

بررسی منابع ایجاد تعارض بین پزشکان و پرستاران در بیمارستان های شهر اردبیل

محمد پناهی توسلو^۱، ابوالقاسم پوررضا^{۲*}، فیض اله اکبری حقیقی^۳، عباس رحیمی فروشانی^۴، زیبا خلیلی^۵

تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۵/۲۷

چکیده:

زمینه و هدف: در محیط بیمارستان بدلیل تعاملات مکرر و پیچیده بین پرستاران و پزشکان و دیگر افراد گروه درمانی و نیز تنوع نقش هایی که آن ها ایفا می کنند، پتانسیل بروز تعارض بطور قابل توجهی بالا می باشد. با توجه به اینکه وجود تعارض مخرب بین پزشک و پرستار می تواند تاثیر منفی بر روی کیفیت مراقبت از بیمار داشته باشد، این مطالعه به بررسی منابع ایجاد تعارض بین پزشکان و پرستاران پرداخته است.

مواد و روشها: جامعه پژوهش پزشکان و کادر پرستاری بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بود. نمونه گیری به دو روش سرشماری و تصادفی ساده صورت گرفت (n=۲۶۰). ابزار گردآوری داد ه ها، پرسشنامه محقق ساخته بود. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آزمون های آماری من ویننی و کروسکال-والیس استفاده شد.

نتایج: نابرابری در توزیع امتیازات غیرمادی بین پزشک و پرستار و نابرابری منزلت اجتماعی دو حرفه در نزد بیمار و همراهان بیمار (mean=۳/۲۳) مهم ترین و عدم حضور به موقع پرستار بر سر بالین بیمار (mean=۲/۱۵) کم اهمیت ترین منابع در ایجاد تعارض بین پزشک و پرستار شناخته شدند. پست سازمانی با نظام اقتصادی_ اجتماعی کلان ($p < 0/001$)، نظام سلامت ($p = 0/013$)، نظام بیمارستان ($p < 0/001$) و روابط بین فردی ($p < 0/001$) رابطه آماری معنی دار داشت.

نتیجه گیری: ایجاد بسترهای فرهنگی و اجتماعی مناسب جهت بالا بردن منزلت اجتماعی پرستاران، بهسازی سازمان و مدیریت آن می تواند گام مفیدی در جهت پیشگیری و یا حداقل تخفیف تعارض بین پزشک و پرستار باشد.

کلمات کلیدی: همکاری، پزشک، پرستار، تعارض

۱. دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (* نویسنده و مسئول شماره تماس: ۰۹۱۲۳۷۲۲۳۲۸ Email: abolghasemp@yahoo.com
۳. استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴. دانشیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

در مراکز درمانی افراد با سن، جنس، سطوح درآمدی، گروه های نژادی، سطوح آموزشی، سبک های زندگی، اهداف و تخصص های گوناگون گرد هم آمده اند تا سلامت جامعه را ارتقا بخشند. اختلاف عقیده بر سر چگونگی تحقق هدف، بخش طبیعی کار کردن با افرادی است که دارای مهارت ها و تخصص های گوناگون هستند (۱). یکی از محیط های پیچیده و پرتعارض نظام سلامت بیمارستان ها هستند (۲). نابرابری های اجتماعی، اقتصادی و جنسیتی جامعه بعنوان یک کل، در بیمارستان احساس می شود و بنابراین در این نوع سازمان تعارض های گوناگون مجال بروز دارند. اگر تعارض ها بسیار عمیق و جدی باشند می توانند روی مداوای بیمار، بعلاوه درمان و تندرستی پرسنل بهداشتی تأثیر بگذارند و بنابراین می توانند مشکل ساز شوند. اگر چه حرفه های زیادی در بیمارستان به کار گرفته می شوند، اما دو گروه از حرفه ها مرکزیت دارند: پزشکان و پرستاران، که تعاملات آن ها نقش مهمی را در ارائه خدمت بازی می کند (۳).

با توجه به حوزه کاری مشترک پرستاران و پزشکان و مکمل بودن این دو حرفه، وجود ارتباطات حرفه ای اجتناب ناپذیر است (۴). دلیل اینکه پرستاران و پزشکان از نظر درجه اهداف حرفه ای (ارائه مراقبت بالینی، مراقبت از بیمار و حمایت) تفاوت هایی دارند بنابراین با چالش های بزرگی در همکاری هایشان مواجه هستند (۳). روابط کاری بین پزشک و پرستار، بوسیله درجاتی از تعارضات بین حرفه ای تحت تأثیر قرار می گیرد. عوامل زیادی مانند تفاوت های جنسیتی، فاصله بین درجه تحصیلی و وضعیت اقتصادی_ اجتماعی، فقدان درک و همفکری و در نهایت برخورد بین پزشک و پرستار، زمانیکه پرستار در تلاش است تا مسئولیت حرفه ای بیشتری را به عهده بگیرد، در شکل گیری این تعارضات نقش دارند (۵).

امروزه عواملی چون گسترش و توسعه نقش های پرستاری، آکادمیک شدن حرفه پرستاری، توانایی قدرت تصمیم گیری، افزایش دانش پرستاران، گسترش آمیزه کاری پرستاران و عدم اطاعت محض از اوامر پزشکان منجر به تشدید مشکل گشته است (۶). از سوی دیگر، وجود نگرش قدیمی برخی از پزشکان مبنی بر تعیین وظایف پرستاران توسط پزشکان نیز از مهمترین علل زمینه ساز می باشد، به گونه ای که در اغلب موارد نقش های جدید پرستاری هنوز هم مورد قبول بسیاری از پزشکان نبوده، پرستاران همچنان عضوی حاشیه ای و کم اهمیت در نظر گرفته می شوند و در تصمیم گیری ها به نظراتشان توجهی نمی شود (۷). اغلب

مطالعات بیانگر این واقعیت است که تنش در روابط حرفه ای پرستاران و پزشکان پیامدهای منفی دیگری چون نارضایتی شغلی و به دنبال آن غیبت از محیط کار و در بسیاری از موارد ترک حرفه پرستاری یا تغییر شغل را نیز به دنبال دارد (۸).

هدف اصلی در این پژوهش بررسی و تعیین منابع ایجاد تعارض بین پزشکان و کادر پرستاری از دیدگاه آنان در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل می باشد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- پیمایشی می باشد که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۰ انجام شد. جامعه پژوهش را پزشکان و کادر پرستاری در ۴ بیمارستان شهر اردبیل (امام خمینی (ره)، بوعلی، علوی و فاطمی) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تشکیل می دادند. برای محاسبه حجم نمونه از فرمول زیر استفاده گردید که ۲۴۶ نفر بدست آمد. قابل ذکر است که برای برآورد p از مطالعه پایلوت استفاده شد.

($\alpha = 0.05$, $p = 0.8$, $d = 0.05$)

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

برای جبران احتمالی ریزش در نمونه، ۱۴ مورد به نمونه اضافه شد و در نهایت حجم نمونه ۲۶۰ نفر تعیین گردید. با توجه به اینکه در بیمارستان های مورد مطالعه ۷۵ پزشک و حدود ۶۰۰ پرستار وجود داشت، بنابراین تمامی پزشکان وارد نمونه شدند و از بین پرستاران ۱۸۵ پرستار بطور تصادفی ساده به نسبت تعداد پرستار هر بیمارستان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته دارای دو بخش بود. بخش اول شامل متغیرهای دموگرافیک (جنس، سن، میزان تحصیلات، محل تولد) و متغیرهای شغلی (سابقه خدمت، نوع استخدام و پست سازمانی) و بخش دوم حاوی ۳۲ سؤال مربوط به منابع ایجاد تعارض بین پزشک و پرستار در چهار آمیزه نظام اقتصادی- اجتماعی کلان، نظام سلامت، نظام بیمارستان و روابط بین فردی بود که بر اساس مقیاس لیکرت و در سطوح هیچگاه (۱) و همیشه (۵) تهیه شد. حداقل و حداکثر نمره تعارض به ترتیب ۳۲ و ۱۶۰ بود. اعتبار علمی پرسشنامه توسط اساتید و افراد صاحب نظر مورد تأیید قرار گرفت و جهت پایایی آن از روش آزمون- بازآزمون^۱ استفاده شد. آنگاه

^۱ - Test_Retest

جدول ۱ - توزیع متغیرهای دموگرافیک و استخدامی افراد مورد مطالعه

درصد	مشخصات دموگرافیک و شغلی	
	۴۲/۳	مرد
۵۷/۷	زن	
۲۱/۶	زیر ۲۸ سال	سن
۵۴/۵	بین ۲۸ تا ۴۰ سال	
۲۳/۹	بالای ۴۰ سال	
۲۱/۳	مجرد	وضعیت تاهل
۷۸/۷	متاهل	
۵۶/۲	بومی	محل تولد
۴۳/۸	غیربومی	
۷۰/۵	لیسانس و کمتر	میزان تحصیلات
۳/۹	فوق لیسانس	
۲۵/۶	دکتری	
۳۱/۷	زیر ۵ سال	سابقه شغلی
۵۲/۹	بین ۵ تا ۱۰ سال	
۱۵/۴	بالای ۱۰ سال	
۲۱/۶	قراردادی	نوع استخدام
۸/۸	طرحی	
۳۵/۲	پیمانی	
۳۴/۴	رسمی	پست سازمانی
۶۱/۲	پرستار	
۱۳/۲	سرپرستار و مترون	
۲۵/۶	پزشک	

همبستگی بین نمره مرتبه اول و دوم هر آمیزه با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن^۱ محاسبه گردید. بدین ترتیب، ضریب همبستگی اسپیرمن برای محورهای پرسشنامه عبارت بود از: آمیزه سطح نظام اقتصادی- اجتماعی کلان: ۰/۶۵، آمیزه سطح نظام سلامت: ۰/۹۲، آمیزه سطح بیمارستان: ۰/۹۳ و آمیزه سطح روابط بین فردی: ۰/۸۴ به دست آمد، که این مقادیر گویای پایایی بالا و مطلوب پرسش نامه ها است. برای جمع آوری داده ها پژوهشگر با معرفی نامه هایی که از طرف دانشگاه دریافت نموده بود و طبق هماهنگی قبلی به بیمارستان های مورد مطالعه مراجعه نموده و پس از توجیه افراد مورد پژوهش در مورد اهمیت مطالعه و کسب رضایت آنها پرسشنامه ها را در اختیار آنها قرار داد. لازم به ذکر است که افراد مورد مطالعه در تکمیل پرسشنامه ها آزادی کامل داشته و فرصت کافی و مناسب در اختیار آنها قرار گرفت. برای تحلیل داده های گردآوری شده از آمار توصیفی و نیز آمار استنباطی شامل آزمون های من ویتنی^۲ و کروسکال-والیس^۳ استفاده گردید.

یافته ها

از میان افراد مورد مطالعه ۵۷/۷ درصد را زنان تشکیل می دادند. ۵۴/۵ درصد افراد در گروه سنی بین ۲۸ تا ۴۰ سال قرار داشتند. ۷۸/۷ درصد متاهل بودند. ۵۲/۹ درصد سابقه کاری بین ۵ تا ۱۰ سال داشتند. ۵۶/۲ درصد افراد بومی بودند. ۷۰/۵ درصد افراد تحصیلات لیسانس و پایین تر داشتند. ۳۵/۲ درصد بصورت پیمانی و ۳۴/۴ درصد بصورت رسمی مشغول به کار بودند. ۶۱/۲ درصد را پرستاران تشکیل می دادند (جدول ۱).

مهمترین منابع در ایجاد تعارض به ترتیب مربوط به نظام بیمارستان (med=۵۶/۶۷)، نظام سلامت (med=۵۵)، نظام اقتصادی- اجتماعی کلان (med=۵۳/۳۳) و روابط بین فردی (med=۴۹/۰۹) بوده است.

یافته های مربوط به منابع ایجاد تعارض بین پزشکان و پرستاران به تفکیک مشخصات دموگرافیک و شغلی افراد مورد مطالعه در جدول ۲ آمده است. از نظر پرستاران، نظام اقتصادی- اجتماعی کلان (med=۶۰)، از نظر سرپرستاران و مترون ها، نظام بیمارستان (med=۶۲/۳۰) و از نظر پزشکان، نظام سلامت و بیمارستان (med=۵۵) مهمترین علل بروز تعارض در بین آن ها بوده اند (جدول ۲).

^۱ - Spearman

^۲ - Mann-Whitney

^۳ - Kruskal-Wallis

جدول ۲- میانه منابع ایجاد تعارض به تفکیک متغیرهای دموگرافیک و استخدامی

متغیر	نظام اقتصادی- اجتماعی کلان	نظام سلامت	نظام بیمارستان	روابط بین فردی
جنس	زن	۵۵	۵۵	۴۹/۰۹
	مرد	۶۰	۵۸/۳۳	۴۹/۰۹
سن	زیر ۲۸ سال	۶۰	۶۱/۲۵	۴۸/۱۸
	بین ۲۸ تا ۴۰ سال	۶۰	۵۸/۳۳	۵۰/۹۱
	بالای ۴۰ سال	۵۵	۵۵	۴۹/۰۹
وضعیت تاهل	مجرد	۶۰	۵۹/۱۷	۴۹/۰۹
	متاهل	۵۵	۵۸/۳۳	۴۹/۰۹
محل تولد	بومی	۶۰	۶۰/۸۳	۵۰/۹۱
	غیربومی	۵۵	۵۵	۴۹/۰۹
تحصیلات	لیسانس و کمتر	۶۰	۵۸/۳۳	۵۰/۹۱
	فوق لیسانس	۴۶/۶۶	۴۷/۵۰	۵۲/۷۳
	دکتری	۵۰	۵۵	۴۵/۴۵
بیمارستان	امام خمینی	۵۵	۵۶/۶۷	۴۸/۱۸
	بوعلی	۵۵	۵۶/۶۷	۵۲/۷۳
	علوی	۶۰	۵۸/۳۳	۵۰/۹۱
	فاطمی	۵۳/۳۳	۶۰	۴۷/۲۸
سابقه شغلی	زیر ۵ سال	۵۵	۵۵	۴۹/۰۹
	بین ۵ تا ۱۰ سال	۵۳/۳۳	۵۵	۵۰/۹۱
	بالای ۱۰ سال	۴۶/۶۷	۶۰	۴۷/۲۸
نوع استخدام	قراردادی	۵۳/۳۳	۵۲/۵۰	۴۹/۰۹
	طرحی	۶۰	۵۳/۳۳	۴۸/۱۸
	پیمانی	۶۰	۶۲/۵۰	۵۰/۹۱
	رسمی	۵۳/۳۳	۵۶/۲۵	۴۹/۰۹
پست سازمانی	پرستار	۶۰	۵۶/۶۷	۵۰/۹۱
	سرپرستار و مترون	۵۳/۳۳	۶۰	۵۲/۷۳
	پزشک	۴۶/۶۷	۵۵	۴۵/۴۵

بر اساس آزمون کروسکال- والیس، توزیع نمره روابط بین فردی در ۴ بیمارستان اختلاف آماری معنی دار داشت ($p=0/001$). در بیمارستان بوعلی بالاترین نمره و در بیمارستان فاطمی پایین ترین نمره را در ایجاد تعارض داشت. بر اساس آزمون من ویتنی، جنسیت با آمیزه های نظام اقتصادی - اجتماعی کلان، نظام سلامت و نظام بیمارستان ارتباط آماری معنی دار داشت ($p<0/05$). بطوریکه نمره این آمیزه ها در مردان بیشتر از زنان بود. همچنین محل تولد با آمیزه های نظام اقتصادی - اجتماعی کلان و نظام بیمارستان ارتباط آماری معنی دار داشت

($p<0/05$). بگونه ای که اهمیت این آمیزه ها در ایجاد تعارض از نظر بومی ها نسبت به غیربومی ها بیشتر بود. وضعیت تاهل با هیچ کدام از آمیزه ها ارتباط آماری معنی دار نداشت ($p>0/05$). آزمون کروسکال- والیس نشان داد که سن با آمیزه های نظام اقتصادی - اجتماعی کلان و نظام بیمارستان ارتباط آماری معنی دار داشت ($p<0/05$). طوریکه با افزایش سن از اهمیت این آمیزه ها در ایجاد تعارض کاسته شده بود. بر اساس آزمون کروسکال- والیس اختلاف آماری معنی داری از نظر منابع ایجاد تعارض بین سوابق مختلف خدمتی وجود

دارد. بر اساس آزمون کروسکال- والیس، توزیع نمره روابط بین فردی در ۴ بیمارستان اختلاف آماری معنی دار داشت ($p=0/001$). در بیمارستان بوعلی بالاترین نمره و در بیمارستان فاطمی پایین ترین نمره را در ایجاد تعارض داشت. بر اساس آزمون من ویتنی، جنسیت با آمیزه های نظام اقتصادی - اجتماعی کلان، نظام سلامت و نظام بیمارستان ارتباط آماری معنی دار داشت ($p<0/05$). بطوریکه نمره این آمیزه ها در مردان بیشتر از زنان بود. همچنین محل تولد با آمیزه های نظام اقتصادی - اجتماعی کلان و نظام بیمارستان ارتباط آماری معنی دار داشت

نمره را در بین پیمانی ها و پایین ترین نمره را در بین قراردادی ها از نظر ایجاد تعارض داشت. در سایر آمیزه ها بین گروه های استخدامی مختلف، اختلاف معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$). بر اساس آزمون کروسکال-والیس مشخص شد که توزیع نمرات منابع ایجاد تعارض در بین پست های سازمانی (پرستار، سرپرستار و پزشک) اختلاف آماری معنی دار داشت ($p < 0/05$). بگونه ای که آمیزه های نظام سلامت، نظام بیمارستان و روابط بین فردی بالاترین نمره را در بین سرپرستاران و مترون ها و نظام اقتصادی-اجتماعی کلان بالاترین نمره را در بین پرستاران داشتند. کلیه آمیزه ها پایین ترین نمره را در بین پزشکان داشتند (جدول ۳).

نداشت ($p > 0/05$). همچنین آزمون کروسکال-والیس نشان داد که توزیع نمرات آمیزه های نظام اقتصادی-اجتماعی کلان، نظام بیمارستان و روابط بین فردی در بین سطوح مختلف تحصیلاتی اختلاف آماری معنی دار داشت ($p < 0/05$). هرچه تحصیلات افزایش یافته بود نمره این آمیزه ها کاهش یافته بود. در حالیکه توزیع نمره آمیزه نظام سلامت در بین این سطوح یکسان بود ($p = 0/120$). همچنین بین نوع استخدام و آمیزه های نظام اقتصادی-اجتماعی کلان و نظام سلامت رابطه آماری معنی دار وجود داشت ($p = 0/002$). آمیزه نظام اقتصادی-اجتماعی کلان بالاترین نمره را در بین پیمانی ها و پایین ترین نمره را در بین رسمی ها در ایجاد تعارض داشت. نظام سلامت بالاترین

جدول ۳- رابطه بین متغیرهای دموگرافیک و استخدامی با منابع ایجاد تعارض

p-value				منابع ایجاد تعارض
روابط بین فردی	نظام بیمارستان	نظام سلامت	نظام اقتصادی-اجتماعی کلان	
۰/۰۰۱	۰/۳۷۳	۰/۵۹۲	۰/۶۵۳	بیمارستان
۰/۱۹۱	۰/۰۴۵	۰/۱۰۴	۰/۰۰۶	سن
۰/۳۰۶	۰/۰۳۳	۰/۰۱۰	۰/۰۱۶	جنس
۰/۸۰۸	۰/۸۲۹	۰/۴۷۱	۰/۱۶۵	وضعیت تاهل
۰/۱۲۲	۰/۰۱۶	۰/۳۰۵	۰/۰۳۵	محل تولد
۰/۲۶۴	۰/۳۳۲	۰/۷۰۵	۰/۱۴۹	سابقه شغلی
۰/۰۰۴	۰/۰۳۴	۰/۱۲۰	۰/۰۰۱	تحصیلات
۰/۰۷۴	۰/۰۸۰	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	نوع استخدام
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱۳	۰/۰۰۱	پست سازمانی

داشته است. بر اساس آمیزه نظام بیمارستان، نابرابری منزلت اجتماعی دو حرفه در نزد بیمار بالاترین میانگین ($3/24 \pm 1/232$) و ناهماهنگی زمانی و تداخل برنامه تغییر شیفت پزشکان با پرستاران پایین ترین میانگین ($2/48 \pm 0/899$) را داشت. بر اساس آمیزه روابط بین فردی، در دسترس نبودن پزشک در مواقع اضطراری بالاترین میانگین ($2/92 \pm 0/772$) و عدم حضور به موقع پرستار بر سر بالین بیمار پایین ترین میانگین ($2/15 \pm 0/772$) را داشت (جدول ۴).

بین منابع ایجاد تعارض از دیدگاه پزشکان و پرستاران بر اساس آمیزه نظام اقتصادی-اجتماعی کلان، نابرابری در قدرت، موقعیت و احترام بین پزشک و پرستار بالاترین میانگین ($3/06 \pm 1/248$) و تبعیضات جنسیتی بین پزشکان و پرستاران پایین ترین میانگین ($2/41 \pm 1/053$) را داشته است. بر اساس آمیزه نظام سلامت، نابرابری در توزیع امتیازات غیرمادی بین پزشک و پرستار بالاترین میانگین ($3/23 \pm 1/148$) و نبود آگاهی و درک کامل از نقش یکدیگر پایین ترین میانگین ($2/63 \pm 1/011$) را

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار زیرمجموعه های منابع ایجاد تعارض بین پزشک و پرستار

میانگین و انحراف معیار	زیر مجموعه	منابع ایجاد تعارض
$1/127 \pm 3$	نابرابری منزلت اجتماعی دو حرفه در سیاست های کلان	نظام اقتصادی - اجتماعی کلان
$1/248 \pm 3/06$	نابرابری در قدرت، موقعیت و احترام	
$1/053 \pm 2/41$	تبعیضات جنسیتی بین پزشکان و پرستاران	
$1/122 \pm 3/16$	نابرابری در حقوق	نظام سلامت
$1/161 \pm 3/02$	نابرابری در استقلال حرفه ای برای انجام کارها	
$1/002 \pm 2/71$	متناسب نبودن اختیارات با مسئولیت های دو طرف	
$1/185 \pm 3/06$	رفتارهای پزشک سالارانه	
$1/011 \pm 2/63$	نبود آگاهی و درک کامل از نقش یکدیگر	
$1/107 \pm 2/85$	درک متفاوت از نیازهای بیمار و تدارک برنامه مراقبتی جداگانه از سوی پزشک و پرستار	
$3/13 \pm 1/131$	نابرابری در حمایت اداری که از سوی نظام سلامت بعمل می آید.	
$1/148 \pm 3/23$	نابرابری در توزیع امتیازات غیرمادی بین پزشک و پرستار	
$1/232 \pm 3/24$	نابرابری منزلت اجتماعی دو حرفه در نزد بیمار	
$1/219 \pm 3/23$	نابرابری منزلت اجتماعی دو حرفه در نزد همراهان بیمار	
$1/131 \pm 3/13$	نابرابری در حمایت اداری که از سوی بیمارستان بعمل می آید.	
$1/148 \pm 3/23$	نابرابری در توزیع امتیازات غیرمادی بین پزشک و پرستار	
$0/921 \pm 2/65$	عدم هماهنگی و همکاری از سوی همکاران آزمایشگاه و رادیولوژی	
$0/723 \pm 2/64$	نقص یا کمبود در ابزارهای کار و معاینه یا ناهماهنگ بودن آن ها	
$0/899 \pm 2/48$	ناهماهنگی زمانی و تداخل برنامه تغییر شیفت پزشک پزشکان با پرستاران	
$1/156 \pm 3/20$	نابرابری در توزیع کارانه ها	
$1/137 \pm 3/11$	نابرابری در حجم و فشار کاری	
$1/094 \pm 2/94$	نابرابری در مواجهه با خطرات شغلی	
$0/997 \pm 2/77$	محدودیت های ناشی از تسلط روابط صرفا حرفه ای بین پزشکان و پرستاران	
$1/091 \pm 3/16$	فراهم نبودن فرصت مشارکت در تصمیم گیری های درمانی برای پرستاران	روابط بین فردی
$0/772 \pm 2/92$	در دسترس نبودن پزشک در مواقع اضطراری	
$0/842 \pm 2/31$	در دسترس نبودن پرستار در مواقع اضطراری	
$0/953 \pm 2/41$	عدم حضور به موقع پزشک بر سر بالین بیمار	
$0/773 \pm 2/15$	عدم حضور به موقع پرستار بر سر بالین بیمار	
$0/793 \pm 2/39$	کمبود مهارت بالینی کافی در پزشک	
$0/817 \pm 2/34$	کمبود مهارت بالینی کافی در پرستار	
$0/916 \pm 2/38$	عدم احساس مسئولیت کافی نسبت به بیمار در پزشک	
$0/879 \pm 2/27$	عدم احساس مسئولیت کافی نسبت به بیمار در پرستار	
$0/999 \pm 2/72$	کم توجهی پزشکان نسبت به پرستاران	
$1/087 \pm 2/76$	کم توجهی پزشکان به خدمات پرستاری	
$1/124 \pm 2/68$	مواخذه پرستار توسط پزشک در صورت بدتر شدن وضعیت بیمار	

بحث و نتیجه گیری

همانگونه که یافته ها نشان داد عوامل مربوط به نظام بیمارستان بیشترین نقش را در بروز تعارض بین پزشک و پرستار داشتند. در حالیکه عوامل مربوط به روابط بین فردی کمترین نقش را داشتند. نابرابری در توزیع امتیازات غیرمادی بین پزشک و پرستار و نابرابری منزلت اجتماعی دو حرفه در نزد بیمار و همراهان بیمار مهم ترین منابع و عدم حضور به موقع پرستار بر سر بالین بیمار کم اهمیت ترین منبع در ایجاد تعارض بین پزشک و پرستار شناخته شدند.

مهرابی (۹) در پژوهش خود با اشاره به مساله اصلی در مورد رابطه بین حرفه‌ای پزشک و پرستار، مواردی چون تقابل نقش پرستار و پزشک، وجود پندارهای قالبی منفی درباره منزلت پایین پرستاری نسبت به پزشکی، تفکیک جنسیتی بین مشاغل پزشکی و پرستاری، عدم تقارن و نابرابری قدرت حرفه‌ای، وجود موانع جدی در برابر ایفای نقش حرفه‌ای مستقل پرستاران را از جمله عوامل تنش زا در روابط بین پزشک و پرستار برشمرده و فرسودگی روانی پرستاران و افزایش ترک حرفه پرستاری و برآیندهای منفی خدمات سلامت را از جمله مهم‌ترین موضوعات شایان توجه در این رابطه عنوان کرده است. در مطالعه ای که رستمی و همکاران (۱۰) با هدف بررسی ارتباط حرفه ای بین پرستاران و پزشکان از دیدگاه پرستاران انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که عواملی چون وجود مشکل در دسترسی به پزشک معالج، خودداری پرستار از اظهار نظر در مواقعی که نظرش با نظر پزشک یکی نیست و عدم نظرخواهی پزشکان از پرستاران در انجام اقدامات درمانی مهم‌ترین جنبه های منفی ارتباط بین پزشکان و پرستاران بودند. یافته های مطالعه آن ها همچنین نشان داد که عدم نظرخواهی پزشکان از پرستاران مهم‌ترین عامل ایجاد اختلال در ارتباط بین فردی آنان بوده است. این عوامل در مطالعه ما نیز از نظر ایجاد تعارض حائز اهمیت بودند. یافته های مطالعه ضیغمی و حقیقی (۱۱) نشان داد که از نظر میزان مشارکت و همکاری میان پزشکان و پرستاران در تصمیم گیری های درمانی برای بیماران، ۱۴ درصد همکاری ضعیف، ۵۲ درصد همکاری متوسط و ۳۴ درصد همکاری خوب را نشان دادند. این یافته ها در تضاد با یافته های مطالعه ما می باشد که در آن فراهم نبودن فرصت مشارکت برای پرستاران در تصمیم گیری های درمانی به عنوان یکی از مهم‌ترین علل تعارض شناخته شده است. همچنین در مطالعه آن ها مشخص شد که حمایت از کادر پرستاری در مواقع بروز تضاد و تعارض، اختلاف و مشکل، در حد کمی انجام می پذیرد. روز استین (۱۲) نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافته بود. این یافته ها نیز با یافته های مطالعه ما که در آن نابرابری در حمایت اداری و توزیع

امتیازات غیرمادی بین پزشک و پرستار جزء مهم‌ترین عوامل ایجاد تعارض شناخته شده بودند، مطابقت دارد. آن ها در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که سیاست های سازمانی، کمبود پرسنل پرستاری، فشار کاری در حرفه پرستاری، نگرشهای ناهماهنگ در محل کار، کمبود آگاهی پزشکان نسبت به حیطه و قابلیت های حرفه ای پرستاران، رعایت احترام متقابل و تفاوت در درآمد مهم‌ترین عواملی بودند که همکاری بین پزشک و پرستار را تحت تاثیر قرار می دادند. این یافته ها نیز با یافته های مطالعه ما مطابقت دارد.

همچنین یافته های مطالعه بایرام (۳) دمیر^۱ نشان داد که عواملی چون نابرابری در توزیع قدرت، تبعیضاتی که سیستم بهداشت و درمان بین پزشکان و پرستاران قائل می شود، رفتارهای پزشک سالارانه، تفاوت در سطح تحصیلات پزشکان و پرستاران و تفاوت در استقلال حرفه ای برای انجام وظایف زمینه را برای بروز تعارض مستعد می کند. در این مطالعه تعارض بین پزشکان و پرستاران زن (هم جنس) بیشتر و ملموس تر بود.

استفاده موثر از تعارض مستلزم شناخت و درک کامل ماهیت آن، علل ایجاد آن و همچنین کسب مهارت در اداره و کنترل آن است. نتایج مطالعه نشان داد که تعارض بین پزشک و پرستار بیشتر به سبب باورها و برداشت های غلط اجتماعی، سوء مدیریت، شرایط و اوضاع و احوال سازمانی، ساختار سازمانی و نارسایی سیستم ارتباطات رخ می دهد. بنابراین برای پیشگیری و یا حداقل تخفیف تعارض بایستی به ایجاد بسترهای فرهنگی و اجتماعی مناسب جهت بالا بردن منزلت اجتماعی پرستاران و بهسازی سازمان و مدیریت آن پرداخت تا از این طریق بتوان به بهبود همکاری بین پزشک و پرستار کمک نمود. بهبود همکاری بین پزشک و پرستار به ارتقای نتایج در عملکرد پزشکان و پرستاران همراه با بهبود سریع در وضعیت بیماران منجر می گردد. از جمله پیامدهای مثبت روی بیماران می توان به ارتقای رضایت بیمار، افزایش آگاهی از مسایل و مشکلات بیمار، ارتقای مراقبت از بیمار، کاهش طول زمان بستری در بیمارستان و کاهش خطاهای درمانی و کاهش هزینه های درمانی اشاره کرد، در حالی که پیامدهای مثبت این تعامل برای پرستاران و پزشکان شامل افزایش بهره وری و رضایت شغلی، کاهش استرس و فرسودگی شغلی، ارتقای کارآمدی، بهبود ارتباط در بین ارائه دهندگان مراقبت، افزایش حس مشارکت و همکاری در تیم درمانی، افزایش مهارت، دانش و نگرش و افزایش درک و آگاهی پزشکان از نقش پرستاران می باشد.

^۱ - Bayram Demir

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد به شماره ۴۸۲۴ مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی

تهران می باشد. بدینوسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی پزشکان و کادر پرستاری بیمارستان های مورد مطالعه که در انجام مطالعه همکاری نمودند، اعلام می دارند.

References

- 1- Whitehead DK, Weiss SA, Tappen RM. Essentials of nursing leadership and management. 5th ed. USA, Philadelphia: F.A Davis Company; 2010.
- 2- Arab M. Survey on effect organizational structure and management styles on hospital indicators and determination of one appropriated models for develop in Iran public hospitals, PhD [Thesis], school of Public Health, Tehran University of medical sciences, 2000-2001. [in Persian].
- 3- Demir B, Kasapoğlu . «Nurse Physician Relations: A Qualitative Case Study in the Emergency Department of a Hospital in Ankara, Turkey». European Journal of Turkish Studies [Online], Complete List, 2008, Online since 31 mars 2008. URL: <http://ejts.revues.org/index1783.html>.
- 4- Thempson D, Stewart S. Handmaiden or right handman: is the relationship between doctors and nurses still therapeutic. International journal of Cardiology. 2007, 139-140.
- 5- Verschuren, P. J.M., & Masselink, H. (1997). Role concepts and expectations of physicians and nurses in hospitals. Social Science and Medicine, 45(7), 1135–1138.
- 6- Tabak N, Koprak O. Relationship between new nurses resolves their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. Journal of Nursing Management, 2007, 15,321-331.
- 7- Snelgrove SH & Hughes D. Interprofessional relations between doctors and nurses: perspective from south Wales. journal of advanced nursing, 2000, 31(3), 661-667.
- 8- Editorial. Nurse-doctor relationships: conflict, competition or collaboration. Intensive and critical care nursing, 2000, 16,127-128.
- 9- Mehrabi M. Sociological study of the interprofessional relationship between nurses and physicians. 2009. <http://www.aftabir.com> . [in Persian]
- 10- Rostami H, et al. The Viewpoint of Nurses about Professional Relationship between Nurses and Physicians. Qorqan's Journal of Nursing and Midwifery. 2010, 7(1),p: 63-7. [in Persian]
- 11- Zeighami Sh, Haghghi S. Survey of the relation between communication skills application with communication and collaboration between physicians and nurses in Alborz hospital of Karaj. Islamic Azad University's Journal of Medical Sciences. 2010, 19(2), p: 121-7. [in Persian]
- 12- Rosenstein AH, Russell H, Lauve R. Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage. Physician Exec 2002; 28: 8-10.

Sources of conflict between physicians and nurses

Panahi .M¹, Pourreza .A², Akbari .F³, Rahimi .A⁴, Khalili .Z⁵

Submitted: 2013.4.9

Accepted: 2013.8.19

Abstract

Background: In the hospital setting, the potential for conflict is considerably high, because of the frequent and complicated interactions among nurses, physicians and other medical team staff and also the variety of their roles. With regards to the destructive conflict between physician and nurse which can negatively impact on the quality of health care delivery, this study aimed to investigate sources of conflict between physicians and nurses.

Materials & Methods: The study population involved a total of physicians and nursing cadre employed in 4 hospitals affiliated to Ardebil University of Medical Sciences. 260 subjects were selected by both census and Simple random sampling methods. Data collection process was accomplished through questionnaire that its reliability and validity were confirmed. Data analysis was done using the Descriptive statistics and Mann-Whitney, Kruskal-Wallis tests.

Results: Inequality in the social status between physicians and nurses from the perspective of patients and their attendants and also inequality in distribution of immaterial benefits between two forementioned groups (mean=3.23) were the most leading factors in arising conflict. The Social economic system ($p<0.001$), the health system ($p=0.013$), the hospital system ($p<0.001$) and interpersonal relations ($p<0.001$) variables had a significant relationship with the organizational position.

Conclusion: creating appropriate social and cultural contexts in order to promote the social status of nursing profession as well as improving the organization and its management could be effective to prevent or at least mitigate conflict between physicians and nurses.

Keywords: Collaboration, Physician, Nurse, Conflict

-
1. PhD student in Healthcare management, Department of Health management and economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.
 2. Corresponding Author. Professor, Department of Health management and economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences. Email: abolghasemp@yahoo.com
 3. Assistant professor, Department of Health management and economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.
 4. Associate Professor, Dept. Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Science.
 5. MSc student in Health Education, Health Education and Promotion Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.