

Received: 2021/2/16

Accepted: 2021/6/14

How to cite:

Afzali M, Ebadi A, Mokhtari-nouri J.

*The role of dominance and subordination in the disruptive behaviors of nurses working at military hospitals: a qualitative content analysis. EBNESINA 2021;23(2):48-57.*

DOI: [10.22034/23.2.48](https://doi.org/10.22034/23.2.48)

## Original Article

# The role of dominance and subordination in the disruptive behaviors of nurses working at military hospitals: a qualitative content analysis

Mahboobeh Afzali<sup>1</sup>, Abbas Ebadi<sup>2,3</sup>, Jamileh Mokhtari-nouri<sup>3✉</sup>

## Abstract

**Background and aims:** The existence of disruptive behaviors in medical centers is a long term problem that has very negative consequences for nurses, organizations, and patients. Since the disruptive behaviors are a complex, multi-dimensional, interactive, and social phenomenon, and they are depended on the culture and religion of each community; therefore, this study aimed to explore perceptions of nurses on disruptive behaviors in the Iranian medical centers.

**Methods:** This qualitative study was conducted with the participation of 15 nurses working in six military hospitals in Tehran, Iran in 2016. The targeted sampling method was used during semi-structured interviews to collect data. Data analysis was performed by contractual content analysis and was conducted continuously and simultaneously with the data collection.

**Results:** Two main categories and five subcategories were recognized, including: 1) domination in nursing (bullying and violence, abuse of power); and 2) subordination in nursing (lack of power over physicians, silence and passive compromise, hatred of organization and reduced self-confidence).

**Conclusion:** One of the most important reasons for nurses' disruptive behaviors is the phenomenon of oppression, dominance-subordination in nursing, and power hierarchy in Iranian medical centers. Therefore, in order to solve this problem and improve professional behaviors, the concept of empowering nurses to deal with dominance-subordination in nursing should be emphasized.

**Keywords:** Dominance-Subordination, Disruptive behaviors, Nurses, Military Hospitals

1. Assistant professor, Department of Emergency Medicine, School of Paramedical Sciences, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Professor, Behavioral Sciences Research Center, Life style institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Professor, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Associate professor, Medicine-Quran and Hadith Research Center, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

✉ Corresponding Author:

Jamileh Mokhtari-nouri

Address: Baqiyatallah University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Medicine, Quran and Hadith Research Center, Tehran, Iran

Tel: +98 (21) 88600047

E-mail: [mokhtari@bmsu.ac.ir](mailto:mokhtari@bmsu.ac.ir)

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 23, No. 2, Serial 75 Summer 2021)



Copyright© 2021. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajau.ac.ir>

# نقش سلطه‌گری و سلطه‌پذیری در بروز رفتارهای مخرب پرستاران شاغل در بیمارستان‌های نظامی: تحلیل محتوای کیفی

محبوبه افضلی<sup>۱</sup>، عباس عبادی<sup>۲</sup>، جمیله مختاری نوری<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و اهداف:** وجود رفتارهای مخرب در مراکز درمانی یک مسئله و موضوع بلندمدت است که پیامدهای بسیار منفی برای پرستاران، سازمان و بیماران دارد. از آنجایی که رفتارهای مخرب، پدیده‌ای پیچیده، چندبُعدی، فرایندی، تعاملی، اجتماعی و وابسته به فرهنگ و مذهب هر جامعه است؛ لذا این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران در مورد پدیده رفتارهای مخرب در مراکز درمانی ایران انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه کیفی با مشارکت ۱۵ پرستار شاغل در شش بیمارستان نظامی شهر تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد. از نمونه‌گیری هدفمند طی مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام یافت. آنالیز داده‌ها به طور مداوم و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد.

**یافته‌ها:** دو طبقه اصلی با عناوین سلطه‌گری در پرستاری (زورگویی و خشونت، سوء استفاده از قدرت) و سلطه‌پذیری در پرستاری (کمبود قدرت در برابر پزشکان، سکوت و سازش انفعالی، نفرت از سازمان و کاهش خود باوری) حاصل شد.

**نتیجه‌گیری:** یکی از مهمترین دلایل بروز رفتارهای مخرب پرستاران وجود پدیده سرکوب و سلطه‌گری - سلطه‌پذیری در پرستاری و سلسله مراتب قدرتی در مراکز درمانی ایران است. بنابراین برای رفع این معضل و بهبود رفتارهای حرفه‌ای باید بر مفهوم توانمندسازی پرستاران برای مقابله با پدیده سلطه‌گری - سلطه‌پذیری تأکید شود.

**کلمات کلیدی:** سلطه‌گری - سلطه‌پذیری، رفتارهای مخرب، پرستاران، بیمارستان‌های نظامی

۱. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پیراپزشکی، گروه فوریت پزشکی، تهران، ایران
۲. استاد، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله<sup>(عج)</sup>، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو سبک زندگی، تهران، ایران.
۳. استاد، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله<sup>(عج)</sup>، دانشکده پرستاری، تهران، ایران.
۴. دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله<sup>(عج)</sup>، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، تهران، ایران.

(سال بیست و سوم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۰، مسلسل ۷۵)  
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲۴

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۸

مؤلف مسئول: جمیله مختاری نوری

آدرس: دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله<sup>(عج)</sup>، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، تهران، ایران.

تلفن: ۰۰۴۷-۸۸۶۰۰۰۰ (۲۱) ۹۸+

ایمیل: mokhtari@bmsu.ac.ir

## مقدمه

رفتار مخرب کلمه‌ای است که در سازمان‌های درمانی برای توصیف انواع وسیعی از رفتارهای خشونت‌آمیز، آزاردهنده و تهدیدکننده کارکنان تیم درمان استفاده می‌شود. در حال حاضر رفتارهای مخرب و روابط منفی بین پرستاران موضوعی است که به خوبی در سراسر جهان شناخته شده و در منابع پرستاری گزارش شده‌اند، زیرا این پدیده می‌تواند پیامدهای منفی برای زندگی حرفه‌ای و خصوصی قربانیان آن داشته باشد [۱]. بسیاری از منابع و مقالات روند گسترش و توسعه حرفه پرستاری را همانطور که تحت تأثیر و سلطه‌گسترش رفتارهای مخرب بوده است نشان می‌دهند و رفتارهای مخرب را با استفاده از نظریه سرکوب<sup>۱</sup> در پرستاری توضیح می‌دهند [۲، ۳]. برخی از نویسندگان به طور آشکار منبع و منشأ رفتارهای مخرب را از کارکرد و عملکرد نقش اجتماعی زنان در جامعه و گسترش تاریخی رشته پرستاری می‌دانند. از آنجایی که در کشورهای غربی نقش مراقبتی به عنوان نقش شناخته شده برای زنان در نظر گرفته شد و ریشه‌های پرستاری زنان در مدل‌های مذهبی و نظامی وجود داشت، اساس و بنیان اطاعت و تسلیم در حرفه پرستاری نهادینه و پایه‌گذاری شد و این باعث شد که زنان در یک موقعیت سلطه‌پذیر قرار گرفته و از همان ابتدا پرستاری به یک جنسیت خاص محدود شد، از طرفی آموزش پرستاری باید هم‌گام و هم‌راستا با نیازهای جامعه حرکت می‌کرد و استانداردهای تعریف شده از طرف جامعه برای تربیت یک پرستار خوب و ایده‌آل را قوت می‌بخشید و براساس عرف و هنجار موجود در جامعه در حین آموزش و بعد از آن، باید از تربیت پرستاران مطیع، وفادار و فداکار اطمینان حاصل می‌کرد. بر این اساس پرستار ایده‌آل شخصی بود که آهسته صحبت می‌کرد، در همه هزینه‌ها به سازمان وفادار می‌بود و به شدت مطیع کسانی بود که در منصب قدرت و مقام بودند و بدین صورت بود که رفتارهای مخرب اولین جای پای خود را

در میان پرستاران پیدا کرد و به رشد خود ادامه داد [۴-۶].

در حال حاضر نیز وضعیت رفتارهای مخرب در مراکز درمانی هم‌چنان نامناسب، ناخوشایند و وخیم است. مطالعات نشان می‌دهند ۷۹٪ پرستاران بیمارستان، خودشان را قربانی این رفتارها می‌دانند. در برخی مطالعات نشان داده شده است که شایع‌ترین منبع خشونت کلامی، پرستاران و بعد از آن همراهان، خانواده‌ها و پزشکان بوده‌اند [۷، ۸]. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که پرستارهای جوان‌تر و کم‌سابقه بیشتر قربانی این رفتارها بوده‌اند و بیشتر فاعلان و عاملان این رفتارها سرپرستاران، پرستاران ارشد و باتجربه‌ترها بوده‌اند [۹].

مطالعات در کشور ما نیز نشان می‌دهند که شیوع رفتارهای مخرب در برخی مراکز درمانی ما نیز آمار بالایی است و پرستاران در تیم درمان آسیب‌پذیرترین افراد در برابر شیوع بالای این رفتارها هستند [۱۰-۱۲]. بیشتر مطالعات انجام شده در این زمینه بر روی شیوع و میزان تکرار، نوع رفتارها و پیامدهای آن تمرکز کرده‌اند، از طرفی با وجود اطلاعات موجود، کمبود راه‌حل‌ها و مداخلات مؤثر به چشم می‌خورد، بنابراین ماهیت کیفی این مطالعه و روش‌های جمع‌آوری داده‌های آن، ممکن است بتواند نگرش‌های جدیدی را که منجر به ایجاد راهبردهای مؤثر برای کاهش وقوع و تأثیرات رفتارهای مخرب شود را فراهم کند. دلایل اینکه چرا رفتارهای مخرب در میان پرستاران اتفاق می‌افتد بسیار پیچیده است. از آنجایی که رفتارهای مخرب، پدیده‌ای پیچیده، چندبُعدی، فرایندی، تعاملی، اجتماعی و وابسته به فرهنگ و مذهب هر جامعه است، لذا این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران در مورد پدیده رفتارهای مخرب در بستر مراکز درمانی ایران انجام شد.

## روش بررسی

مطالعه حاضر با روش تحقیق کیفی و با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی<sup>۲</sup> در سال ۱۳۹۵ در بخش‌های مختلف شش

2. Conventional content analysis

1. Oppression Theory

واحد‌های مفهومی، کدگذاری متن، کنترل و هماهنگ‌سازی کدها با متن، گروه‌بندی و گسترش طبقات بر اساس شباهتها و همخوانی آنها، مرور طبقات و مقایسه مجدد آنها با داده‌ها جهت اطمینان از استحکام کدها، تشخیص دقیق طبقات اصلی و مقایسه دسته‌ها با همدیگر و گزارش یافته‌ها در نظر گرفته شد [۱۳].

### ملاحظات اخلاقی

در طی انجام مطالعه، موارد اخلاقی همانند اخذ رضایت آگاهانه، توضیح در مورد محرمانه ماندن مصاحبه‌ها، حق کناره‌گیری از مصاحبه و تحقیق در هر زمان دلخواه، حفظ مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان به آنها یادآوری شد و مجوز اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه اخذ و با معرفی نامه دانشگاه به بیمارستان‌ها مراجعه و با کسب اجازه از مدیران بیمارستان‌ها، اقدام به مصاحبه شد.

بر طبق مراحل ذکر شده، مکالمات انجام شده در مصاحبه‌ها، ضبط دیجیتال شده و سپس کلمه به کلمه دستنویس شد و با کمک نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مراحل تجزیه و تحلیل بدین صورت بود که ابتدا مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد و با توجه به مفاهیم موجود در متن مصاحبه، واحدهای معنایی به صورت کد جدا شده و در کنار متن مصاحبه یادداشت شدند و کدهایی که از نظر مفهومی به یکدیگر نزدیک بودند در یک دسته قرار گرفتند و دسته‌های مشابه به هم نیز در طبقات مجزا قرار گرفتند.

جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای اعتبار، تأییدپذیری و قابلیت اعتماد مطابق نظر لینکلن و گوبا<sup>۲</sup> استفاده شد [۱۴]. بدین صورت که پژوهشگر با مشارکت‌کنندگان ارتباط طولانی مدت داشت که به جلب اعتماد آنها کمک می‌کرد. بعد از تشکیل کدهای اولیه از نظرات مشارکت‌کنندگان جهت

بیمارستان نظامی شهر تهران انجام شد. در این تحقیق با بررسی عمیق تجارب و رفتارها در دنیای واقعی افراد به تبیین پدیده مورد نظر پرداخته شد. پانزده پرستار شاغل در بخش‌های مختلف در مطالعه شرکت کردند. ملاک انتخاب مشارکت‌کنندگان داشتن حداقل یک سال سابقه کار و تمایل جهت شرکت در مطالعه و ملاک خروج عدم تمایل برای ادامه همکاری بود.

مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختارمند استفاده شد. بدین صورت که پژوهشگر با مراجعه به بخش‌های موردنظر با مشارکت‌کنندگان ارتباط برقرار می‌کرد و بعد از جلب رضایت شفاهی جهت شرکت در مطالعه، زمان و مکان مصاحبه با نظر مشارکت‌کنندگان تعیین می‌شد.

سؤالات راهنمای مصاحبه به این شرح بود: «تعریف شما از رفتارهای مخرب چیست؟»، «با شنیدن کلمه رفتارهای مخرب چه مواردی به ذهن شما می‌رسد؟»، «یکی از تجارب خود در این زمینه را بیان کنید»، «علت رفتارهای مخرب از دیدگاه شما چیست؟»، و «به نظر شما چه عواملی باعث تشدید این رفتارها می‌شوند؟». همچنین در طول مصاحبه سؤالات کاوشی مانند: «می‌توانید بیشتر توضیح دهید» و «تا حالا با این چنین وضعیتی روبه‌رو شده‌اید؟»، جهت بررسی‌های عمیق‌تر از مشارکت‌کنندگان پرسیده می‌شد.

مدت هر مصاحبه بین ۳۰-۹۰ دقیقه متغیر بود. در کل ۱۵ مصاحبه انجام گرفت. تمام مصاحبه‌ها در مکانی آرام، ضبط می‌شد. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت، بدین معنی که در مصاحبه‌ها دیگر اطلاعات تازه‌ای توسط مشارکت‌کنندگان ارایه نمی‌شد.

همزمان با انجام مصاحبه‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس روش پیشنهادی گرانهم و لاندمن<sup>۱</sup> انجام می‌یافت. بر اساس این روش ۸ مرحله شامل آماده‌سازی داده‌ها، تعیین

2. Lincoln & Gouba

1. Graneheim & Lundman

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

بخش	کد	جنس	سن	مدرک و سمت	سابقه (سال)
اورژانس	۱	مؤنث	۴۰	کارشناس ارشد پرستاری ویژه (عادی)	۱۷
آی‌سی‌یو قلب	۲	مذکر	۵۱	کارشناس پرستاری (سرپرستار)	۳۳
سی‌سی‌یو	۳	مذکر	۵۰	کارشناس پرستاری (سرپرستار)	۲۸
اورژانس	۴	مذکر	۳۹	کارشناس ارشد روانشناسی مدیریت بحران (عادی)	۱۷
آی‌سی‌یو قلب و اتاق عمل	۵	مذکر	۳۴	کارشناس ارشد پرستاری ویژه (عادی)	۱۲
جراحی زنان	۶	مؤنث	۴۵	کارشناس پرستاری (سرپرستار)	۲۳
اورژانس	۷	مذکر	۵۲	کارشناس پرستاری (سوپروایزر اورژانس)	۳۲
سی‌سی‌یو	۸	مؤنث	۴۱	کارشناس پرستاری (عادی)	۲۳
اورژانس	۹	مذکر	۳۰	کارشناس پرستاری (عادی)	۸
آی‌سی‌یو جنرال	۱۰	مؤنث	۳۵	کارشناس پرستاری (عادی)	۱۴
نورولوژی	۱۱	مؤنث	۴۳	کارشناس پرستاری (سرپرستار)	۲۱
پست سی‌سی‌یو	۱۲	مؤنث	۴۱	کارشناس پرستاری* ارشد مدیریت برنامه‌ریزی آموزشی	۲۳
زنان زایمان	۱۳	مؤنث	۴۲	کارشناس پرستاری (سرپرستار)	۲۳
دفتر پرستاری	۱۴	مؤنث	۴۰	کارشناس ارشد پرستاری (سوپروایزر و دبیر کمیته تحولات)	۲۱
آی‌سی‌یو جنرال	۱۵	مذکر	۳۳	کارشناس پرستاری (عادی)	۱

شیفت عصر و شب که سابقه کمتری دارند. جو بیمارستان ما معمولاً اتاق عمل و آی‌سی‌یوها همیشه در اولویتند. برای حمایت، بخش‌های ویژه همیشه وقتی به مشکلی بین بخش عادی با آنها پیش بیاد همیشه حق با آنهاست» (مشارکت‌کننده ۶).

۱-۲. سوء استفاده از قدرت: یکی دیگر از مواردی که به وفور در بیانات مشارکت‌کنندگان دیده می‌شد سوء استفاده برخی از پرستاران ارشد و حتی مدیران پرستاری از قدرت خود بود. برخی از مدیران پرستاری برای حفظ موقعیت و جایگاه خود از پرستاران زیر دست توقعات نابجا داشته و از آنان انتظار داشتند به هر روشی پزشکان را از خود و از بخش راضی نگهدارند. در این رابطه پرستار مرد بخش آی‌سی‌یو قلب باز با ۱۲ سال سابقه کار این‌گونه بیان می‌کند:

«اکثر سرپرستارها دوست دارند از بخششون صدا درنیاد. این‌هم بده. من پرستار مسئول شیفت شبم. ساعت یک و نیم به جراح زنگ می‌زنم: آقای دکتر مریض خونریزی داره. می‌گه: الان چرا زنگ زدی می‌گم؟ خوب پس کی زنگ بزنم؟ الان خونریزی کرده. حالا اون جراح که بیرونه، بر میگردد تلفنی یه

جدول ۲- طبقات اصلی و فرعی استخراج شده از داده‌ها

طبقات اصلی	طبقات فرعی
سلطه‌گری	زورگویی و خشونت
	سوء استفاده از قدرت
سلطه‌پذیری	کمبود قدرت در برابر پزشکان
	سکوت و سازش انفعالی
	نفرت از سازمان و کاهش خود باوری

صحت کدها و تفاسیر، اطمینان حاصل می‌شد و در صورتی که کدها با نظرات مشارکت‌کنندگان مغایرت داشت، اصلاح انجام می‌شد و از شیوه کنترل توسط دو نفر از اعضای تیم تحقیق و متخصص در زمینه تحقیق کیفی استفاده و توافق نظر بر روی کدهای انتخابی و طبقه‌بندی انجام یافته، صورت می‌گرفت. همچنین سعی شد که مشارکت‌کنندگان از نظر دانش، تجربه، طول مدت خدمت، محل‌های خدمت در طول دوره کاری، سن و جنس حداکثر تنوع را داشته باشند.

## یافته‌ها

جدول ۱ مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. یافته‌های مطالعه نشان داد که مفهوم سلطه‌گری - سلطه‌پذیری به عنوان تم اصلی فاکتور مهمی در شکل‌گیری و تداوم رفتارهای مخرب در پرستاران است. این مفهوم شامل دو طبقه اصلی و پنج طبقه فرعی است که در جدول ۲ نشان داده شده است.

۱. سلطه‌گری در پرستاری: بر طبق بیانات مشارکت‌کنندگان مجموعه‌ای از عوامل پدیده سلطه‌گری در پرستاری را ایجاد می‌کند و پرستار تبدیل به فردی ستمگر می‌شود که رفتارهای سلطه‌گری را در خود درونی کرده و در تعاملات با پرستاران ضعیف‌تر از خود و نیروهای پایین دستی آنها را نشان می‌دهد. طبقه اصلی سلطه‌گری در پرستاری با طبقات فرعی «زورگویی و خشونت» و «سوء استفاده از قدرت» مشخص شد که به ترتیب توضیح داده می‌شود.

۱-۱. زورگویی و خشونت: یکی از موضوعاتی که به آن اشاره می‌شد زورگویی و خشونت کلامی و رفتاری پرستاران با تجربه‌تر و با سابقه بالاتر به افراد زیردست و حتی بخش‌های ویژه به بخش‌های عادی بود. بخشی از بیانات یکی از مشارکت‌کنندگان خانم در سمت سرپرستار بخش جراحی با ۲۳ سال سابقه کار در رابطه با زورگویی و خشونت در پرستاری بدین صورت بود:

«اکثراً این پرخاشگری‌ها با پرسنل بخش پیش میاد تو

داشت. برخی از آنان بیان کردند که چون طرف مقابل آنها، پزشک بوده اصلاً جرأت گزارش کردن نداشتند، چون در خیلی از موارد پزشک قدرت اخراج پرستار از بخش یا سازمان را داشته است. یکی از پرستاران آقای بخش اورژانس، کارشناس ارشد روانشناسی مدیریت بحران با ۱۷ سال سابقه کار بیان می‌کند:

«به نظر من نرمش قهرمانانه می‌کنند پرستاران. یعنی یه مدیر اونقدر خودش را کوچیک می‌کنه. من دلم می‌سوزه. خدا گواهی دلم برای بعضی سرپرستارها می‌سوزه منظور این که یک سرپرستار اونقدر باید هوای پزشک را داشته باشه به خاطر ماهی یک و دویست که اضافه می‌گیره». (مشارکت کننده ۴)

یکی دیگر از پرستاران آقای بخش اورژانس با ۸ سال سابقه کار اینگونه بیان می‌کند:

«نرس‌های با سابقه ما اکثراً نرس‌های سنتی و بی‌سوادند. حرف می‌خورند، هیچی نمی‌گند. نرس‌های جدیدمون نصفشون بی‌سوادند. فقط خونوندند، واحد پاس کردند. به جای اینکه بیان حمایت کنند از نظر شما، از عقیده شما، از حرف علمی‌ای که داری می‌زنی. چون اون سواد را ندارند، می‌ترسند. شما را عقب نگه می‌دارند». (مشارکت کننده ۹)

۳-۲. نفرت از سازمان و کاهش خود باوری: بر اساس بیانات مشارکت‌کنندگان بسیاری از عوامل از جمله پزشک سالاری و بی‌عدالتی سازمانی موجود در مراکز درمانی ایران باعث ایجاد نفرت از سازمان و کاهش خودباوری در پرستاران می‌شود. پرستار مرد با مدرک کارشناسی و ۱۲ ماه سابقه کار در بخش آی‌سی‌یو می‌گوید:

«در مجموع سیستم، سیستمی هست که شما را نمی‌خواود و نتیجه اش می‌شه کسی مثل من که رفتم هفته قبل دوباره کتابهای کنکور را خریدم. چهار پنج ماه دیگه از خدمتم موند تموم بشه. دوباره شروع می‌کنم دوباره کنکور تجربی بدهم». (مشارکت کننده ۱۵)

یکی دیگر از پرستاران خانم با ۱۴ سال سابقه کار در بخش آی‌سی‌یو این طور بیان می‌کند:

«این از این بُعد می‌شه که سیستم به شما چطور می‌نگاه

چیزی به من میگه. من هم یا جوابش را نمی‌دهم یا گوشه‌ای را قطع می‌کنم. حالا فردا سرپرستار میاد، می‌گه: چرا دیشب اینجا سرو صدا بود؟ چرا با پزشک فلانی جرو بحث کردید؟ می‌گیم: به خاطر خونریزی مریض، نه به خاطر تقسیم اموال کارانه. بعد بر می‌گرده میگه: سعی کنید تو شقیقتها این صداها در نیاد. چرا؟ برای اینکه خودش زیر سؤال نره». (مشارکت کننده ۵)

۲. سلطه‌پذیری در پرستاری: طبقه اصلی سلطه‌پذیری در پرستاری با طبقات فرعی «کمبود قدرت در برابر پزشکان»، «سکوت و سازش انفعالی» و «نفرت از سازمان و کاهش خودباوری» مشخص شد.

۱-۲. کمبود قدرت در برابر پزشکان: بنابر بیانات مشارکت‌کنندگان در مراکز درمانی ایران سلسله مراتب سازمانی و پزشک سالاری باعث ایجاد احساس کمبود قدرت در پرستاران می‌شد. عدم توازن قدرت بین پزشک و پرستار باعث ارجحیت داده شدن منافع پزشکان به پرستاران حتی توسط مدیران پرستاری می‌شد. خانم کارشناس پرستاری بخش سی‌سی‌یو با ۲۳ سال سابقه کار این‌گونه بیان می‌کند:

«پرستارها تو موردهای مختلف شکایت‌های مختلفی را می‌کنند. متأسفانه اگه به جایی گیر با یک پزشک باشه، اصلاً قضیه کات می‌شه. یعنی ادامه پیگیری صورت نمی‌گیره یا روی قضیه یه جوری سرپوش می‌دارند. بسته به اون پزشکی که ما باهاش درگیریم داره؛ یه وقتی یکی از گردن کلفتها مون باشه، عمراً کسی جرات نداره اسمش را بیاره. حتی مترومون هم باشه. کافیه پزشکه بره زیر آب مترون را بزنه، تمومه دیگه». (مشارکت کننده ۸)

۲-۲. سکوت و سازش انفعالی: از نظر پرستاران سکوت و سازش انفعالی روشی بود که بیشتر آنان در تعاملات خود با پزشکان به کار می‌بردند. بیشتر مشارکت‌کنندگان ترجیح می‌دادند که مشکل، بدون گزارش شدن به مقامات بالاتر حل شود و معتقد بودند که با گزارش به مقامات بالاتر مشکل بزرگ‌تر و پیچیده‌تر شده و اثرات و عواقب بیشتری خواهد

می‌کنه. بعد تفاوت‌ها را می‌بینی پیش خودت برانداز می‌کنی؛ من چهار سال خوندم هیچکس تو سیستم ارزشی برام قایل نیست. بعد پزشکی که هفت سال خونده یه اینتوباسیون می‌کنه - که هشتاد درصد موارد خود ما بچه‌های آی‌سی‌یو انجام می‌دهیم - میاد ضریب کای X می‌گیره بعد شیفتهایی که می‌مونند دوبل می‌گیرند»، «از طرف دیگه دلت برا مریض میسوزه. دوست داری کار کنی. از اون طرف سیستم برات پیشیزی ارزش قایل نیست. همین تناقضه روح و روان شما را تحت فشار قرار میده، آرامش زندگیت را ازت می‌گیره و نتیجه‌اش این می‌شه که هفتاد هشتاد درصد بچه‌های پرستاری عملاً به ظاهر می‌خندند اما خیلی‌هاشون افسرده و ناراحتند». (مشارکت‌کننده ۱۰)

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه در بردارنده دو طبقه اصلی مشتمل بر سلطه‌گری و سلطه‌پذیری در پرستاری بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که در پدیده سلطه‌گری - سلطه‌پذیری، پرستاران از یک سو نسبت به قدرت مافوق پزشکان در سازمان حالت سلطه‌پذیر می‌گرفتند و از طرفی خود در رابطه با هم‌تایان و زیردستان حالت سلطه‌گری داشتند. رودهقان و همکاران نیز در مطالعه کیفی خود با عنوان «پرستاران؛ ستمگران مظلوم» پدیده سلطه‌گری - سلطه‌پذیری و پزشک‌سالاری در مراکز درمانی ایران را بیان می‌کنند [۱۵].

در مطالعه ما طبقه سلطه‌گری در پرستاری دو زیر طبقه «زورگویی و خشونت» و «سوء استفاده از قدرت» داشت. فریر<sup>۱</sup> نیز در مطالعه خود بیان می‌کند که عصبانیت و ناامیدی افراد ستم‌دیده همراه با عدم قدرت و ترس از عمل علیه افراد ستمگر منجر به اعمال خشونت و پرخاشگری نسبت به یکدیگر و افراد زیردست با قدرت کمتر می‌شود. او بیان می‌کند که این خشونت‌تظاهر وجود ستمگران در افراد ستم‌دیده است [۳]. در مطالعه ما

نیز زورگویی و خشونت پرستاران با سابقه بالاتر و مدیران پرستاری با هم‌تایان و زیردستان بیان شد. رابرتز<sup>۲</sup> نیز بیان می‌کند که پرستاران به دلیل کمبود اعتماد به نفس بر روی حرفه خود کنترل نداشته و علیه یکدیگر رفتار می‌کنند و رهبران و مدیران پرستاری نیز در آشناسازی پرستاران با ارزش‌های حرفه ناموفق بوده‌اند. او بیان می‌کند که پرستاران خصوصیات و رفتارهای گروه تحت سلطه را نشان می‌دهند [۵].

هوچینسون<sup>۳</sup> و همکاران در مطالعه خود با عنوان «ترکیب فاکتورهای فردی، کار گروهی و سازمانی؛ یک مدل چند بُعدی رفتارهای مخرب در محیط کار پرستاری» مدلی را ارائه می‌دهند که مهم‌ترین عامل سازمانی دخیل در رفتارهای مخرب پرستاران را «اتحاد غیر رسمی سازمانی» بیان می‌کنند [۱۶، ۱۷]. در مطالعه ما نیز پرستاران از قدرت خود سوءاستفاده کرده و در حالی که از زیر دستان خود انتظارات نابجا داشته، با افراد قدرتمند سازمان مانند پزشکان اتحاد غیررسمی یا پارتی‌بازی داشته و برای حفظ منافع خود به هر طریقی ارتباط خود با آنان را حفظ می‌کردند.

طبقه اصلی دیگر در مطالعه ما سلطه‌پذیری در پرستاری بود. رابرتز بیان می‌کند بیمارستان به عنوان یک سازمان سلسله‌مراتبی طراحی شده که در آن فرهنگ مشارکت، تشریح مساعی و تقسیم قدرت وجود ندارد [۵]. تحت این سیستم قدرت سلسله‌مراتبی، پرستاران به سلطه‌دیگران در کارشان تن داده و این رفتارها باعث تسهیل ایجاد ذهنیت تابع بودن و احساس تجمع یافته از بی‌قدرت بودن در پرستاران شده است [۱۸]. دوشر<sup>۴</sup> نیز بیان می‌کند که تداوم عدم تعادل قدرت باعث شده که پرستاران خود را بی‌ارزش و تحت سلطه سلسله‌مراتب پزشکی احساس و درک کنند [۱۹]. سیستم مراقبت درمان با فرهنگ سلسله‌مراتبی پایه‌گذاری شده و متشکل از متخصصان با ارزش‌های مختلف، اقتدار، استقلال و توانمندیهای مختلف

2. Roberts  
3. Hutchinson  
4. Duchscher

1. Freire

است [۲۰]. اما پرستاران ارزش‌هایشان را به نفع پزشکان کنار گذاشته و در بیشتر موارد بی‌قدرتی‌شان در سلسله مراتب پزشکی را به چالش نکشیدند و وضعیت موجود را ادامه داده تا دیگران سلطه و قدرتشان بر آنان را حفظ کرده و ادامه دهند. پرستاران با درونی کردن دیدگاه گروه سرکوب شده، جایگاه خود در این سلسله مراتب را بار دیگر تعریف و توصیف کرده‌اند [۲۱، ۲۲].

فریر در مطالعه خود توضیح می‌دهد که چگونه عدم تعادل قدرت در روابط میان گروه ستمگر و ستم‌دیده منجر به کاهش اعتماد به نفس و از خود بی‌زاری می‌شود. عملکرد گروه ستمگر، دیدگاه افراد ستم‌دیده را در مورد خودشان و دنیا تحریف می‌کند و منجر به فهم و ارتباط ناقص و اشتباه افراد با ارزش‌ها و وجود انسانی خودشان می‌شود. سکوت و مطیع شدن انسان‌ها در مواجهه و مقابله با سرکوب مانع اتحاد و پیوستن آنها با یکدیگر برای آشکار کردن پدیده سرکوب می‌شود [۳]. در مطالعه ما نیز «کمبود قدرت در برابر پزشکان»، «سکوت و سازش انفعالی» و «نفرت از سازمان و کاهش خود باوری» دیده شد.

رابرتز بیان می‌کند با وجود تلاش رهبران پرستاری برای تغییر عدم تعادل قدرت توانایی آنان برای ایجاد تغییر در ساختار قدرتی سازمان خیلی موفقیت‌آمیز نبوده است. چون همانطور که گفته می‌شود و توسط پرستاران نیز درک شده است رهبران مدیران پرستاری سیمت و قدرت خود را در نتیجه حمایت از پزشکان و مدیران بیمارستان به دست آورده‌اند [۵]. راه‌حل‌های مختلفی در منابع برای آزادی و رهایی از شرایط سرکوب در پرستاری پیشنهاد شده است. برخی از این پیشنهادات بر روی اتحاد و با هم بودن پرستاران برای حل مشکل تمرکز کرده‌اند [۲۳، ۲۴].

سایر راه‌حل‌ها بر روی روش‌هایی که مربیان آموزش پرستاری می‌توانستند برای تغییر شرایط دانشجویان [۲۵، ۲۶] یا حمایت از آنها در مرحله گذر به محیط کار به عنوان پرستاران جدید انجام دهند، تمرکز کرده‌اند [۱۹، ۲۷]. تعداد کمی از محققان راه‌حل‌هایشان را بر روی کارهایی که مدیران پرستاری

می‌بایست برای تغییر اوضاع و شرایط سرکوب و رفتارهای گروه سرکوب شده در سازمان‌ها انجام دهند متمرکز کرده‌اند [۲۸، ۲۹]. سایر محققان بر روی خود پرستاران به صورت انفرادی تمرکز کرده که می‌بایست عواملی که منجر به پدیده سرکوب در محیط کار می‌شود را در خود تشخیص داده و با آن مقابله نمایند و از یکدیگر در برابر رفتارهای مخرب و پدیده سرکوب حمایت کنند [۳۰، ۳۱].

از جمله محدودیت‌های این مطالعه انتخاب مشارکت‌کنندگان تنها از میان پرستاران است که پیشنهاد می‌شود برای درک بهتر و عمیق‌تر موضوع مشارکت‌کنندگان از میان پزشکان و سایر کارکنان تیم درمان نیز انتخاب شوند.

اما در مجموع نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که رفتار پرستاران ما مطابق نظریه سرکوب است. با دقت در رفتار پرستاران همان رفتارهای گروه تحت سلطه مدل رابرتز [۵] در پرستاران ما نیز مشاهده می‌شود. رفتارهایی مانند تلاش پرستاران برای شبیه و یکسان کردن خود با پزشکان، عدم موفقیت در این کار و در نتیجه به حاشیه رانده شدن و نادیده گرفته شدن و ایجاد احساس نفرت از خود و اعتماد به نفس پایین در آنان و در نتیجه استفاده از سندرم مطیع تهاجمی یا همان تبدیل شدن به پرستار سلطه‌گر-سلطه‌پذیر و در نهایت بروز رفتارهای مخرب و خشونت اتفاق می‌افتد.

بنابر یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود که برای رهایی از پدیده سلطه‌گری-سلطه‌پذیری در پرستاری که ارتباط مستقیمی با بروز رفتارهای مخرب پرستاران دارد، باید ساختاری برای ایجاد دید نقادانه در پرستاران فراهم شده و بر اهمیت تفکر انتقادی و انعکاسی پرستاران و وجود وحدت میان مدیران و پرستاران برای رهایی از وضعیت سرکوب و رسیدن به مفهوم آزادی تأکید شود. همچنین استفاده از فرایند توانمندسازی دانشجویان، پرستاران و مدیران، بهترین راه حل برای به چالش کشیدن عدم تعادل قدرت در سازمان و رهایی از شرایط سرکوب است.



## تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. این مطالعه با کد IR.BMSU.REC.1395.223 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله به تصویب رسیده است. از مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه‌الله قدردانی می‌شود. همچنین از کلیه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه و همکارانی که به هر نحو ما را در انجام این پژوهش کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## سهام نویسندگان

افضلی: ارایه ایده و طرح اولیه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و تفسیر داده‌ها و نگارش مقاله؛ مختاری نوری: ارایه ایده و طرح اولیه، تحلیل و تفسیر داده‌ها و بازنگری مقاله؛ عبادی: تحلیل و تفسیر داده‌ها و بازنگری مقاله. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

## تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

## منابع مالی

منابع مالی این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله تأمین شده است.

## References

- Bambi S, Foà C, De Felippis C, Lucchini A, Guazzini A, Rasero L. Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. a review about their prevalence and related factors. *Acta Bio Medica*. 2018;89(Suppl 6):51-79. doi:10.23750/abm.v89i6-S.7461
- Petersen BB. An exploration of nurse educators' knowledge, attitudes and practice of horizontal violence measured through dimensions of oppression. *Seton Hall University*; 2017.
- Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. 30th anniversary edition. New York: NCOwp, editor (1970/2012).
- Oliveira RM, Silva LM, Guedes MV, Oliveira AC, Sánchez RG, Torres RA. Analyzing the concept of disruptive behavior in healthcare work: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016;50(4):695-704. doi:10.1590/s0080-623420160000500021
- Roberts S. Oppressed group behavior and nursing. In: Andrist LC, Nicholas PK, Wolf K, eds. *A history of nursing ideas*. Michigan: Jones & Bartlett Learning; 2006:23-35.
- Daly Z, O'Flynn-Magee K, Rodney P. A Call to revisit and address the histories of bullying in nursing education. *Quality advancement in nursing education*. 2020;6(3):1-15. doi:10.17483/2368-6669.1249
- Jabbari-Bairami H, Heidari F, Ghorbani V, Bakhshian F. Workplace violence: a regional survey in Iranian hospitals' emergency departments. *International journal of hospital research*. 2013;2(1):11-16.
- Devonish D. Workplace bullying, employee performance and behaviors. *Employee relations*. 2013;35(6):630-647. doi:10.1108/ER-01-2013-0004
- Yıldız B, Alpkın A. A theoretical model on the proposed predictors of destructive deviant workplace behaviors and the mediator role of alienation. *Procedia-social and behavioral sciences*. 2015;210:330-338. doi:10.1016/j.sbspro.2015.11.373
- Aghilinejad M, Nojomi M, Seyed Mehdi SM. Study of prevalence of violence against nurses and related factors. *Razi journal of medical sciences*. 2011;18(86):49-58. [Persian]
- Khoshknab MF, Tamizi Z, Ghazanfari N, Mehrabani G. Prevalence of workplace violence in psychiatric wards, Tehran, Iran. *Pakistan journal of biological sciences*. 2012;15(14):680-684. doi:10.3923/pjbs.2012.680.684
- Sahebi L, Gholamzadeh Nikkoo R. Workplace violence against clinical workers in Tabriz educational hospitals. *Iran journal of nursing*. 2011;24(73):27-35. [Persian]
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Streubert Speziale H, Streubert HJ, Rinaldi Carpenter D. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Rooddehghan Z, ParsaYekta Z, Nasrabadi AN. Nurses, the oppressed oppressors: a qualitative study. *Global journal of health science*. 2015;7(5):239-245. doi:10.5539/gjhs.v7n5p239
- Sleem WF, Seada AM. Role of Workplace Civility Climate and Workgroup Norms on Incidence of Incivility Behaviour among Staff Nurses. *International journal of Nursing Didactics*. 2017;7(6):34-43. doi:10.15520/ijnd.2017.vol7.iss6.230.34-43
- Hutchinson M. Bullying as workgroup manipulation: a model for understanding patterns of victimization and contagion within the workgroup. *Journal of nursing management*. 2013;21(3):563-571. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01390.x
- Mitchell A, Ahmed A, Szabo C. Workplace violence among nurses, why are we still discussing this? Literature review. *Journal of nursing education and practice*. 2014;4(4):147-150. doi:10.5430/jnep.v4n4p147

19. Duchscher JB, Myrick F. The prevailing winds of oppression: understanding the new graduate experience in acute care. Paper presented at: Nursing forum2008.
20. Balducci C, Fraccaroli F, Schaufeli WB. Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: an integrated model. *Anxiety, stress & coping*. 2011;24(5):499-513. doi:10.1080/10615806.2011.555533
21. Dong D, Temple B. Oppression: a concept analysis and implications for nurses and nursing. Paper presented at: Nursing Forum2011.
22. Carlson, Tina, Managing Nursing Incivility: An Integrative Literature Review. *Nursing Masters Papers*. 2020; 381. Available from: <https://openriver.winona.edu/nursingmasters/381>.
23. Purpora C, Blegen MA, Stotts NA. Horizontal violence among hospital staff nurses related to oppressed self or oppressed group. *Journal of professional nursing*. 2012;28(5):306-314. doi:10.1016/j.profnurs.2012.01.001
24. Ritzman ME. A phenomenon we can't ignore: performance improvement interventions to address workplace bullying. *Performance improvement*. 2016;55(1):14-22. doi:10.1002/pfi.21545
25. King-Jones M. Horizontal violence and the socialization of new nurses. *Creative nursing*. 2011;17(2):80-86. doi:10.1891/1078-4535.17.2.80
26. Mooney M, Nolan L. A critique of Freire's perspective on critical social theory in nursing education. *Nurse education today*. 2006;26(3):240-244. doi:10.1016/j.nedt.2005.10.004
27. Weaver KB. The effects of horizontal violence and bullying on new nurse retention. *Journal for nurses in professional development*. 2013;29(3):138-142. doi:10.1097/NND.0b013e318291c453
28. Croft RK, Cash PA. Deconstructing contributing factors to bullying and lateral violence in nursing using a postcolonial feminist lens. *Contemporary nurse*. 2012;42(2):226-242. doi:10.5172/conu.2012.42.2.226
29. Embree JL, White AH. Concept analysis: nurse-to-nurse lateral violence. *Nursing forum*. 2010;45(3):166-173. doi:10.1111/j.1744-6198.2010.00185.x
30. MacKusick CI, Minick P. Why are nurses leaving? Findings from an initial qualitative study on nursing attrition. *Medsurg nursing*. 2010;19(6):335-340.
31. Walrafen N, Brewer MK, Mulvenon C. Sadly caught up in the moment: an exploration of horizontal violence. *Nursing economic\$*. 2012;30(1):6-12, 49; quiz 13.