

## *Concerns of Head-nurses in Managing Hospital Wards: A Qualitative Content Analysis*

Alireza Salar<sup>1</sup>,  
Fazlollah Ahmadi<sup>2</sup>,  
Hassan Navipour<sup>3</sup>

<sup>1</sup> PhD Student in Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

(Received January 25, 2014 ; Accepted April 4, 2015)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Nurse managers are responsible for creating and maintaining a professional work environment and their leadership styles are of great importance in reinforcing effective environment for promoting clinical competence. This study aimed at exploring the management challenges that head nurses face in managing hospital wards.

**Materials and methods:** In this qualitative research the participants were 22 head nurses, a nurse, a physician, and one nursing services manager. Data was collected through unstructured interviews and purposive sampling which continued until data saturation. Conventional content analysis was applied to analyze the data.

**Results:** During data analysis, three main themes resulted including “negligent protection of self and the patient” and compulsory compromise of head-nurse and negligence in patient protection as the subcategories; “ineffective communicative capability” and inappropriate intrapersonal communication and intra-professional communication as the subcategories; and finally “insufficient support of major supporters” and expecting support from the organization and expecting support from the society as the subcategories. These were resulted from inefficient management skills of head-nurses in managing hospital wards.

**Conclusion:** This study indicated that the communication and management abilities were not practically effective, probably due to lack of applied management knowledge and also inappropriate structure and performance of the organization which causes unsatisfactory managerial behaviors. Therefore, promoting the managerial competencies of head-nurses is an inevitable necessity.

**Keywords:** Head nurses, management, competence, communication, efficiency, capability

# نگرانی های مدیریتی سرپرستاران از روند اداره امور بخش ها؛ یک مطالعه آنالیز محتوی کیفی

علیرضا سالار<sup>۱</sup>  
فضل اله احمدی<sup>۲</sup>  
حسن ناوی پور<sup>۳</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** سرپرستاران مسئولیت ایجاد و حفظ یک محیط کاری حرفه ای را بر عهده دارند زیرا نحوه مدیریت آنان در تقویت محیطی مناسب برای ارتقا مدیریتی کارآمد دارای اهمیت بسزایی است. این مطالعه با هدف اکتشاف چالش های مدیریتی سرپرستاران ناشی از اداره امور بخش ها انجام گرفت.

**مواد و روش ها:** این مطالعه با رویکرد تحقیق کیفی و با روش تحلیل محتوی قراردادی انجام شد و مشارکت کنندگان شامل ۲۲ سرپرستار، یک پرستار، یک پزشک و یک مدیر خدمات پرستاری بودند. داده ها از طریق مصاحبه های بدون ساختار و با نمونه گیری هدفمند جمع آوری و تا اشباع داده ها ادامه یافت و در نهایت برای تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوی قراردادی استفاده شد.

**یافته ها:** در طی تحلیل داده ها سه درون مایه اصلی شامل درون مایه "حفاظت تساهلی از خود و بیمار" با زیر گروه های سازش اجباری سرپرستار و مراقبت تساهلی از بیمار، درون مایه "مهارت ارتباطی کم اثر" با زیر گروه های ارتباط نامناسب بین فردی و ارتباط نامناسب بین حرفه ای، و درون مایه "پشتیبانی ناکافی حامیان ضروری" با زیر گروه های توقع حمایت از سازمان و توقع حمایت از جامعه به دست آمد که حاصل تجربه و ابعاد عملکرد سرپرستاران به صورت ناکارآمدی مدیریتی در اداره امور بخش ها می باشد.

**استنتاج:** تحلیل نتایج این مطالعه نشان داد که سرپرستاران در عمل کارآمد نبوده و به نظر می رسد که فقدان دانش کاربردی مدیریتی و هم چنین نامناسب بودن ساختار و عملکرد سازمانی منجر به رفتارهای مدیریتی نامطلوب گردیده باشد. لذا ارتقا توانمندی های مدیریت حرفه ای کارآمد توسط سرپرستاران یک ضرورت اجتناب ناپذیر است.

**واژه های کلیدی:** سرپرستار، مدیریت، کارآمدی، ارتباط، شایستگی

## مقدمه

درجهان امروز اهمیت توجه به مدیریت سازمان، به عنوان یک ضرورت، بیش از پیش احساس می شود (۱). به عبارت دیگر، نقش مدیر به قدری اهمیت پیدا کرده است که در همه زمینه ها برای یافتن اشخاصی که توانایی لازم برای مدیریت را داشته باشند کوشش مستمر به عمل می آید زیرا اگر این نقش انجام نشود کاری صورت

E-mail: ahmadif@modares.ac.ir

**مؤلف مسئول:** فضل اله احمدی - تهران: دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه آموزش پرستاری

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲. استاد، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

© تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۶/۱۷ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۱/۱۵

نمی‌گیرد (۲). علم مدیریت جز جدایی‌ناپذیر علوم است و از این جهت بسیاری از صاحب نظران معتقدند که مدیریت در تحقق اهداف سازمان تاثیر قابل توجهی دارد (۳). سرپرستاران به عنوان یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین مبانی مدیریت در خدمات سلامت مد نظر می‌باشند (۴) که در این ارتباط می‌توان به عدم حمایت ساختار سازمانی از آنها به عنوان عامل ایجاد فشار روانی اشاره کرد (۵). هم‌چنین عدم توانمندی سرپرستاران برای ارائه رفتارهای رهبری و حمایتی مورد نیاز پرستاران یکی از چالش‌های پیش روی آنهاست (۶) که متأسفانه بسیاری از آنها با توجه به اعتماد به نفس پایین مهارت لازم را در تصمیم‌گیری بالینی به عنوان پایه و اساس عملکرد حرفه‌ای مطلوب ندارند (۷). آیکن (۲۰۰۰) طی مطالعه‌ای به اهمیت نقش مدیران پرستاری در به وجود آوردن محیط کاری حرفه‌ای پرستاری به منظور ارائه مراقبت اثر بخش اشاره می‌کند که رضایت مندی مددجویان، افزایش کیفیت مراقبت، افزایش استقلال و پاسخ‌گویی را به دنبال دارد (۸). روبین (۲۰۰۵) طی مطالعه‌ای دیگر بیان می‌کند که برای ایجاد توانمندی در کارکنان بایستی ساختارهای سازمانی شامل حمایت از کارکنان توسط مدیران، دسترسی به منابع و اطلاعات، و ایجاد فرصت‌های لازم برای رشد و پیشرفت در محیط کار فراهم شود تا از استعداد و صلاحیت افراد برای دستیابی به اهداف سازمان استفاده نمود. وی هم‌چنین اذعان می‌دارد که مدیران پرستاری مسئولیت ایجاد و حفظ یک محیط کاری حرفه‌ای را بر عهده دارند و سبک رهبری آنان در تقویت محیطی اثر بخش برای ارتقا صلاحیت بالینی دارای اهمیت بسزایی است (۹). باقیانی مقدم (۱۳۹۱) طی مطالعه‌ای دیگر ارتباطات را یکی از مهم‌ترین ابزارهای جامعه مدرن و از مهم‌ترین عوامل توسعه و تعالی انسانی معرفی می‌کند (۱۰).

آقامحمدی (۱۳۹۰) طی مطالعه‌ای دیگر بیان می‌کند که جو مناسب بخش و ارتباط بین فردی با رضایت بیمار

از کار ارتباط دارد زیرا سیستم پرستاری نقش اساسی در پیشبرد ارتباطات بین فردی دارد (۱۱). بنابراین، با توجه به مهارت‌های ناکافی ارتباطی پرستاران و وجود چالش‌های مورد اشاره و ضرورت توانمندسازی کارآمد مدیران پرستاری که پرستاران را به ارائه مراقبت بیمار محور ترغیب و بدین ترتیب رضایت بیماران و در نتیجه سیستم را تضمین کنند، طراحی مطالعه کیفی متناسب با بافت این محیط در زمینه خاص مطرح می‌باشد زیرا پوشش چالش‌ها وابسته به این موضوع است که نتیجه آن بهبود عملکرد سرپرستاران، افزایش رضایت مندی و در نهایت افزایش کیفیت خدمات می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف اکتشاف چالش‌های مدیریت سرپرستاران در اداره امور بخش‌ها صورت گرفت.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق کیفی و از نوع تحلیل محتوا<sup>۱</sup> می‌باشد. تحلیل محتوی یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های پژوهشی در علوم اجتماعی است که برای تفسیر عمیق داده‌ها در تحقیقات پرستاری نیز به کار گرفته می‌شود (۱۲). در این مطالعه با ۱۷ سرپرستار زن و ۵ سرپرستار مرد شاغل در بیمارستان‌های مختلف شهر زاهدان با میانگین سنی ۴۰ و سابقه کاری ۱ تا ۳۰ سال مصاحبه گردید. انتخاب مشارکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف صورت گرفت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق، باز و بدون ساختار و به صورت انفرادی استفاده شد. ملاک انتخاب مشارکت‌کنندگان به شرح زیر بود: داشتن حداقل مدرک لیسانس، داشتن حداقل یک سال سابقه کار مدیریتی، توانایی مهارت کلامی، توانایی بیان تجارب بدون خجالت، توانایی یادآوری مطلب، و علاقه ذاتی به بیان تجارب غنی از اطلاعات که بتوانند تصویر مطمئنی از پدیده مورد مطالعه را ارائه نمایند. قبل از جمع‌آوری اطلاعات، معجز و ورود به عرصه بالینی از کمیته اخلاق

دانشگاه تربیت مدرس اخذ گردید. هم‌چنین اصول اخلاقی در پژوهش مانند رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، رازداری و اختیار شرکت کنندگان برای ترک مطالعه رعایت شد. علاوه بر این، قبل از شروع مصاحبه در مورد هدف مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات و ضبط مصاحبه‌ها به شرکت کنندگان توضیحاتی ارایه شد. سپس در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، مصاحبه ابتدا با یک سوال باز و کلی از مشارکت کنندگان آغاز می‌گردید. بدین صورت که در ابتدا از سرپرستاران خواسته می‌شد که تجربه یک روز کاری خود را بیان نمایند، و سپس سئوالات بعدی و اکتشافی از جمله "چرا این مشکلات پیش می‌آید؟"، "برداشت من از صحبت‌های شما ... اینه. آیا درست فکر کردم؟ میشه بیش‌تر توضیح بدید؟"، "از این حرف منظورتون چی بود؟"، و "منظورتون چه کسانی‌اند؟" صورت می‌گرفت. طول مصاحبه با توجه به شرایط سرپرستاران به طور متوسط ۷۰ دقیقه و بین ۳۰ تا ۱۲۰ دقیقه متفاوت بود که با هماهنگی و رضایت قبلی مشارکت کنندگان ضبط می‌گردید.

تمام مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی انجام و همزمان ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی و تایپ شد. جهت غوطه‌وری محقق در داده‌ها، مصاحبه‌ها در چند نوبت به دقت گوش داده شد و متن تایپ شده آن چندین بار مرور گردید. لازم به ذکر است که مصاحبه‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع ادامه یافت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی<sup>۱</sup> استفاده شد. تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهادی Graneheim و Lundmen انجام گرفت. Graneheim و Lundmen برای تحلیل محتوای داده‌های کیفی مراحل ذیل را پیشنهاد می‌کنند: پیاده کردن نوار مصاحبه کلمه به کلمه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه و خواندن چندین باره کل متن برای به دست آوردن درک کلی از محتوای آن، تقسیم متن به واحدهای معنایی، استخراج خلاصه‌ای از واحدهای معنایی و کد دادن، طبقه‌بندی

کدهای اولیه درون‌زیردسته و دسته‌ها بر اساس مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌های آن‌ها، و استخراج تم‌ها به عنوان بیان محتوای نهفته در داده‌ها. برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌های این تحقیق از معیارهای پیشنهادی گوبا<sup>۲</sup> و لینکلن<sup>۳</sup> استفاده شد (۱۳). پژوهشگر اصلی این مطالعه با مشارکت و تعامل کافی با واحدهای مورد پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تایید آن‌ها توسط مشارکت کنندگان سعی بر افزودن به اعتبار<sup>۴</sup> تحقیق نمود. تکرار گام به گام جمع‌آوری داده‌ها و بهره‌گیری از بازبینی اساتید صاحب نظر جهت افزایش قابلیت اعتماد<sup>۵</sup> داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. به منظور افزایش معیار تاییدپذیری<sup>۶</sup> داده‌ها از ناظران خارجی آشنا به تحقیق کیفی جهت کنترل استفاده شد؛ به این معنی که بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوطه و طبقات پدیدار شده توسط آن‌ها مورد بررسی و تایید قرار گرفت. برای تناسب داده‌ها از تکنیک نمونه‌گیری با حداکثر تنوع یعنی انتخاب مشارکت کنندگان از لحاظ سابقه مدیریتی، سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات و شرایط ورود به مصاحبه استفاده شد. هم‌چنین ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت کنندگان و زمینه مورد بررسی با جزئیات بیان گردید تا خواننده مطالعه بتواند در مورد استفاده از نتایج آن تصمیم‌گیری نماید.

## یافته‌ها

از توصیف غنی و عمیق مشارکت کنندگان ۲۷۰۰ کد اولیه استخراج شد. این کدها پس از چند بار مرور، خلاصه‌سازی و بر اساس تشابه و تناسب طبقه‌بندی شدند. معنای درونی کدها با تحلیل و مقایسه به صورت سه درون‌مایه اصلی شناسایی و این درون‌مایه‌ها بر اساس ماهیت شان به صورت مفهومی و انتزاعی نامگذاری گردیدند که شامل "حفاظت تساهلی از خود و بیمار"،

2. Guba  
3. Lincoln  
4. Credibility  
5. Dependability  
6. Confirmability

1. Conventional

"مهارت‌های ارتباطی کم اثر" و "حمایت ناکافی حامیان ضروری" است که حاصل تجربه و ابعاد ناکارآمدی سرپرستاران در اداره امور بخش‌ها می‌باشد. هرگاه سرپرستاران در فضای بخش‌های بالینی قرار می‌گرفتند، "مهارت‌های ارتباطی کم اثر" و "حمایت ناکافی حامیان ضروری در رفتار آن‌ها مشهود بود.

#### حفاظت تساهلی از خود و بیمار

طبقات این درون مایه شامل "سازش اجباری" بود که حاصل زیر طبقات تحمل فشار ناشی از انجام امور غیر حرفه‌ای، کنار آمدن با شرایط سخت نا معقول کاری، عدم حمایت از پرسنل در صورت به خطر افتادن موقعیت سرپرستار، تحمل فشار ناشی از توقعات غیر معقول مدیران مافوق، تحمل فشار ناشی از عدم تناسب اختیار و مسئولیت، و افزایش فشار نا معقول به پرسنل می‌باشد که نتیجه آن کنار آمدن سرپرستاران با وضعیت موجود و پایین آمدن کیفیت خدمات پرستاری است. طبقه بعدی "مراقبت تساهلی از بیمار" می‌باشد که حاصل زیر طبقات حفظ ایمنی بیمار، برآورده کردن انتظارات خانواده، پاسخگویی در رابطه با اقدامات انجام شده برای بیماران، و جلب اعتماد بیماران است.

طبقه اول مربوط به "سازش اجباری" می‌باشد که در رابطه با زیر طبقه تحمل فشار ناشی از انجام امور غیر حرفه‌ای مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید: "... من از بعضی چیزها شکیم و نیم‌دویم به کی بگم. یکسری کارایی از شما میخوان که به سرپرستار مربوط نمی‌شه." (مشارکت‌کننده خانم ۳۵ ساله). در رابطه با کنار آمدن با شرایط سخت نا معقول کاری مشارکت‌کننده‌ای اظهار می‌دارد: "... یک نیروی کمکی برای من فرستاده نشده، تعداد تخت‌ها زیاده، تعداد نیروها کمه، بیماربر نداریم، کمک بهیار نداریم بعد شما فکر کنید که چه فشار کاری روی من و پرسنل بخش وارد می‌شه!" (مشارکت‌کننده خانم ۴۰ ساله). در رابطه با عدم حمایت از پرسنل در صورت به خطر افتادن موقعیت پرستاری می‌گوید: "... اگه

کوچک‌ترین چیزی باشه که حتی حق با پرسنل پرستاری باشه ولی ببین که نه از حالا به بعد موقعیت خودم تو خطر میفته شده که حمایت از پرسنل رو رها می‌کنن ... (مشارکت‌کننده مرد ۳۸ ساله).

در رابطه با زیر طبقه تحمل فشار ناشی از توقعات غیر معقول مدیران مافوق مشارکت‌کننده‌ای عنوان می‌دارد: "... مسئولیت نوشتن تایم‌کسو که مربوط به کارگرنیه به گردن من انداختن یعنی وقتی این موضوع هم مطرح شد تعجب کردم." (مشارکت‌کننده خانم ۳۷ ساله).

در رابطه با زیر طبقه تحمل فشار ناشی از عدم تناسب اختیار و مسئولیت مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید: "... ما بیش‌تر مسئولیت داریم تا اختیار." (مشارکت‌کننده خانم ۳۹ ساله).

در رابطه با زیر طبقه افزایش فشار نامعقول به پرسنل مشارکت‌کننده‌ای اظهار می‌دارد: "... تعداد تخت را زیاد کردن ولی هیچ توجهی به این نمی‌شه که تعداد نیروها با توجه به این همه بخش تخصصی در یک بخش خیلی کمه شما فکر کنید این هم زمانی چه حجمی از کارو درست می‌کنه که فشارش رو پرسنله." (مشارکت‌کننده خانم ۴۲ ساله).

طبقه بعدی مربوط به "بیمار حفاظتی تسلیمی" می‌باشد که در رابطه با زیر طبقه حفظ ایمنی بیمار مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید: "... معمولاً به ایمنی بیماران اهمیت می‌دم بالاخص سالمندان و پرستار رو سفارش می‌کنم که نرده‌های کنار تخت بیماران بالا باشه." (مشارکت‌کننده خانم ۴۵ ساله).

در رابطه با زیر طبقه برآورده کردن انتظارات خانواده‌ها یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید: "... فرهنگ مردم اینجارو می‌دونم من با خانواده‌های بحران زده سروکار دارم اونا رو آروم می‌کنم سعی می‌کنم انتظارات شونو تا جایی که مقدوره برآورده کنم." (مشارکت‌کننده خانم ۵۰ ساله).

در رابطه با زیر طبقه پاسخگویی در رابطه با اقدامات انجام شده برای بیماران یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار می‌دارد: "... پرستار رابط یک ساعت بعد میره یا دو

ساعت دیگه به بیمار یا همراهش میگه ما این کارها رو برای شما انجام دادیم و این مسئله جهت آگاهی و رضایت بیمار برام مهمه'. (مشارکت کننده خانم ۳۸ ساله).

در رابطه با زیرطبقه جلب اعتماد بیمار یکی از مشارکت کنندگان می گوید: 'ارتباطم با مریضا طوریه که به من اطمینان می کنند چرا که حافظ اسرار آنها هستم از این جهت منوقبول دارن'. (مشارکت کننده خانم ۵۰ ساله).

#### مهارت های ارتباطی کم اثر

یکی دیگر از درون مایه هایی که در تجارب مشارکت کنندگان پدیدار گشت مهارت های ارتباطی کم اثر بود که در این ارتباط طبقات شناسایی شده شامل "ارتباط نامناسب بین فردی" که حاصل زیر طبقات ارتباط با پرسنل، ارتباط با بیماران، و ارتباط با دانشجویان و دیگری "ارتباط نامناسب بین حرفه ای" که حاصل زیر طبقات ارتباط با سرپرستاران، ارتباط با پزشکان و ارتباط با دیگر واحدها می باشد.

طبقه اول مربوط به "ارتباط نامناسب بین فردی" می باشد که در رابطه با زیر طبقه ارتباط با پرسنل یکی از مشارکت کنندگان می گوید: '... من وارد بخش که میشم ابتدا میرم سراغ همکارام، باهاشون صحبت می کنم اما بازم ناراضین'. (مشارکت کننده خانم ۳۰ ساله).

در رابطه با زیرطبقه ارتباط با بیماران یکی از مشارکت کنندگان اظهار می دارد: '... ارتباطم با بیمارها طوریه که حرفاشون به من میگن اما بعضی این طوری نیستن البته اگر مشکلی دارن در حد توان برطرف می کنم'. (مشارکت کننده خانم ۴۱ ساله).

در رابطه با زیرطبقه ارتباط با دانشجویان یکی از مشارکت کنندگان عنوان می دارد: '... با توجه به نوع ارتباطم با رزیدنت ها و اینترن هایی که میان در ارتباط با امور بیماران در مواردی با مشکل مواجه می شیم'. (مشارکت کننده خانم ۴۷ ساله).

طبقه بعدی "ارتباط نامناسب بین حرفه ای" می باشد

که در رابطه با زیرطبقه ارتباط با سرپرستاران دیگر بخش ها یکی از مشارکت کنندگان می گوید: '... سعی می کنم با سرپرستاران سایر بخش های بیمارستان ارتباط خیلی خوبی داشته باشم که این ارتباط بیشتر جنبه مشورتی و همکاری داره اما خیلی وقتا نتایج خوبی در برنذاره'. (مشارکت کننده خانم ۳۶ ساله).

در رابطه با زیرطبقه ارتباط با پزشکان یکی از مشارکت کنندگان اظهار می دارد: '... با پزشکان بعضی وقت ها با چالش هایی روبرو هستیم و متاسفانه در امور پرستاری دخالت می کنن'. (مشارکت کننده خانم ۴۶ ساله).

#### پشتیبانی ناکافی حامیان ضروری

هم چنین یکی دیگر از درون مایه هایی که در تجارب مشارکت کنندگان پدیدار گشت پشتیبانی ناکافی حامیان ضروری است که در این ارتباط طبقات شناسایی شده شامل "توقع حمایت از سازمان" که حاصل زیر طبقات انتظار تشویق سرپرستاران از طرف مترون، انتظار از مدیران ارشد جهت انتخاب سرپرستاران لایق، و انتظار حمایت مدیران مافوق از سرپرستاران می باشد. یکی دیگر از طبقات شناسایی شده در این درون مایه شامل "توقع حمایت از جامعه" است که حاصل انتظار حمایت از سازمان های حرفه ای، و انتظار از مردم جهت باور رشته پرستاری می باشد.

طبقه اول مربوط به "توقع حمایت از سازمان" می باشد که در رابطه با زیر طبقه انتظار تشویق سرپرستار از طرف مترون یکی از مشارکت کنندگان می گوید: '... مثلا من انتظار دارم وقتی در جلسه سرپرستارا با حضور مترون میریم اگر جایی یک بخشی به عنوان بخش نمونه مطرحه برای اقدام برجسته تشویق بشه که متاسفانه این طور نیست'. (مشارکت کننده خانم ۳۷ ساله).

در رابطه با زیر طبقه انتظار از مدیران ارشد جهت انتخاب سرپرستاران لایق یکی از مشارکت کنندگان اظهار می دارد: '... به سرپرستاری هست که تا بازدیدی می خواد انجام بشه مرخصی میره و یک نفر دیگه را

بجای خودش میزازه چرا برای این که از این چالش‌ها می‌ترسه.' (مشارکت کننده مرد ۳۵ ساله).

در رابطه با زیر طبقه انتظار حمایت مدیران مافوق از مدیریت پرستاری یکی از مشارکت کنندگان می‌گوید '... موردی دو سال جلوتر پیش اومد نیرویی را چند ماه فرستاده بودن دوره و سیستم برایش هزینه کرده بود پزشک بخش گفت اینو نمی‌خوام مدیران نه تنها حمایت نکردن بلکه متروک مجبور به استعفا کردن. (مشارکت کننده خانم ۳۵ ساله).

طبقه دوم مربوط به "توقع حمایت از جامعه" می‌باشد که در رابطه با زیر طبقه انتظار حمایت از سازمان‌های حرفه‌ای یکی از مشارکت کنندگان می‌گوید '... رسانه‌های گروهی تو هر فیلمی آگه به نفرو بخوان بد جلوه بدن یک نمادی از پرستار میارن که این چنین انسانیه. این بحثی است که باید به صورت ریشه‌ای مورد توجه مدیران ارشد پرستاری، رسانه‌ها، صدا و سیما، نظام پرستاری، و برد پرستاری قرار گیرد.' (مشارکت کننده مرد ۳۵ ساله).

در رابطه با زیر طبقه انتظار از مردم جهت باور رشته پرستاری یکی از مشارکت کنندگان عنوان می‌دارد '... قطعا یک حالتی هست که متاسفانه خود مردم به این شکل هستند که زیاد به ما اعتماد نمی‌کنن.' (مشارکت کننده خانم ۴۷ ساله).

## بحث

یافته‌های این مطالعه دربر دارنده درون مایه‌ها یا مفاهیمی مرتبط با هم بود که تجارب واقعی سر پرستاران را از محیط واقعی بخش‌های بالینی نشان داد. عدم اقتدار حرفه‌ای در رفتار سرپرستاران مشهود بود که این مساله موجب می‌شد قسمت اعظم وقت آن‌ها صرف واکنش به حوادث و محرکات جاری گردد. در ارتباط باحفاظت تساهلی از خود و بیماران می‌توان به عواملی از جمله عدم تناسب اختیار و مسئولیت و ساختار نامناسب سازمانی اشاره کرد که به عنوان یک عامل بازدارنده عمل می‌کنند. نتیجه این مساله مصالحه، مدارا، اجتناب،

مسامحه و تسلیم در برابر خواسته‌های غیر منطقی دیگران از جمله زیر دستان و فرادستان می‌باشد که در تجارب و مشاهدات رفتار مشارکت کنندگان پدیدار گشت. بر همین اساس، گرایش فکری اغلب سرپرستاران یافتن پاسخی در برابر وضعیت موجود در جهت حفظ موقعیت سازمانی آن‌ها بود. از این رو یکی از مطالعات کیفی که در راستای حفاظت سرپرستاران از خود و بیماران انجام گرفته تحت عنوان عملکرد محوری مدیران خط اول پرستاری (سرپرستاران) با هدف تبیین ارتباط بین عملکرد محوری سرپرستاران و رضایت بیماران، رضایت شغلی پرسنل پرستاری، اثربخشی، کفایت درک پرستاران و جابه‌جایی پرسنل پرستاری می‌باشد. یافته‌ها رابطه معنی‌داری را بین محوریت عملکرد سرپرستاران و رضایت شغلی پرستاران نشان داد و این بدین معنی است که هر چه محوریت عملکرد سرپرستاران موثرتر باشد. رضایت شغلی بیشتر است. در نتیجه لازم است که سرپرستاران پرسنل پرستاری را از چشم انداز کیفیت مراقبت پرستاری و بالا بردن کیفیت سازمان آگاه سازند (۱۴). در همین راستا مطالعه دیگری نشان داد که به دلیل مدیریت غیر متمرکز سازمانی و در نتیجه افزایش استقلال، روابط کاری خوب و توجه مدیریت سازمان از جمله سرپرستاران به کیفیت زندگی کاری، پرستاران استرس کم‌تری را بیان کرده و خدمات جامعی را متناسب با نیازهای فردی بیماران ارائه می‌کنند. این مطالعه مشخص نمود که سرپرستاران با قرار گرفتن در محیط کاری مناسب از راهبردهای متمرکز بر حل مسئله مانند برنامه ریزی فعال و تفکر مثبت در مواجهه با تنش و تهدیدهای محیط کار به جای وظیفه‌مداری و بی‌تفاوتی در رفتار استفاده می‌کنند (۱۵). به طور کلی، بر اساس مطالعات فوق معنای عملکرد مدیریتی از جمله توانایی حفاظتی مدیریتی که مسائل عاطفی را نیز در بر می‌گیرد شامل عملکرد فنی، جسمی و ارتباطی است که با معنا و چگونگی مدیریت در مطالعه حاضر به عنوان حفاظت تساهلی از خود و بیمار (سازمان) در قالب

سازش اجباری و حفاظت تسلیمی از بیمارهماهنگی و تناسب ندارد زیرا عملکرد مدیریتی متاثر از مهارت‌های عاطفی (مثل همدردی، همدلی، احترام و غیره) می‌باشد، اما در مطالعه حاضر حفاظت تساهلی در قالب سازش اجباری متاثر از تهدید موقعیت و عدم رضایت سازمان است. به نظر می‌رسد که دلیل همگرا نبودن این مطالعه با مطالعه حاضر تاثیر شرایط متفاوت مدیریتی-ارتباطی و به دنبال آن مراقبتی در مطالعات فوق با مطالعه حاضر است. به عنوان نمونه، لاگسون رضایت شغلی ناشی از مهارت‌های عاطفی را در قالب ارتباطات غیر رسمی موثر همپای مهارت‌های مدیریتی دانسته که نتیجه آن مراقبت موثر پرستاران از بیماران می‌باشد. با این وجود، در مطالعه حاضر شرایط محیط کار به دلیل موقعیت پرتنش و نامناسب از جمله فشار کاری؛ کمبود نیروی انسانی؛ تقابل منافع شغلی و فردی؛ نارضایتی بیماران، پرسنل و دیگر گروه‌ها؛ عدم حمایت مدیران و ارتباطات غیر موثر موجب شد که سرپرستاران جهت ماندگاری و حفاظت از خود به وظیفه‌مداری روی آورند. در حال حاضر، در کنار عوامل نا مساعد و تنش‌زای محیط کار، عدم حمایت از جانب مدیران و اختلال در روابط حرفه‌ای نیز کارکنان را به سمت رفتارهای غیر مراقبتی سوق می‌دهد. در تایید این مسئله مطالعه‌ای مشخص نمود که پرستاران تحت تاثیر عوامل نامناسب محیط کار و سو مدیریت یک‌سری کار وظیفه‌ای را با حداقل آمادگی انجام می‌دهند. محققین مطالعه حاضر بر این باورند که بسترهای سازمانی، موقعیت کاری و به دنبال آن نحوه مدیریت سرپرستاران بر ارائه کیفیت خدمات، نقش مراقبتی پرستار و این که چگونه پرسنل وظایف خود را ارزش گذاری و اولویت‌بندی کنند، تاثیر گذار هستند. به عبارتی، مداخلات و رویکردهای مدیریتی می‌تواند عملکرد پرستاران و بهبود کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران را به شدت تحت تاثیر قرار دهند (۱۶). در همین رابطه طی مطالعه‌ای دیگری مشخص شد که ساختار عملکردی مدیریتی بیمارستان‌ها سرپرستاران را

به مجریانی جهت اجرای کار روتین مبدل ساخته و سبب گردیده تا مراقبت از بیمار جای خود را به انجام وظیفه مداری بدهد. وقتی انتظارات بیش از اختیارات و توانایی فرد باشد تنش شغلی و تحلیل جسمی و روانی زیاد پرسنل را در پی دارد و در نهایت این عوامل منجر به ارتباطات نامطلوب بین افراد و کاهش کیفیت خدمات می‌شود (۱۷). در واقع این مطالعات تاثیر ساختار محیط کار سازمانی را بر کیفیت خدمات نشان می‌دهد که با مطالعه حاضر هم‌سوست. هم‌چنین در این راستا یکی دیگر از رویکردهای مهم عدم پشتیبانی حامیان ضروری (مدیران) می‌باشد. در این ارتباط تحقیقی در معرفی تئوری کانتر انجام شده است که نشان می‌دهد برای ایجاد توانمندی در کارکنان بایستی ساختارهای سازمانی شامل حمایت از کارکنان توسط مدیران، دسترسی به منابع و اطلاعات و ایجاد فرصت‌های لازم برای رشد و پیشرفت در محیط کار برای کارکنان فراهم شود تا استعداد و صلاحیت افراد برای دستیابی به اهداف سازمان مورد استفاده قرار گیرد (۱۸). هم‌چنین مطالعه‌ای با هدف تعیین فاکتورهای موثر بر توانمندی مدیران پرستاری، چهار عامل توسعه نقش حرفه‌ای، ایجاد فرصت عملکردی مناسب، استفاده از مکانیسم حفظ توانمندی و خصوصیات فردی را به عنوان عوامل کلیدی در حمایت از عملکرد موثر مدیران پرستاری مطرح نمود (۱۹). نتایج مطالعات فوق با مطالعه حاضر هم‌سو نیست در همین راستا مطالعه‌ای تحت عنوان تاثیر مدل کسب شایستگی مدیریتی مبتنی بر انتظارات در پرستاری بر توانمندی کارکنان پرستاری و اثربخشی سبک رهبری مدیران پرستاری نشان داد که مدیران پرستاری با به کارگیری مهارت‌های مدیریتی می‌توانند در ارتقای کیفیت مراقبت، بهسازی حرفه‌ای کارکنان و حمایت از پرستاران موثر باشند. این در حالی است که بسیاری از مدیران پرستاری این مهارت‌ها را به طور مناسب به کار نمی‌گیرند. یافته‌های مطالعه فوق حاکی از این است که بیش‌تر مدیران دارای اثربخشی سبک



رهبری متوسط هستند (۲۰). هم‌چنین طی مطالعه دیگری مشخص شد که مدیران ارشد فاقد قدرت تشویق و ارتباط مناسب با سرپرستاران هستند (۲۱). از طرف دیگر، طی مطالعه‌ای گزارش شد که متاسفانه مدیران پرستاری برای ارائه رفتارهای رهبری و حمایتی مورد نیاز پرستاران توانمند نشده‌اند (۲۲). از این جهت عدم آگاهی از انتظارات گروه‌های مختلف از جمله پرستاران، بیماران و مدیران از یکدیگر به معنی صرف منابع در اموری است که اهمیت چندانی ندارند. بنابراین، به منظور ارتقا کیفیت خدمات برقراری توازن بین انتظارات بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت ضروری است. هم‌چنین در زمینه ارتباط اثربخش مطالعه‌ای کیفی با هدف کشف دیدگاه‌های مدیران پرستاری، از ارتباطات به عنوان یکی از نقش‌های رهبری بر اساس خرده فرهنگ‌ها یاد می‌کند. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه فوق‌المهارت توسعه ارتباطات مثبت مدیران با پرستاران و حصول اطمینان از ارتباط موثر نقش برجسته‌ای در ایجاد محیط کاری سالم ایفا می‌کند (۲۳). نتایج مطالعه فوق با مطالعه حاضر هماهنگی ندارد زیرا متاسفانه نگرش و تعهد سرپرستاران ما مثبت نمی‌باشد به طوری که در این زمینه با گروه درمان، بیماران و همراهان آن‌ها نمی‌توانند ارتباط موثری برقرار نمایند که این خود منجر به بروز نارضایتی می‌گردد. از طرف دیگر، آنچه در مطالعه حاضر در ارتباطات و رفتار سرپرستاران مشهود و حائز اهمیت است عدم ارتباط موثر حرفه‌ای ناشی از راهبرد تعاملی - سازشی یا تعاملی - تسلیمی می‌باشد. لذا لازم است سرپرستاران در مورد نقش‌های خود توجیه شوند تا مدیریت اثربخش را به ثمر برسانند در همین راستا یک مطالعه کیفی تحت عنوان در حاشیه ماندن ارتباط بین فردی ماهیت ابعاد ارتباط پرستار و والد را در مراقبت از کودکان نمایان ساخت. یافته‌های این تحقیق شامل درون مایه‌های در حاشیه قرار گرفتن ارتباط با کودک و والد، محدود کردن اطلاع‌رسانی به والدین، عبرت‌آموزی والد و پرستار از ارتباط و حمایت والدین

بود. علاوه بر این، عوامل در حاشیه ماندن تحت سه درون مایه عدم تعادل منابع انسانی، ناکافی بودن مهارت‌های ارتباطی پرستاران، و ماهیت ارتباط پزشک - پرستار نیز شناسایی گردید (۲۴). هم‌چنین تحقیق کیفی دیگری با هدف تدوین و بررسی چارچوب شایستگی‌های ارتباط بین حرفه‌ای انجام شده است. یافته‌های این تحقیق دارای چهار تم اصلی است که به ترتیب اهمیت و کاربرد صلاحیت‌های ارتباطی عبارتند از "ارتباط ساختارمند" که عمدتاً مربوط به نحوه برقراری ارتباط صحیح می‌باشد و به صلاحیت برقراری ارتباط موثر و تاثیر گذاری آن در روابط بین فردی با بیمار می‌پردازد، "استراتژی ارتباطی" که مربوط به بهبود ارتباط بین فردی و استفاده از ابزار ارتباطی است، "ارتباط با بیمار و خانواده وی" که در سال‌های اخیر به طور قابل توجهی مورد تایید قرار گرفته است و "ارتباط با همکار" که مربوط به اطمینان از ارائه آموزش و حمایت مناسب می‌باشد که نتیجه آن افزایش کیفیت خدمات بر اساس بیمار محوری است (۲۵). لذا با توجه به نتایج مطالعه حاضر صلاحیت‌های ارتباط بین حرفه‌ای یکی از گام‌های اساسی در راستای تحقق همکاری بین حرفه‌ای و ایمنی بیمار محسوب می‌شود، زیرا علی‌رغم اهمیت ارتباطات بین حرفه‌ای، این مسئله به دلیل ناآشنایی سیستم پزشکی با مفاهیم اساسی ارتباطات مغفول مانده است. بنابراین، در حال حاضر به طور کامل برای ما مشخص نیست که مدیران پرستاری و بالاخص سرپرستاران ما چگونه و طی چه فرآیندی صلاحیت‌های مدیریتی و ارتباطی لازم را کسب کرده‌اند و از طرفی فرآیند طراحی شده جهت تربیت سرپرستاران وجود ندارد. لذا لازم است صلاحیت‌های لازم و فرآیند آن را برای سرپرستاران مشخص نمود تا بتوان صلاحیت آن‌ها را مورد ارزیابی و سنجش قرار داد. در همین ارتباط تحقیقی با نگاه کل‌نگرانه صلاحیت‌های مدیریتی وابسته به زمینه اخلاق و ارزش‌ها را شامل عملکرد توأم با تفکر در محیط کاری، دانش، و ارتباطات موثر به عنوان اجزا

بالینی ایمن و اصلاح ساختار و عملکرد سازمانی، جهت تامین رضایت بیماران، پرسنل پرستاری، مدیران ارشد، سرپرستاران و دیگر افراد کادر درمان اقدام گردد. از طرف دیگر، با اقدامات اثربخش در جهت بهسازی مدیریت پرستاری می‌توان عملکرد حرفه ای سرپرستاران را افزایش داده و موجبات ارتقا کیفیت خدمات پرستاری را فراهم نمود. لذا پایش مداوم این روند می‌تواند به عنوان یک ضرورت اجتناب ناپذیر مورد توجه مدیران پرستاری قرار گیرد.

### سپاسگزاری

این مقاله بخشی از یک رساله دکتری است. نویسندگان مراتب قدردانی خود را از کلیه مشارکت کنندگان و معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس اعلام می‌دارند.

### References

1. Lourenço MR, Shinyashiki GT, Trevizan MA. Management and Leadership: Analysis of Nurse Manager's Knowledge . Rev Lat Am Enfermagem 2005; 13(4): 469-473.
2. Beiginia AR, Kalantari F. A Study on the Relationship Between Managers' Leadership Styles and the Employee Job Stress, with an Emphasis on Character Variances as an Intervention Variable. Daneshvar Raftar 2008; 15(29): 1-16 (Persian).
3. Ghiasi M, Hekmatpor A, Ehsani E, Mahbobi M, Afkar A. Study of Relationship between Organizational commitment of Nurses with Management Styles of Head Nurses in Therapeutic Wards of outpatients veterans on 2010. IJWPH 2010; 3(1): 24-29 (Persian).
4. Mesbahi M, Tofighi S, Abbaszadeh A. Determining approach to human resources development in nursing management. Iranian Journal of Nursing Research 2011; 6(20): 17-29 (Persian).
5. Mahmoudi H, Siratinir M, Ebadi A, Tadrissi SD, Taiby A. The study of stress among head nurses in selected hospital of Tehran. I J N 2009; 21(56): 47-53 (Persian).
6. Cohen JD. The aging nursing workforce: How to retain experienced nurses. J Healthc Manag 2006; 51(4): 233-245.
7. Jahanpour F, Sharif F, Salsali M, Kaveh MH, Williams LM. Clinical decision-making in senior nursing students in Iran. Int J Nurs Pract 2010; 16(6): 595-602.
8. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospital: The revised nursing work index. Nurs Res 2000; 49(3): 146-153.
9. New house RP. Exploring nursing issues in rural hospitals. J Nurs Adm 2005; 35(7-8): 350-358.

- 
10. Baghiyani Moghadam MH, Momayyezi M, Rahimdel T. Communication skills of department heads in shahid sadoughi University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education* 2012; 12(6): 448-457 (Persian).
  11. Aghamohammadi-Kalkhoran M, Karimollahi M, Abdi R. Iranian staff nurses' attitudes toward nursing students. *Nurse Educ Today* 2011; 31(5): 477-481.
  12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-112.
  13. Guba EG, Lincoln YS. *Naturalistic Inquiry*. California: Sage Publication; 1985.
  14. Lageson C. Quality focus of the first line nurse manager and relationship to unit outcomes. *J nurse Care Qual* 2004; 19(4): 342-336.
  15. Burgess L, Irvine F, Wallymahmed A. Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nurs Crit Care* 2010; 15(3): 129-140.
  16. Alleyne J, Jumaa MO. Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *J Nurs Manag* 2007; 15(2): 230-243.
  17. Chun-Heung L, French P. Education in the practicum: a study of the ward learning climate in HongKong. *J Adv Nurs* 1997; 26(3): 455-462.
  18. Manojlovich M. The effect of nursing leadership on hospital nurses' professional practice behaviors. *J Nurs Adm* 2005; 35(7-8): 366-374.
  19. Higgins A, Begley C, Lalor J, Coyne I, Murphy K, Elliott N. Factors influencing advanced practitioners' ability to enact leadership: a case study within Irish healthcare. *J Nurs Manag* 2014; 22(7) :894-905.
  20. Mahmoudirad G, Ahmadi F, Vanaki Z, Hajizadeh E. The effect of "Expectation based managerial competency acquisition in nursing model" on nursing staff empowerment and efficacy of leadership style. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2010; 17 (2) :127-135 (Persian).
  21. Pazargadi M, Afzali M, Javadzadeh Z, Alavi Majd HA. Propositional model for head nurses' performance appraisal in university hospitals of Tehran. *Pejouhesh* 2005; 29(2): 187-193 (Persian).
  22. Cohen JD. The aging nursing workforce: How to retain experienced nurses. *J Healthc Manag* 2006; 51(4): 233-245.
  23. Hartung SQ, Miller M . Communication and the healthy work environment: Nurse managers' perceptions. *J Nurs Adm* 2013; 43(5): 266-273.
  24. Aein F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Marginating the interpersonal relationship nurses and parents experiences of communication in pediatric wards. *IJNR* 2008; 3(9): 71-83 (Persian).
  25. Amini SB, Keshmiri F, Soltani Arabshahi K, shirazi M. Development and validation of the inter-professional collaborator communication skill core competencies. *RJMS* 2014; 20(115): 8-16 (Persian).
  26. Meretoja R, Leino-Kilpi H, Kaira AM. Comparision of nurse competence in different hospital work environments. *J Nurrs Manag* 2004; 12(5): 329-336.