر به تغییر ساعت کاری‌شون هستند نه مدیریت کاری از

نادر بودن تعارضات وظیفه و فرآیند میان پرستاران است. به عبارت دیگر تجارب پرستاران نشان می‌دهد بخش عمده‌ی تعارضات شغلی این گروه از کارکنان مربوط به تعارضات حاشیه‌ای حرفه است. در این رابطه به اظهارات سه شرکت‌کننده مختلف به ترتیب با ۲۸، ۱۸ و ۱/۵ سال سابقه‌ی کار از سه بیمارستان در شهرهای مختلف اشاره می‌شود: "اینجا کسی به کار اهمیت نمی‌ده روابط مهمه" (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۰ از کرمانشاه). "اینجا سر این‌که کار چه جوری باید انجام بشه درگیری پیش نمی‌آد چون هیچکی رو کار نظارت نداره" (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۸ از تهران). "کاش فقط درگیری سر نحوه‌ی انجام کار بود. اصلا این چیزها توی بخش مطرح نیست. اینجا هر کی تونست کلاه خودش رو برداره بدوه رفت، وگرنه موند" (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۵ از زنجان). در تجارب فوق شرکت‌کنندگان علی‌رغم متفق‌القول بودن در خصوص نادر بودن تعارضات وظیفه و فرآیند، دلایل متفاوتی را برای این موضوع ارائه کرده‌اند. از تجارب فوق کدهای "نبود ملاک صحیح ارزشیابی" و "نظارت بر کار پرستاران"، "بی‌انگیزگی"، "بی‌توجهی نسبت به وظایف" و "شکل‌گیری رفتارهای خود محورانه" استخراج شد که معرف ویژگی طبقه‌ای به نام ضعف مدیریتی بودند. همچنین کد توسعه‌ی جو رقابت منفی، ویژگی دیگری از ضعف مدیریتی شناسایی شد که موجب شده بود پرستاران به جای تمرکز بر حل مشکلات بین‌گروهی به کشمکش با یکدیگر بپردازند. شرکت‌کننده‌ی دیگری با ۲۸ سال سابقه‌ی کار بیان کرده بود: "اینجا کار ملاک نیست. اینجا به رابطه‌بازی زیاد اهمیت می‌دهند. یک پرستار همیشه دلهره داره که حقش خورده بشه بنابراین اولین کاری که می‌کنه اینه که سعی می‌کنه توجه مسئولین رو به خودش جلب کنه" (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۹ از تهران). تجارب شرکت‌کنندگان همچنین نشان داد رد درخواست و اختلاف نظر غالباً با تعارض آشکار یا نهانی همراه می‌شوند.

دستش برآمده." در تجربه‌ی فوق ناهماهنگی، بازتاب یک ضعف مدیریتی و منبع ایجاد تعارض بود. هم‌چنین این بیانات منعکس‌کننده‌ی بافت کاری پرستاران در یک نظام پزشکی سالار است. بی‌توجهی پزشکان به مشکلاتی که به‌واسطه‌ی سبک کاری آنان بر سیستم پرستاری تحمیل می‌شود، باعث افزایش بارکاری پرستاران و تشدید تعارضات پرستاران با یکدیگر شده است. شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۴ نیز بیان داشته بود: "برای پزشکامون اکثراً اصلاً مهم نیست چه رفتاری می‌کنند."

ایجاد تغییر اعم از تغییر در برنامه‌ی کاری، تعداد کارکنان هر شیفت، جابجایی نیروها، لباس پرستاران و ... کدهایی بودند که به واسطه‌ی تحمیل شرایط تعارضات گروهی و انفرادی را در پی داشتند. یکی از شرکت‌کنندگان در این رابطه اظهار داشت: "دیروز اتفاقاً روز پرجنالی بود. برنامه‌مون این ماه کمی به هم ریخته شده. چون با تغییرات جدید یک‌سری کمبود نیرو داریم. یکی از کارکنان اتاق عملمون رفته CSR، یکی از بهیارهای ما رو دادند اتاق عمل، کارکنان تریاژ رو دادند بخش ما که فقط روز کاری بیانند. یعنی ما از نظر شب‌کاری مشکل داریم. ... الان برای این ماه مجبور شدم به هر کدام از بچه‌ها یک شب کاری اضافه بدهم تا موقتاً مشکل بخش حل بشود و برنامه‌مون جور بشه. خب همه‌گارد گرفتند. به‌خصوص متأهلین...". در تجارب شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶ نیز تغییر لباس پرستاران مرد توسط رئیس بیمارستان با اعتراض گروهی همراه شده بود که نشان‌دهنده‌ی شرایط تحمیلی است.

مواجهه با مخالفت و اختلاف نظر: بر اساس تجارب پرستاران، مواجهه با مخالفت و اختلاف نظر در خصوص وظیفه، فرآیند کار و مسایل حاشیه‌ای حرفه، بخش دیگر از وقایعی بودند که بروز انواع تعارض را تسهیل می‌کردند. مقایسه‌ی مداوم تجارب منجر به ظهور احساس تضاد منافع به عنوان وجه مشترک این وقایع شد. نکته‌ی حائز اهمیت بر اساس یافته‌ها،

احساس منصفانه نبودن و تهدید موقعیت، ویژگی‌های اصلی این گروه از وقایع را تشکیل می‌دادند. "عدم درک شرایط پرستاران از سوی مسئولین" و "مشکلات معیشتی پرستاران" کدهایی بودند که طی مشاهده‌ی توری و از یادداشت‌های میدانی، از جریان تعارض یکی از پرستاران با سرپرستار بخش استخراج شد. موضوع تعارض، مخالفت سرپرستار با درخواست ۳ روز مرخصی پرستار جهت یافتن مسکن بود. متعاقب این مشاهده با پرستار مصاحبه انجام شد. وی اظهار داشت: "... می‌بینید که من از اول ماه بهش گفتم این ماه باید خونه رو تخلیه کنم هنوز جا پیدا نکردم و سه روز مرخصی می‌خوام دنبال جا بگردم، می‌گه نمی‌شه..." (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۶). اگرچه مخالفت سرپرستار با درخواست این پرستار به لحاظ کمبود کارکنان و نداشتن نیروی اضافی بود لیکن عدم درک شرایط پرستار و نادیده گرفتن مشکلات معیشتی پرستاران که از فشارهای اقتصادی ناشی می‌شود، عملاً موجب توسعه‌ی احساس بی‌عدالتی و نارضایتی پرستاران شده است. در تجربه‌ی شرکت‌کننده دیگر به نمودی دیگر از تعارض بین فردی متعاقب رد درخواست اشاره شده بود: "با این‌که می‌دونست هوا تاریک شده و سرویس داره می‌ره حاضر نشد بخش رو ازم تحویل بگیره با این‌که من قبلاً بارها این کارو برارش کرده بودم..." (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۵) از این تجربه کدهای "انتظار همکاری" و "نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در بروز تعارضات بین فردی" استخراج شد. عدم احساس امنیت کافی هنگام شب و محدودیت‌های فرهنگی چون قابل قبول نبودن رفت و آمد زنان به تنهایی هنگام تاریکی هوا بیانگر تأثیرات عوامل فرهنگی و اجتماعی بر شکل‌گیری تعارضات حاشیه‌ای میان پرستاران بود.

انجام مصاحبه‌های بعدی با استخراج کدهایی همراه بود که منجر به ظهور کدی به نام "انتظارات و توقعات" شد. انتظارات متباین با اصول حرفه‌ای، اخلاقی یا عرفی از سوی بیماران، همکاران، اعضای تیم درمان زیر گروه‌های این

طبقه را تشکیل می‌دادند. نمونه‌ای از کدهای استخراج شده از تجارب پرستاران در رابطه با انتظارات و توقعات در ذیل آورده شده است: "درخواست همراه از پرستار برای اولویت دادن به نیاز بیمار وی"، "درخواست بیماران برای دریافت مسکن اضافی"، "انتظار خطاپوشانی از سوی برخی از همکاران" و "انتظار اطاعت از سوی مافوق". برای مثال شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۷ در این باره اظهار داشت: "من داشتم رگ می‌گرفتم ... بعد یکی از همکارا همراه رو فرستاده بود بالا سرمن می‌گفتن اینو ول کن بیا بالای سرمریض من، کار مریض من مهم‌تره، در نتیجه بین منو همراه درگیری پیش اومد. در حالی‌که دست همکار من خالی بود می‌تونست بره کار مریض رو انجام بده" (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۷). از تجربه فوق کد "درخواست همراه از پرستار برای اولویت دادن به نیاز بیمار وی" استخراج شد. همچنین کد "نقش نفر سوم در شروع تعارض" و "روحیه‌ی عدم همکاری" نیز سایر کدهای استخراج شده از تجربه فوق بودند. نکته قابل توجه در تجارب فوق این بود که تعارضات پرستاران غالباً به موضوعات حاشیه‌ای در حرفه مربوط بودند.

مواجهه با بد رفتاری: "تعاملات برخوردارنده" کدی بود که در مصاحبه‌ی تقریباً همه‌ی پرستاران ذکر شده بود. این نوع تعاملات شامل وقایع توأم با رفتارهای کلامی و غیرکلامی توهین‌آمیز به ویژه در حضور جمع، رفتارهای دستوری، معترضانه و بی‌اعتنایی از سوی طرف مقابل بود. تنش‌زایی، توهین‌آمیز تلقی شدن، غیرمنصفانه بودن و ناراحت‌کننده بودن مشخصات بارز این‌گونه وقایع بود که می‌توانست بازتابی از تعارضات حل نشده و عدم توازن قدرت باشد که در قالب اعمال خشونت افقی تظاهر یافته بود. یکی از شرکت‌کنندگان مرد با حدود دو سال تجربه‌ی کاری اظهار داشت که: "یکی از خانم‌های همکار عادت داره هرکاری داره با لحن دستوری و با صدای بلند به بقیه بگه...". شرکت‌کننده‌ی دیگری اظهار کرده بود: "بخش زیرآب‌زنی

ایراداتی که بیشتر جنبه‌ی بهانه‌جویی دارند، مؤید این نقطه‌نظر است که تعارضات میان کارکنان جدید و قدیمی، بخشی از روندی را تشکیل می‌دهد که در نهایت موجب شبیه‌سازی نسل‌های مختلف پرستاری شده است. در این سازوکار به نظر می‌رسد پرستاران بالا دست با تأکید بر فعالیت‌های انضباطی در پی ایجاد شرایطی هستند که در آن به کار علمی کمتر بها داده می‌شود. به این ترتیب ممکن است نادر بودن تعارضات وظیفه به جایگزینی شرایط کاری فرد محور در محل کار پرستاران که برخاسته از روند شبیه‌سازی است ارتباط پیدا کند. در تجارب شرکت‌کنندگان به کرات با مظاهر بدرفتاری از سوی دیگر اعضای تیم درمان به‌ویژه پزشکان نسبت به پرستاران مواجه شدیم که با باورهای منفی نسبت به تیم پزشکی همراه شده بود. شرکت‌کننده‌ای متعاقب تعارضات با پزشک به علت نبودن قیچی در پیک اظهار داشت: "دکتر دید قیچی تو پیک نیست، جلوی مریض و اترن‌ها سرنگ ۲۰ سی‌سی را چنان پرتاب کرد سمت من که خورد به دیوار پیستونش در اومد" یا "اکثراً می‌بینم برای پزشکامون اصلاً مهم نیست چه رفتاری می‌کنند..." (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۴). یا شرکت‌کننده‌ی دیگری اظهار کرده بود: "کافیست مریض موقع ویزیت یک شکایتی بکنه. دکتر می‌پرسه جریان چیه؟ آگه حضور ذهن داشتی که خب حله. آگه واقعا نمی‌دونستی چی شده برمی‌گرده با یک لحن بد می‌گه شما از هیچی خبر ندارید این چه وضعیه شما اینجا هیچ کاری نمی‌کنید" (شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۲). این تجارب منجر به استخراج کدهای "احساس بی‌احترامی" و "سوء رفتار"، "رفتارهای پزشک‌سالارانه" و "متهم‌سازی" شدند که منعکس‌کننده‌ی جوکاری پرستاران است.

کدگذاری محوری و انتخابی: روند تحلیل یافته‌ها با استفاده از روش مقایسه مداوم و تقلیل منجر به ظهور طبقات اصلی با ویژگی‌های هر طبقه طی روند کدگذاری باز شد. کدگذاری محوری منجر به تبیین ارتباط طبقات با یکدیگر گردید.

زیاده... "از تجارب یکی از شرکت‌کنندگان کدی به نام "تعارضات عمدی" استخراج شد که بیانگر استفاده‌ی ابزاری از تعارض برای حذف رقیب بود: "... عمل‌های بیماران سرطانی معمولاً خیلی طول می‌کشد به‌خاطر همین نرس دوم بخش به من گفته بود بعد از ساعت ۱۱ و نیم دیگه زنگ نزنم مریض بفرستند اتاق عمل. اونروز مریض قبلی قابل جراحی کردن نبود دکتر گفت بگیرد مریض بعدی بیاد. من رفتم از نرس دوم بپرسم زنگ نزنم یا نه که یک‌دفعه پرستار سرکولر که بالا دست من محسوب می‌شد با لحن تند و با صدای بلند شروع کرد به مواخذه‌ی من که چرا پزشک گفت زنگ بزن نزدی و رفتی از نرس دوم می‌پرسی... " در این تجربه به طور واضح به رفتارهایی اشاره شده که تعارض هدف‌مند را منعکس می‌سازد. احساس پرستاران با سابقه‌ی کار بالا در خصوص مورد تهدید واقع شدن قلمرو از سوی تازه‌کاران و نیاز به حفظ موقعیت و اثبات قدرت ممکن است شکل‌دهنده‌ی رفتارهایی باشند که منجر به بروز تعارض و علنی شدن تعارضات مخفی شود شرکت‌کننده‌ای دیگر با ۲۹ سال سابقه‌ی خدمت اظهار داشت: "زمانی که من شب‌کار بودم شیفت صبح که می‌آومد تحویل بگیره دایماً ایراد می‌گرفت که چرا این پارچ کنار پنجره است و از این صحبت‌ها. بعدها منم عین صبح کار، موقع تحویل گرفتن بخش از شبکارها می‌گفتم: خانم این سرم چرا این جوریه، چرا این چسب کثیفه، چرا این سرنگ اونجاست. اون‌ها هم ناراحت می‌شدند. خب اوایل اون‌ها توضیح می‌دهند که چی شده ولی به مرور خسته می‌شن دیگه ول می‌کنن و فقط سعی می‌کنن کارشون رو طوری انجام بدن که کسی نتونه ایراد بگیره حتی شده روسازی کنن که ظاهر قضیه حفظ بشه". در این تجربه نیز شرکت‌کننده به عواطف منفی به‌دنبال تعارضاتی اشاره نموده که به شکل عادت‌ی در نسل‌های مختلف تکرار می‌شوند. از ویژگی این نوع تعارضات کلیشه‌ای، تکراری، تقلیدی بودن و رنجش‌آوری است. عدم توجه به توضیحات کارکنان و تکرار

یکپارچه‌سازی مفاهیم با شناسایی احساس تهدید منافع به عنوان متغیر مرکزی، روند شکل‌گیری تعارضات شغلی پرستاران را توانست تبیین نماید. مدل ارائه شده در این مطالعه چگونگی ارتباط بین شرایط علی بروز تعارضات شغلی و متغیر مرکزی را نمایش می‌دهد (شکل شماره ۱).

بحث

از یافته‌های این پژوهش مشخص گردید تعارض فرآیندی است که با یک واقعه‌ی خلاف انتظار آغاز می‌شود. براهام نیز از این وقایع تحت‌عنوان وقایع شروع‌کننده نام برده است (۲۳). این وقایع الزاماً وقایعی تهدیدکننده‌اند که با قرارگرفتن در شرایط ناخواسته و یا خلاف انتظار موجبات شکل‌گیری انواع تعارض را فراهم می‌سازند. پرستاران وقایعی را که موجب مواجه شدن آن‌ها با شرایط تحمیلی، مخالفت، اختلاف نظر و رفتارهای مخرب می‌شد، تهدیدکننده قلمداد می‌کنند.

در متون مختلف نیز وقایع تعارض برانگیز منتج از اختلاف دیدگاه واحدهای بیمارستانی و مدیریت (۲۴)، ابهام، تعارض نقش، تمایل شدید رهبران برای ایجاد تعارض و تعارض هویت (۲۵)، وابستگی وظایف (۳)، عدم همکاری بین واحدهای مختلف بیمارستانی (۲۶)، بدرفتاری (۲۷ و ۴) و تضاد ارزشها (۲۸) قید شده است. نتایج مطالعه‌ی آلموست (۲۰۰۶) نشان داد در محیط‌های درمانی وابستگی کار پرستاران به یکدیگر و سایر اعضای تیم درمان شامل پزشکان، واحدهای آزمایشگاهی، مدیران، بخش‌ها و ... یکی از علل بروز تعارضات شغلی پرستاران را تشکیل می‌دهد (۳). در این مطالعه ضعف مدیریتی یکی دیگر از عوامل شکل‌دهنده‌ی وقایع تعارض برانگیز شناسایی شد. تجارب پرستاران نشان داد بخشی از ضعف‌های مدیریتی به دلیل مشکلات سازمانی چون کمبود منابع انسانی، مالی و تجهیزات ایجاد می‌شوند. کمبود منابع، زمینه‌ی وقوع بخش عمده‌ای از تعارضات شغلی

روزمره پرستاران را فراهم می‌سازند. تثلیموگلو و کیزا دسترسی بخش‌ها به منابع مالی را به عنوان یکی از معمول‌ترین علل بروز تعارض عنوان کرده‌اند (۲۹). از سوی دیگر قرارگرفتن پزشکان در رأس هرم مدیریتی بیمارستان‌ها موجب شده است تا قوانین و رویه‌های کاری بر اساس منافع این گروه و بدون توجه به پیامدهای نامطلوب آن در سیستم درمانی مورد تصویب قرار گیرد. تداخل برنامه‌ی تغییر شیفت پزشکان با برنامه‌ی کاری پرستاران عملاً موجب تحمیل کارهای اضافی به پرستاران در ساعات پایانی شیفت کاری می‌شد که غالباً به علت اتمام ساعت کاری پرستاران، کارها ناتمام رها شده، موجبات بروز تعارض در زمان تحویل بخش بین کارکنان دو شیفت متوالی را فراهم می‌ساخت. به این ترتیب ناهماهنگی به عنوان یکی دیگر از ویژگی‌های ضعف مدیریتی در سازمان تعیین گردید. تحقیقات متعددی در زمینه‌ی جو سازمانی انجام شده است. این تحقیقات نشان داده‌اند علی‌رغم تدوین ساختار مجدد هنوز پرستاران نسبت به مدیریت بی‌اعتمادند (۳۰). پرستاران احساس می‌کنند پزشکان و کارکنان مدیریتی برای آن‌ها و کارشان احترام قائل نیستند. عدم اعتماد و احترام درک شده در محیط کاری اثرات تعیین‌کننده بر سازمان و کارمند دارد. کارکنانی که بی‌اعتمادند کمتر در جهت دستیابی به اهداف سازمانی مشارکت می‌کنند (۳۱). در مطالعه‌ی انجام شده در ترکیه (۲۰۰۰) نیز نتایج به دست آمده نشان داد که بخشی از تعارضات کارکنان در بیمارستان به واسطه‌ی قوانین و مقررات مؤسسات درمانی است که بر اساس آن پزشک سرپرست مسئول در این نوع سازمان‌ها محسوب می‌شود. رفتار پزشکان به علت اختیاراتی که قانون به آن‌ها تفویض نموده است و همچنین روش تعلیمی که در دوران آموزش پزشکی داشته‌اند، بیشتر حالت مدیریت عملکردی دارد و مدیریت پروژه‌ای را کمتر در این رفتارها مشاهده می‌کنیم. این موضوع منبع بسیاری از تعارضات را بین اعضای تیم درمان از جمله تیم پرستاری با پزشکی فراهم

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های تحقیق تعارض برای شرکت‌کنندگان به معنای درگیری، کشمکش، چالش، دخالت، سردرگمی و قرار گرفتن بر سر دو راهی است. نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران و سایر اعضای تیم درمان به شکل هدف‌دار از تعارض به منظور رسیدن به اهداف‌شان استفاده می‌کنند. داده‌ها نشان دادند که استفاده‌ی آگاهانه از تعارض توسط پرستاران روشی جهت دستیابی به شرایط کاری بهتر و هم‌چنین دفاع از قلمرو و رفع ابهامات بین فردی و نیز به عنوان ابزاری جهت واداشتن سایر افراد به همکاری است. بر اساس نتایج این مطالعه شرایط و جوکاری مسئول بروز بسیاری از تعارضات ارتباطی و حاشیه‌ای در محیط کار پرستاران بالینی شناسایی شدند. لذا هر اقدامی در جهت اداره‌ی موثر تعارض باید با در نظر گرفتن راهکارهایی برای رفع علل زیربنایی تعارضات و براساس بافت کاری پرستاران صورت گیرد. مدل ارائه شده در این مطالعه با توصیف روند شکل‌گیری تعارضات درون‌گروهی پرستاران بالینی ایران گام نخست در تدوین این راهکارها محسوب می‌شود. هم‌چنین براساس یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود، با درک عوامل علی و زمینه‌ای تعارضات شغلی، می‌توان تعارضات را به سمت ایجاد نتایج مثبت برای پرستاران و سازمان‌های بهداشتی هدایت کرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از نتایج پایان نامه دکترای پرستاری می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که اجرای این طرح را مورد حمایت مالی قرار داده‌اند، شرکت کنندگان محترم و تمامی همکارانی که در اجرای این طرح ما را یاری کردند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

ساخته بود (۳۲). نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان داد، تعارضات حاشیه‌ای موضوع اصلی تعارضات درون‌گروهی پرستاران است. موضوعات این نوع تعارض عمدتاً به مشکلاتی مربوط می‌شوند که به واسطه‌ی مورد تهدید واقع شدن قلمرو یا تضاد منافع پدیدار شده بود. این یافته با یافته‌های مطالعه جن همسو است (۳۳ و ۱۳). در این مطالعه در مواردی نیز تعارض به دنبال اختلاف نظر در مورد شرح وظیفه و یا نحوه‌ی انجام کار ایجاد شده بود، ولی به ندرت در داده ظهور یافته‌اند. یافته‌های این مطالعه منجر به ظهور روند شبیه‌سازی در پرستاری شد. بر اساس داده‌ها ممکن است کم بودن اختلاف نظر میان پرستاران در رابطه با نحوه‌ی انجام کارهای پرستاری ماحصل روند شبیه‌سازی باشد. در این روند افت اطلاعات علمی پرستاران به مرور زمان بعد از فارغ‌التحصیلی و نبود ملاک ارزشیابی و تشویقی صحیح از سوی مدیران به تدریج موجب جایگزینی فرد محوری به جای کار محوری شده است. چنین رویکردی منجر به بی‌توجهی پرستاران نسبت به وظایف و دور شدن از پرستاری علمی می‌شود. در یک مطالعه‌ی انجام شده در ایران (۲۰۰۷)، بالادست محوری به عنوان یکی از عوامل اصلی اثرگذار در انتقال دانش به بالین معرفی شده است. نتایج مطالعه نشان داد، تازه فارغ‌التحصیلان به‌عکس غالب بودن بالادست‌ها در بخش، خواسته‌های خود را با آنان هم‌راستا می‌کنند (۳۴). در مطالعه ویوار (۲۰۰۶) نیز قدرت بیش از حد سرپرستار در بخش منبع اصلی تعارض در خدمات بیان شده بود (۲). به نظر می‌رسد محققین مختلف در تحقیقات خود با یافته‌هایی مواجه شدند که بخشی از روند شبیه‌سازی در پرستاری را منعکس می‌سازد. در این مطالعه تعارضات عادی و هدف‌دار علنی و غیرعلنی، مرحله‌ای از روند شبیه‌سازی را تشکیل می‌دهند که منعکس‌کننده‌ی بافت و فرهنگ پرستاری در ایران است.

منابع

- 1- Chitty KK. Professional nursing concepts and challenges. Elsevier. Sanders; 2005.
- 2- Vivar CG. Putting conflict management into practice: a nursing case study. *J Nurs Manag.* 2006; 14: 201-6.
- 3- Almost J. Conflict within nursing work environments: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2006; 53: 444-53.
- 4- Farrell GA. Aggression in clinical settings: nurses' views a follow up study. *J Adv Nurs.* 1999; 29: 532-41.
- 5- Cox KB. The effects of unit morale and interpersonal relations on conflict in the nursing unit. *J Adv Nurs.* 2001; 35: 17-25.
- 6- Nasiri M. Social psychology for nurses. Tehran: Boshra; 2001.
- 7- Kolasa B. Introduction to behavior science for business. Newyork: Willey Eastern; 1969.
- 8- Putnam LL, Poole MS. Conflict and negotiation in: Jablin FM, Putnam LL, Roberts KH, Porter LW. Handbook of organizational communication: an interdisciplinary perspective. Newbury Park: Sage; 1987: 549-99.
- 9- Stanhope M, Lancaster J. Foundations of nursing in community health. ST. Louis: Mosby; 2006.
- 10- Spector PE, Jex SM. Development of four self-report measures of job stressors and strain: interpersonal conflict at work scale, organizational constraints scale, quantitative workload inventory, and physical symptoms inventory. *J Occupa Health Psychol.* 1998; 3: 356-67.
- 11- De Dreu CKW, Van Lange PA . The impact of social value orientations on negotiator cognition and behavior. *Personality and Social Psychology.* 1995; 25: 2049-66.
- 12- Danna K. Griffin RW. Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *J Manag.* 1999; 25: 357-84.
- 13- Jehn KA. A qualitative analysis of conflict types and dimensions in organizational groups. *Administrative Science Quarterly.* 1997; 42: 530-53.
- 14- Kunaviktikul W, Nuntasupawat R, Srisuphan W, Booth RZ. Relationship among conflict, conflict management, Job satisfaction, Intent to stay and turnover in professional nurses of Thailand. *Nur and Heal Sci.* 2000; 2: 9-16.
- 15- Tomey AM. Nursing mangement and leadership. ST Louis: Mosby; 2004.
- 16- Keenan GM, Cooke R, Hillis SL. Norms and nurse management of conflicts: Keys to understanding nurse- physician collaboration. *Res Nurs Health.* 1998; 21: 59-72.
- 17- Azaroodi M. Conflict and Organizational behavior. *Management.* 2006; 103: 53-6.
- 18- Khani AA, Kalhori M. The effect of personal communication barriers on organizational conflicts. *Tadbir.* 2006; 16: 33-7.
- 19- Vanaki Z, Ghaleh Riz P. Different style of conflict management from the perspective of Head nurse and staff. 2000. Available from. URL: http://mui.ofis.ir/default.aspx?research_projects.
- 20- Akbari F, Tofighi S, Arab M. Relationship between conflict management and Leadership

- styles of hospital managers in medical university of Lorestan. *Yaft-E*. 2005; 7: 51-8.
- 21- Phalsafi F. Frequency and type of perceived conflict in medical and surgical wards of Iran [dissertation]. Tehran university of medical sciences and health services; 1996.
- 22- Strauss A. Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks: Sage; 1998.
- 23- Braham Eric. Conflict stages. knowledge based essay. 2003. Available from: URL: http://www.beyondintractability.org/essay/conflict_stages/?nid=1068.
- 24- Sportsman, S. Build a framework for conflict assessment. *Nurs Manag*. 2005; 36: 32-40.
- 25- Porter O'Grady T. Embaracing conflict: building a healthy community. *Health Care Manage Rev*. 2004; 29: 181-7.
- 26- Rotarius T, Liberman A. Healthcare alliances and alternative dispute resolution: managing trust and conflict. *Health Care Manag*. 2000; 18: 25-31.
- 27- Hutchinson M, Vickers MH, Jackson D Wilkes L. Work place bullying in nursing: Towards a more critical organizational perspective. *Nurs Inq*. 2006; 13: 118-26.
- 28- Harmer BM. Do not go gentle: Intractable value differences in hospice. *J Health Manag*. 2006; 51: 86-93.
- 29- Tengilimoglu D, Kisa A. Conflict management in public university hospitals in Turkey: A pilot study. *Health Care Manag*. 2005; 24: 55-60.
- 30- Decker D, Wheeler GE, Jhonson J, Parson RJ. Effect of organizational change on the employee. *Health Care Manag*. 2001; 19: 1-12.
- 31- Laschinger HKS, Fingan J, Shamian J, Casier S. Organizational trust and empowerment in restructured healthcare setting: Effects on staff nurse commitment. *J Nur Admi*. 2000; 30: 413-25.
- 32- Seren S. Baykal U. A comparison of conflict-resolving tendencies of nursing college students and medical school students in Turkey. *Nurse Educ Today*. 2007; 27: 389-95.
- 33- Jehn Karen A. A qualitative analysis of conflict types and dimensions in organizational groups. *Administrative Science quarterly*. 1997; 42: 530-53.
- 34- Cheraghi MA, Salsali M, Ahmadi F. Iranian nurses' perceptions of theoretical knowledge transfer into clinical practice: a grounded theory approach. *Nurs Health Sci*. 2007; 9: 212-20.

Types and Major Causes of Conflicts Experienced by Nurses: A Qualitative Analysis

Payami Bousari M¹, Ebrahimi H², Ahmadi F³, Abedi HA⁴

¹ Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran

² Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ Dept. of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁴ Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Khorasgan, Iran

Corresponding Author: Payami Bousari M, Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran

E-mail: mitra_payami@yahoo.com

Received: 1 Dec 2008 **Accepted:** 9 Mar 2009

Background and Objective: Conflicts among health care personnel including nursing personnel who require extensive interaction with different people, is common and almost inevitable. As there is not sufficient information about the causes, types, and dimensions of interpersonal conflicts among clinical nurses and the adverse effects of these conflicts on the function of nursing team in Iran, we aimed to perform this study in order to find out causes of different inter-group or inter personal conflicts among nurses using qualitative research method and Grounded Theory Approach (GT).

Materials and Methods: The data was collected through interviews. Constant comparison method was used in order to perform qualitative analysis.

Results: Open coding process resulted in emergence of causal conditions and different types of conflicts within the nursing society. Exposure to imposed conditions, confronting with opposition, disagreement and destructive behaviors were indicative of characteristics of conflicting events and tasks, process, relational and marginal conflicts which were major categories of conflict in clinical settings. Feeling threats towards benefits was recognized as the main apprehension of participants. This core variable can explain how conflicts occur and develop within nursing society according to conflicts of benefits.

Conclusion: The findings showed that individual factors and intra as well as extra-organizational factors were major and/or contextual causes of inter-group conflicts among nurses. One of the significant and interesting findings in this study was that the conflicts did not affect the occupational function of nurses despite the significant effect on marginal issues in their work environment. The study also showed that these conflicts are part of simulation process in nursing tasks.

Key words: Occupational Conflicts, Interpersonal Conflict, Nursing, Clinical Environment.