

پژوهش های راهبردی مسائل اجتماعی ایران
سال هشتم، شماره پیاپی (۲۶)، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۸
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۱۳
صص ۱-۱۸

کاوش بی قدرتی شغلی پرستاران

سیدعلیرضا افشانی، دانشیار، گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران*

afshanalireza@yazd.ac.ir

علی روحانی، استادیار، گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران

aliruhani@yazd.ac.ir

حامد کیانی ده کیانی، دانشجوی کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران

hamedkiani.1374@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر درباره فرایند شکل گیری بی قدرتی شغلی بین پرستاران بیمارستان های دولتی شهر یزد بررسی می کند. با استفاده از رویکرد کیفی و روش نظریه زمینه ای و با نمونه گیری نظری و هدفمند، ۲۰ نفر از پرستاران بیمارستان های دولتی شهر یزد انتخاب شدند و با آنها مصاحبه های عمیقی انجام شد. فرایند نمونه گیری نظری تا مرحله اشباع داده ها ادامه یافت. داده های گردآوری شده با استفاده از کدگذاری باز، محوری و گزینشی تحلیل و در قالب خط داستان (شامل ۲۰ مقوله اصلی و ۱ مقوله هسته)، الگوی پارادیمی و طرحواره نظری ارائه شدند. نتایج نشان دادند بی قدرتی شغلی پرستاران به طور عمده به دنبال عواملی چون گفتار قدرت - مراقبت پزشکان، برساخت نارضایتی های مالی و وضعیت سیال بیماران برساخته می شود. پرستاران در مقابل بی قدرتی شغلی راهبردهای متفاوتی را برمی گزینند. کار عاطفی، درمان پراگماتیسمی و گفتمان اعتماد از جمله این راهبردهاست که بین پرستاران فعال شده و با خود پیامدهایی مانند بی تفاوتی آموخته شده، حل گفتمانی اختلافات، هژمونی عواطف منفی و سبک های مراقبتی ترکیبی را داشته است. طرحواره نظری این فرایند را ترسیم می کند. **واژه های کلیدی:** بی قدرتی، برساخت اجتماعی، گفتار قدرت - مراقبت، پرستاران، یزد

* نویسنده مسؤول: ۰۹۱۳۱۶۸۱۵۹۰

مقدمه و بیان مسئله

در جوامع مدرن داشتن شغل، حتی اگر شغلی ناخوشایند باشد، برای حفظ عزت نفس آدمی اهمیت دارد؛ زیرا شغل تأمین کننده هزینه های زندگی، ضامن سلامت روحی - جسمی و زمینه ساز ارضای نیازهای مادی و معنوی فرد است. به همین دلیل کار یا شغل باید چندین ویژگی بااهمیت داشته باشد؛ از جمله مزد، سطوح فعالیت و مهارت، تنوع، داشتن ساختار زمانی، دربرگیرنده تماس های اجتماعی و بازتولیدکننده هویت شخصی و اجتماعی (گیدنز، ۱۳۹۰: ۵۴۰). این ویژگی ها کارکرد دوگانه ای در جهت رضایت یا نارضایتی افراد از وضعیت شغلی را دارند. مارکس معتقد است کار باید فرایندی عاقلانه و کنش مندانه باشد و با نیات و طرح قبلی همراه باشد؛ بنابراین، باید یک ویژگی مهم داشته باشد و آن عبارت است از «داشتن قدرت و اختیار در فرایند انجام کار» (آقاجانی و جوادی، ۱۳۸۷: ۹۳)؛ ازاین رو، آنچه در جوامع مدرن مهم است و بیشتر محل نارضایتی افراد از وضعیت شغلی شان می شود، اثرگرفتن قدرت و اختیار افراد یا از بین رفتن آن در فرایند کار است؛ مسئله ای که سبب می شود ویژگی های شغلی بیشتر نارضایتی و بی قدرتی ایجاد کنند؛ بنابراین، با تأکید بر مسئله بی قدرتی می توان آن را این طور درک کرد که «انتظار یا احتمال شخص نمی تواند تعیین کننده دستاوردها یا نیروهای کمکی باشد که در حاصل رفتار خود جستجو می کند» (کوزر و روزنبرگ، ۱۳۹۱: ۴۰۹). ممتاز^۱ (1981) بی قدرتی در کار را به معنای احساس نداشتن آزادی و کنترل اندک در فعالیت کاری می داند (به نقل از نبوی و علامه، ۱۳۹۳: ۲۲). بی قدرتی نوعی از خودبیگانگی است که در آن فرد احساس می کند بر وضعیت های اجتماعی که در آنها کنش متقابل دارد، تأثیرگذار نیست (واعظی و رهبر، ۱۳۹۵: ۱۲۰). با وجود این، در دوره مدرن مفهوم بی قدرتی به دنبال تمرکز هرچه بیشتر مشاغل در سازمان های سلسله مراتبی خود را بیش از پیش برای افراد نمایان کرده است. سازمان هایی که با ویژگی های بروکراتیک مشخص و بیشتر به منزله نوعی سیستم محصور شده به وسیله

عقلانیت در تصمیم گیری، غیرشخصی بودن روابط اجتماعی، وظیفه محوری، سرسختی با روحی انعطاف ناپذیر و قوانین نهادینه شده تعریف می شوند (Omeje, 2014: 126).

در این میان، بیمارستان های مدرن سازمان هایی پیچیده با ساختارها و رویه های غیرشخصی اند که برای هدفی بسیار شخصی طراحی شده اند و مثال خوبی از یک سازمان تلقی می شوند؛ سازمانی که در پی دستیابی به اهداف خاصی است؛ این اهداف عبارت اند از معالجه بیماری و فراهم کردن سایر مراقبت های پزشکی (گیدنز، ۱۳۹۰: ۴۹۷). با شکل گیری نهاد بیمارستان مدرن عموماً گروه ها و افراد مختلفی در آن فعالیت کردند؛ اما به اجتماع پرستاران کمتر توجه شده است. به طور کلی، وقتی صحبت از مراقبت های درمانی در بیمارستان ها به میان می آید، اجتماع پرستاران مدنظر قرار می گیرد. در بیشتر سازمان ها و نهادهای پزشکی، بخش پرستاری از بزرگ ترین بخش ها به حساب می آید و کادر پرستاری ۴۰ تا ۶۰ درصد از کل منابع انسانی را تشکیل می دهد (امیرکافی و کاروانی، ۱۳۹۷: ۳۰). این نیروی انسانی در سلسله مراتب طبقاتی بیمارستان گاهی اوقات زیر فشارهایی قرار می گیرند که یا سیستم بر آنها تحمیل می کند یا مراجعه کننده ها و همراهان آنها. مطالعات متعدد نشان داده اند استرس شغلی، نارضایتی و فرسودگی شغلی میان خبرگان پرستاری بسیار شایع است (Wu et al., 2018: 348).

براساس دیدگاه اینگلهارت احساس رضایت بازتاب توازن میان آرزوهای شخصی و وضعیت عینی است (ساعی ارسی و همکاران، ۱۳۹۶: ۵۸)؛ بنابراین دست نیافتن پرستاران به رضایت ناتوانی در تأثیرگذاری بر جریان امور شغلی و زندگی برای دست یابی به آرزوها و نداشتن قدرت برای به دست آوردن وضعیت های رضایت بخش، بیان کننده احساس بی قدرتی شغلی برای آنان خواهد بود. در صورتی که کار و محیط آن جنبه های خلاق و انسانی فرد را تضعیف کند یا از بین ببرد، کار به فعالیتی مکانیکی و بی روح تبدیل می شود. در این حالت، در شخص حالات و گرایش هایی بروز می کند که نشانه آن بی علاقهگی به کار، بیزاری از محیط، احساس تهی بودن،

¹ Mottaz

(۱۳۸۷)، زکی‌خانی (۱۳۸۹)، نادری و سادات‌الوصفی (۱۳۹۲)، حقیقتیان و مرادی (۱۳۹۳)، نبوی و علامه (۱۳۹۳)، واعظی و رهبر (۱۳۹۵)، ساعی‌ارسی و همکاران (۱۳۹۶)، جعفری‌عراقی و همکاران (۱۳۹۵)، باقری و همکاران (۱۳۹۶) و علی‌اصغری‌پور و همکاران (۱۳۹۷) مطالعه و بررسی شدند. این پژوهش‌ها عموماً بیان می‌کنند که بی‌قدرتی علاوه بر اینکه از عوامل اساسی تأثیرگذار بر مشارکت‌های سیاسی و تعیین‌کننده امنیت اجتماعی و هویت قومی است، به‌منزله یکی از ابعاد از خودبیگانگی، بر رفتار جمعی جوانان تأثیرگذار است. همچنین با توجه به یافته‌های این پژوهش‌ها بی‌قدرتی تشدیدکننده از خودبیگانگی و فرسودگی شغلی بین پرستاران، تعیین‌کننده ارتقای شغلی، ثبات شغلی و تمرکز قدرت در سازمان‌های بروکراتیک و تأثیرگذار بر آینده افراد است. به‌طور کلی این نتایج نشان می‌دهند بی‌قدرتی بین گروه‌های مختلف در ابعاد سیاسی، اجتماعی، سازمانی و روانی خود را نشان داده و برساخت‌دهنده کنش‌های آنهاست. همچنین نتایج پژوهش‌های خارجی بررسی و واکاوی شدند. نتایج پژوهش پیرانانزی^۱ (۱۹۹۷) نشان دادند آگاهی از منابع بی‌قدرتی، پرستاران را قادر می‌کند اعمال خود را بهتر درک کنند و این امر سبب توانمندسازی آنها شود.

نتایج پژوهش پیتر و همکاران^۲ (۲۰۰۴) نشان می‌دهند وجود محیط‌های کاری سرکوبگر به‌واسطه حاکمیت حوزه پزشکی، موجب بی‌قدرتی، استعمار و حاشیه‌ای بودن پرستاران می‌شود. همچنین نتایج بی‌قدرتی پرستاران را به‌دنبال مسئولیت‌های چشمگیر بدون داشتن درجه‌ای از اقتدار برای رهایی از مراقبت‌های درمانی و غلبه بر خستگی‌های عاطفی نشان داده‌اند. نتایج پژوهش ون‌هیل و ورهینگ^۳ (۲۰۰۴) بیان کردند فرسودگی شغلی برای افراد، بی‌قدرتی، احساس در معرض سوءاستفاده قرارگرفتن و نداشتن قدرت آزادی بیان را به همراه می‌آورد.

بی‌قدرتی و ... است (صبری‌دشتی، ۱۳۸۰: ۱۰۸)؛ بنابراین، بین کادر درمانی بیمارستان، پرستاران برای تأثیر گذاشتن بر بیماران، پزشکان و سایر خبرگان مراقبت‌های بهداشتی، به کمترین قدرت نیاز دارند. به‌طور معمول پرستاران بی‌قدرت پرستارانی ناکارآمدند. آنها از شغل خود رضایت کمتری دارند و مستعد فرسودگی شغلی‌اند (Manojlovich, 2007: 3).

به‌طور کلی مجموعه عوامل ذکر شده مشکلی فراگیر میان پرستاران ایجاد می‌کند که سبب می‌شود در سازگاری با شغل خود با مشکلاتی روبه‌رو شوند. با توجه به اینکه شهر یزد تعداد زیادی از بیمارستان‌های خصوصی و دولتی را در خود جای داده است، به یکی از قطب‌های پزشکی در مرکز و جنوب‌شرق کشور تبدیل شده است که هر ساله تعداد زیادی از افراد را پوشش می‌دهد. با افزایش تعداد مراجعۀ بیماران به مراکز پزشکی، کمیت و کیفیت مراقبت‌های پزشکی دچار نوسان خواهد شد و بیش از همه پرستاران را به‌منزله ارائه‌دهندگان خدمات و مراقبت‌های پزشکی در تنگنا، فشار و استرس کاری قرار خواهد داد. به‌علاوه پرستاران به‌منزله ارائه‌دهندگان خدمات و مراقبت‌های درمانی، باید به‌صورت چندجانبه پاسخگویی انتظارات مردم، بیماران، همراهان بیمار، بیمارستان و ... باشند. پاسخگویی به این انتظارات مستلزم آن است که منابع و امکانات درون بیمارستان، رفتارهای مردمی، علایق پرستاری و ... به‌خوبی سازماندهی شوند تا قدرت پاسخگویی به انتظارات از طرف پرستاران افزایش یابد. فرایندهای ایجاد انتظارات و به‌دنبال آن فشار، فرسودگی، بیگانگی و به‌ویژه بی‌قدرتی پرستاران در پژوهش‌های گوناگونی با رویکردهای پوزیتیویستی انجام شده است. به همین دلیل مزیت پژوهش حاضر نسبت به پژوهش‌های قبلی، رویکرد تفسیری آن به مسئله بی‌قدرتی پرستاران است. بدین منظور برای کشف فرایندهای ایجاد بی‌قدرتی شغلی، رویکردی تفسیری مبتنی بر روش داده‌بنیاد را انتخاب کرده است.

پیشینه تجربی

برای انجام این پژوهش، پژوهش‌هایی همچون محسنی‌تبریزی (۱۳۸۳)، نبوی و همکاران (۱۳۸۷)، آقاجانی و جوادی

¹ Pieranunzi

² Peter et al.

³ Vanheule & Verhaeghe

پرستاران و جلوگیری از تشخیص کارهای درست می شود. به طور کلی در کشور درباره بی قدرتی پرستاران و موضوع های مرتبط با آن، پژوهش های کمتری نسبت به پژوهش های خارجی انجام شده است. همچنین روش شناسی این پژوهش ها کمی بوده و موضوعات بررسی شده با کمتر با رویکردی کیفی واکاوی شده است؛ بنابراین، این پژوهش ها بی قدرتی را به منزله متغیری مستقل سنجیده اند. پژوهش های خارجی تلاش کرده اند در کنار رویکردهای کمی، با بهره گیری بیشتر از رویکردهای کیفی، بی قدرتی و سایر مشکلات پرستاران را بیشتر تحلیل کنند. به همین دلیل این پژوهش ها پشتوانه مطالعاتی بهتری را در اختیار پژوهشگران قرار داده اند.

چارچوب مفهومی

به طور معمول در پژوهش های کیفی از چارچوب نظری به شیوه رایج در پژوهش های کمی استفاده نمی شود؛ اما بنیان گزاران نظریه داده بنیاد از جمله استراوس و کربین (۱۳۹۷) با طرح مفهوم حساسیت نظری معتقدند نظریه های موجود در ذهن به شیوه های مختلفی بر پژوهش اثر می گذارند و برای تحلیل داده ها به استفاده از دانش انباشته نیاز است؛ بنابراین، نباید آن را به طور کلی کنار گذاشت. دانش انباشته شده در زمینه موضوع بررسی شده به منزله ابزاری تحلیلی به کار می رود و منبعی غنی برای تحریک تفکر درباره خصیصه ها و طرح سؤالات مفهومی است (افراسیابی و مداحی، ۱۳۹۵: ۱۸۶). بر همین اساس در ادامه چارچوب مفهومی پژوهش حاضر طرح می شود که پیرامون محور آرای نظریه پردازانی چون مارکس، وبر، زیمل و فوکو شکل گرفته است.

اگر بی قدرتی بودن، نداشتن یا ضعف کنترل بر حوادث، رویدادها، اشیا و سازمان های مؤثر بر سرنوشت انسان دانسته شود، گوهر این ایده در مفهوم بیگانگی نزد مارکس یافت می شود. در تحلیل مارکس، دولت، سرمایه و دین، صور گوناگون تاریخی - اجتماعی اند که بر انسان که سازنده آنها محسوب می شود، مسلط اند. او این پرسش را مطرح می کند که چگونه چنین فرایندی شکل می گیرد و انسان توانایی و قدرت

مانوجلوویچ^۱ (۲۰۰۷) به این نتیجه رسید که توانمندی یا قدرت پرستاران از سه مؤلفه کلی تشکیل می شود: اول، وجود مکان دارای ساختارهای لازم برای ارتقای قدرت و توانمندسازی پرستاران؛ دوم، اعتقاد روان شناختی به قدرت و توانمندشدن پرستاران و سوم، اذعان به وجود قدرت در روابط و مراقبت های ارائه شده به وسیله پرستاران.

کارکالیان و همکاران^۲ (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که ارتباط معناداری بین نامنی شغلی و بی قدرتی وجود دارد. ون در توورن و همکاران^۳ (۲۰۱۴) برای توضیح سلسله مراتب دولتی و سازمانی، بر چشم انداز بی قدرتی تأکید کردند و نشان دادند تجربه بی قدرتی، مشروعیت مقامات دولتی و سازمانی را افزایش می دهد؛ بنابراین، بی قدرتی به دنبال خود نابرابری به همراه می آورد تا خود را توجیه کند نه اینکه تلاشی برای از بین بردن ساختار سلسله مراتبی باشد.

تن هوتن^۴ (۲۰۱۶) بیان کرد مبنای عاطفی بی قدرتی شامل چهار احساس اولیه پذیرش، پیش بینی انتظارات، اندوه و ترس است. همچنین احساس بی قدرتی، پنج احساس ثانویه شامل سرخوردگی، بدبینی، اضطراب، تسلیم و شرم به همراه می آورد. نتایج پژوهش کینمن و لگتر (۲۰۱۶) نیز رابطه مثبت و محکمی بین کار عاطفی پرستاران و فرسودگی را نشان می دهند.

دلگادو و همکاران^۵ (۲۰۱۷) به این نتیجه دست یافتند که انعطاف پذیری (صبر) پرستاران روندی محافظت کننده برای آنان است تا از پیامدهای منفی کار عاطفی درامان باشند. بدین منظور آنها کاهش کار عاطفی برای افزایش انعطاف پذیری پرستاران را پیشنهاد می کنند.

یونگ و همکاران^۶ (۲۰۱۷) به این نتیجه دست یافتند که محدودشدن مراقبت ها در فرایند سازمانی و تقابل ارزش های سازمانی با ارزش های اخلاقی سبب احساس بی قدرتی بین

¹ Manojlovich

² Karkouljian et al.

³ Van derToorn et al.

⁴ TenHouten

⁵ Delgado et al.

⁶ Young et al.

می‌شود (ضمیران، ۱۳۹۶: ۱۵۰). در بیمارستان نیز کنترل اعضا از اصول اساسی مدیریتی است؛ در واقع، کنترل فرایندی است که رهبران برای پیاده‌کردن راهبردهای سازمان، اعضا را محدود می‌کنند. سیستمی که مدیریت برای کنترل فعالیت‌های سازمان استفاده می‌کند، سیستم کنترل مدیریتی آن نامیده می‌شود. قوانین، سیستم مبتنی بر اطلاعات، سیستم رسمی استفاده‌شده به‌وسیله مدیران برای حفظ یا تغییر الگوهای فعالیت‌های سازمانی، سیستم کنترل مدیریت نامیده می‌شود (Ratnamiasih, 2014: 41).

در این پژوهش برای رسیدن به حساسیت نظری از نظریات مارکس، وبر، زیمل و فوکو استفاده شد. در نظریه مارکس اشکال بی‌قدرت‌کننده جزئی از فرایندهای ایجاد از خودبیگانگی محسوب می‌شوند. همچنین در نظر او صورت‌های تاریخی - اجتماعی مسلط بر انسان، برساخت‌گر بی‌قدرتی‌اند. نظریه زیمل با تأکید بر فرهنگ عینی - ذهنی بی‌قدرتی را تبیین می‌کند. در نظر وبر بی‌قدرتی محصول سیطره علانیت افسارگسیخته بر نظام‌های بوروکراتیک و منظم است و درنهایت، فوکو نظام کنترل و مراقبت و وجود نظام پان‌آپتیکان را محور برساخت بی‌قدرتی معرفی می‌کند.

روش‌شناسی

این پژوهش از روش‌شناسی کیفی با رویکرد نظریه زمینه‌ای یا داده‌بنیاد استفاده کرده است. نظریه زمینه‌ای پژوهش کیفی را انعطاف‌پذیر و تعامل میان نظریه و داده را فراهم می‌کند (نیومن، ۱۳۹۰: ۵۴). همان‌گونه که استراوس و کربین بیان می‌کنند: «روش کیفی هر نوع پژوهش است که یافته‌هایی تولید کند که با توسل به عملیات آماری یا سایر روش‌های شمارشی حاصل نیامده باشد. همچنین می‌توان روش‌های کیفی را برای کشف آن عرصه‌هایی که از آنها بسیار می‌دانیم اما می‌خواهیم فهم تازه به دست آوریم، به کار برد» (استراوس و کربین، ۱۳۹۷: ۳۳). این روش با تجربه و فهم مشارکت‌کنندگان همراه است و با هدف پژوهش، یعنی دست‌یابی به برداشت‌های ذهنی مشارکت‌کنندگان سازگاری دارد. اهمیت این روش، به دلیل قابلیت در نظریه‌سازی و ایجاد ظرفی برای

خود را به دیگران نسبت می‌دهد (به نقل از واعظی و رهبر، ۱۳۹۵: ۱۲۱). آشکال بی‌قدرت‌کننده نزد مارکس جزئی از بیگانگی محسوب می‌شوند؛ بنابراین، افراد از خودبیگانگی به‌نوعی سطحی از بی‌قدرتی را تجربه می‌کنند. در آرای زیمل می‌توان دو درون‌مایه اصلی را یافت که ناظر به مفهوم بی‌قدرتی است. نخستین درون‌مایه، موضوع «فرد در برابر نیروهای تاریخی و جمعی» است و دومین درون‌مایه، قدرت‌نداشتن است که در بحث از فرهنگ عینی - ذهنی خود را نشان می‌دهد (به نقل از مصطفوی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۸).

مفهوم بی‌قدرتی نزد وبر با فرایند عقلایی‌شدن مرتبط است؛ زیرا او معضل خاص واقعیت دوره ما را در مفهوم عقلانیت خلاصه کرده (به نقل از لویست، ۱۳۹۵: ۹۲) و به کارکردهای نامناسب بروکراسی اشاره کرده است؛ بروکراسی درگیری عاطفی و شخصی را به نفع تصمیم‌گیری‌های عقلانی از بین می‌برد و جهان را به جهانی غالباً بی‌هویت تبدیل می‌کند. با این همه، او بروکراتیزه‌شدن و عقل‌گرایی را برای جهان مدرن سرنوشتی محتوم می‌داندست و جامعه آینده را، نه بهشتی موعود بلکه مانند قفسی آهنین می‌دید (دینیلی، ۱۳۹۳: ۲۱۱). این قفس آهنین با نظم، اقتدار و قواعد از قبل تعیین‌شده، سبب تبدیل افراد به چرخ‌دنده‌هایی می‌شود که باید نظم موجود را فارغ از قدرت خود بازتولید کنند.

میشل فوکو با طرح جامعه انضباطی، به گونه‌ای بی‌قدرتی افراد در نهادها را بازنمایی می‌کند. در جامعه انضباطی، نظم با فناوری‌های کنترلی همچون تفکیک فضا، مدیریت زمان، محبوس‌کردن، مراقبت و سیستم امتحان حفظ می‌شود که انسان‌ها را برای بهنجارکردن رفتار اجتماعی دسته‌بندی می‌کنند. در نظر فوکو اگر نهاد نمونه در جوامع مبتنی بر قدرت مطلق، پادشاه باشد، در جامعه انضباطی، ارتش، کارخانه، بیمارستان و زندان نهادهای نمونه‌اند (به نقل از سیدمن، ۱۳۹۶: ۲۴۸). در نظر او نظارت انضباطی و نظام دیده‌بانی قدرت، اعمال نظارت را تسهیل می‌کند؛ به این معنا که نوعی سراسربینی یا نظارت فراگیر در فضای خاص گسترده شده است. دیدنی‌بودن از اصول این نوع سراسربینی محسوب

کدگذاری محوری و گزینشی نیز روی متن اجرا شدند. در این پژوهش به امور اخلاقی همچون پیشگیری از آسیب قانونی، رضایت آگاهانه، رعایت حریم شخصی، حفظ گمنامی و رازداری توجه شد. به مصاحبه‌شوندگان اطمینان داده شد. گفته‌های آنها سبب به وجود آمدن مسئله‌ای برای آنان نشود. بدین منظور تنها با کسانی مصاحبه انجام شد که رضایت کامل برای مصاحبه داشتند و اطلاعاتی نظیر موضوع پژوهش، هدف، شیوه انجام پژوهش، تضمین گمنامی و رازداری و چگونگی گزارش پژوهش در اختیار آنها قرار داده شد. برای حفظ معیار گمنامی از اسامی مستعار استفاده و برای حفظ معیار رازداری از انتشار اطلاعات خصوصی مشارکت‌کنندگان جلوگیری شد.

از طریق روش تماس طولانی با محیط پژوهش، مشاهده مستمر در میدان پژوهش، تبادل نظر هم‌تایان، کفایت مراجع، توصیف غنی و تأیید مشارکت‌کنندگان، بر قابلیت اعتماد یافته‌های پژوهش تأکید شد. با رعایت اصول و نکات مصاحبه مطلوب، ثبت کامل رخدادها و پیاده‌سازی آنها، پایایی پژوهش تأیید شد.

یافته‌های پژوهش

تحلیل داده‌های کیفی است. در روش کیفی هدف، دستیابی به سطحی از توصیف و تولید یا کشف نظریه است (افشانی و همکاران، ۱۳۹۷: ۳۱۹). در نظریه داده‌بنیاد گردآوری داده‌ها، تحلیل و نظریه نهایی با یکدیگر ارتباط تنگاتنگ دارند. بدین منظور نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت نظری و هدفمند بود؛ بنابراین، تعداد ۲۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر یزد (دو بیمارستان انتخاب نهایی شدند) برای انجام مصاحبه‌های عمیق انتخاب شدند.

در کنار مصاحبه تلاش شد از فن مشاهده برای درک بهتر زمینه بررسی شده استفاده شود؛ بنابراین، داده‌ها در بازه زمانی چهارماهه جمع‌آوری شدند. زمان مصاحبه‌های انجام‌شده به‌طور میانگین ۵۶ دقیقه بود. مصاحبه‌ها در بخش‌های درمانی با پرستاران حاضر در همان بخش‌ها با گرفتن وقت قبلی و قبل یا بعد از پایان ساعات کاری انجام شدند. سؤالات کلیدی شامل سؤال از حقوق و مزایا، رفتار همراهان بیماران، نگاه مردم به پرستاری، قوانین، روابط پرستاران و ... بود. مصاحبه‌ها تا مرحله اشباع نظری ادامه پیدا کرد و بعد از انجام هر مصاحبه، متن ضبط‌شده آن پیاده و تحلیل شد. در فرایند تحلیل داده‌ها از تحلیل خطبه‌خط برای کدگذاری باز استفاده شد و همزمان با توسعه مفاهیم و انتزاعی‌شدن آنها، مراحل

جدول ۱- فهرست مشارکت‌کنندگان در پژوهش

| ردیف | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ |
|--------------------|-----|----|-----|----|----|-----|-----|----|-----|-----|
| سن | ۴۵ | ۲۴ | ۲۶ | ۲۷ | ۳۰ | ۲۹ | ۲۷ | ۲۷ | ۲۷ | ۲۸ |
| سابقه کار (به سال) | ۲۰ | ۲ | ۴ | ۴ | ۷ | ۷ | ۶ | ۵ | ۵ | ۶ |
| جنس | مرد | زن | زن | زن | زن | مرد | مرد | زن | زن | مرد |
| ردیف | ۱۱ | ۱۲ | ۱۳ | ۱۴ | ۱۵ | ۱۶ | ۱۷ | ۱۸ | ۱۹ | ۲۰ |
| سن | ۲۷ | ۳۵ | ۲۸ | ۲۴ | ۲۸ | ۲۵ | ۲۹ | ۲۳ | ۴۰ | ۲۴ |
| سابقه کار (به سال) | ۵ | ۱۰ | ۵ | ۲ | ۵ | ۲ | ۶ | ۶ | ۱۵ | ۲ |
| جنس | زن | زن | مرد | زن | زن | مرد | زن | زن | مرد | زن |

مرد و ۱۳ پرستار زن بوده‌اند.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود تعداد مصاحبه‌شوندگان ۲۰ نفر بوده است که از این تعداد ۷ پرستار

جدول ۲- مقوله‌های اصلی و هسته استخراج شده از پژوهش

| مقوله هسته | مقولات اصلی |
|------------------------------|--|
| برساخت هژمونیک بی‌قدرتی شغلی | وضعیت سیال بیماران تجربه و تخصص سیال پرستاران کارکردزدایی شیفت‌های سنگین فشارهای چندجانبه کارکردزدا برساخت نارضایتی‌های مالی پرستاران گفتار قدرت - مراقبت پزشکان تیپ‌های شخصیتی زمینه‌ساز پروبلماتیک مسئله زمان رؤیاهای ازدست‌رفته پرستاری زوال صبر |
| | کلیشه‌های منفی اعتمادزدا مراقبت‌های غیررسمی درمان پراگماتیسمی گفتمان اعتماد کار عاطفی بی‌تفاوتی آموخته شده هژمونی عواطف منفی حل گفتمانی اختلافات سبک‌های مراقبتی ترکیبی فراانتظارات منزلت‌زدا |

مقوله هسته

با تحلیل و بررسی دقیق و خط‌به‌خط متن مصاحبه‌های پژوهش، مفاهیم، مقوله‌های فرعی، مقوله‌های اصلی و درنهایت، مقوله هسته در طی فرایندی جزئی، دقیق و طولانی مفهوم‌پردازی و ارائه شدند. در نتیجه این فرایند، مقوله هسته «برساخت هژمونیک بی‌قدرتی شغلی»، از ۲۰ مقوله اصلی، ۳۳ مقوله فرعی و ۱۵۷ مفهوم برساخته شد که به دلیل محدودیت در حجم مقاله، مفاهیم و مقولات فرعی در جدول مفهومی حذف شدند. به بیان ساده، می‌توان گفت چیزی که پرستاران در این پژوهش در سطوح خرد، کلان و میانی با آن روبه‌رو می‌شوند و بی‌قدرتی را برای آنها به صورت هژمونیک آشکار می‌کند، فرایندهایی است که آنها وضعیت‌های برساخته اجتماعی را برای خود پیچیده تلقی کنند. برساخته شدن این وضعیت‌های اجتماعی، زمانی که به صورت اجتناب‌ناپذیری موجب بازتولید مداوم بی‌قدرتی پرستاران شود، شکل هژمونیک به خود می‌گیرد.

رؤیاهای ازدست‌رفته پرستاری

پرستاران قبل از ورود به حرفه خود، عموماً با تجربیات واقعی پرستاری آشنایی ندارند. داشتن یک {نگاه شیرین} به لباس سفید پرستاری و هم‌تراز دانستن خود با پزشکان، آنها را ترغیب به ورود به حرفه می‌کند. این نگاه سطحی تا زمان ورود به حرفه باقی خواهد ماند؛ به گونه‌ای که پرستاران در

اولین برخوردهای خود با محیط بیمارستان عموماً با شوک‌های ابتدایی ناشی از سختی کار و تغییر نگرش‌های خود نسبت به پرستاری روبه‌رو می‌شوند. این امر سرخوردگی موقتی و ابتدایی برای آنها به همراه دارد. مونا می‌گوید: «وقتی پرستاری قبول شدم فکر می‌کردم خیلی خوبه و پرستیژی مثل دکتر دارم. در این حد بود»؛ بنابراین، رؤیاهای ازدست‌رفته پرستاران و انتظارات شکست‌خورده بعدی آنها، زمینه بی‌قدرتی را در آنها تقویت می‌کند.

کارکردزدایی شیفت‌های سنگین

با ورود افراد به حرفه پرستاری و تجربه شیفت‌های در گردش کاری، شیفت‌های دوبل، خستگی‌های بعد از شیفت، نبود استراحت کافی در زمان شلوغی بخش، فشار شیفت‌های شب و ... کارکردزدایی شیفت‌های سنگین اتفاق می‌افتد؛ شیفت‌هایی که در آنها پرستاران از حداکثر توان روحی، عاطفی و بدنی خود برای مسئولیت‌های واگذار شده به خود بهره می‌گیرند تا مراقبت‌های درمانی را بدون خطا انجام دهند. با این حال توان عاطفی و بدنی پرستاران در بخش‌های سنگین (مثل اورژانس و بخش‌های داخلی) جوابگوی فشار نیست؛ این در حالی است که به‌طور چندجانبه از پرستاران انتظار می‌رود بدون در نظر داشتن خستگی‌ها و توانایی‌های خود، همچنان به ارائه خدمت مشغول باشند؛ در واقع، شیفت‌های سنگین بیش از آنکه بازدهی داشته باشند، سبب فرسودگی بیشتر

هم انجام داد و خوب نشد و در نتیجه، فوت کرد».

برساخت نارضایتی های مالی پرستاران

نبود شفافیت مالی در سیستم بیمارستان، توزیع نابرابر منابع مالی، ناکافی بودن حقوق دریافتی، نبود انگیزه های مالی برای ادامه کار، عقب ماندن کارانه ها، اضافه کاری های بدون حقوق، سرزنش های حقوق محور، محرومیت نسبی درآمدی^۱ و ... به طور کلی برساخت گر نارضایتی های مالی بین پرستاران اند؛ البته پیداست که تفاوت های درآمدی برای پرستاران مرد، محرومیت نسبی بیشتری نسبت به پرستاران زن به همراه می آورد. احمد با اشاره به محرومیت نسبی درآمدی خود می گوید:

«من خیلی دلم می خواد به هدیه ای مثل یه لیوان ببرم خونه بگم از محیط کارم بهم دادن. من مقایسه می شم با دوماه یا پسرعمم که یه بانکی ساده هستن. اونا تولد خانمشون یادشونه و حتی گردن بند طلا خریدن برای زناشون و پولایی که اونا ازش صحبت می کنن من تو خواب هم نمی بینم».

گفتار قدرت - مراقبت پزشکان

پرستاران با اشاره به کمبود سطوح درآمدی خود، دلیل آن را مدیریت پزشک سالارانه بیمارستان ها می دانند؛ پزشکانی که با گفتمان قدرت خود در بیمارستان به طور دائم نظام کنترل و مراقبت بیمارستانی را باز تولید می کنند. گفتار قدرت - مراقبت پزشکان به دنبال شرایطی چون قانون گذاری ناقص، سیستم تبعیضی پزشک سالار، کنترل فراگیر پرستاران، سیستم تنبیهی فراگیر، ترس های نهادینه شده پرستاران، رفتارهای قدرت مآبانه پزشکان، سخت گیری و ... برساخته شده است. به علاوه می توان در بیمارستان ها قدرت های لایه لایه را شاهد بود که در رأس آن قدرت پزشکی یا سیستم پزشک سالار وجود دارد. این قدرت از هنجارها، قوانین و عوامل غیرشخصی نشئت گرفته است؛ بنابراین، بیمارستان به وسیله قدرت هژمونیک پزشکان، با استفاده از کنترل فراگیر سعی

پرستاران می شوند. این شیفت های سنگین یکی از شرایط علی بی قدرتی شغلی پرستاران است. مینا می گوید:

«والا شیفت هایی که ما می آییم. تایم کاری که ما می آییم. نه تعطیلی داریم؛ نه شب داریم، نه روز داریم، هیچی اصلاً آرامشی توی کار نیست هیچی، هیچی».

فشارهای چندجانبه کارکردزا

همراه با شیفت های سنگین کارکردزا، فشارهای چندجانبه کارکردزا نیز برای پرستاران پیش می آید؛ فشارهایی که گاهی اوقات پیش بینی ناپذیرند و به دنبال کم تجربگی پرستاران، استانداردهای نبودن حجم کاری، کمبود نیروی پرستاری، تحلیل قوای جسمی پرستاران و ... خود را نمایان می کنند و پرستاران را در تنگنای خستگی های مفرط قرار می دهند. این امر نیز کژکارکردهای ارائه خدمت را به همراه می آورد؛ کژکارکردهایی مثل ناتوانی در مدیریت فضای بیماران، ناتوانی در کنترل زمان، ناتوانی در تشخیص آنچه در لحظات حساس حیاتی است و کم توانی در پاسخگویی به انتظارات همراهان بیمار و ... که خارج از کنترل پرستاران در پی شیفت های سنگین بر آنها تحمیل می شود. آذر با اشاره به حجم کاری می گوید:

«حجم کاری که هست، مشخصه از استاندارد جهانی خیلی بیشتره».

وضعیت های سیال بیماران

پرستاران هنگام انجام مراقبت های درمانی، عموماً با وضعیت های سیال بیماران روبه رو هستند؛ بیمارانی که وضعیت های ثابت جسمانی ندارند و با جواب ندادن به مراقبت های پرستاری، آنان را با شرایط سردرگمی روبه رو می کنند. این وضعیت ها به دنبال شرایط خاص بیماران، خود را نشان می دهند که توانایی کنترل را از پرستار سلب می کند. رضا می گوید:

«یه مریض داشتیم مورد cva {سکته مغزی} بود، آوردنش توی اورژانس دارو گرفته بوده. بعد منتقلش کردن توی آی سی یو و تمام کارهایی که باید انجام می شده رو انجام دادیم؛ ولی با توجه به سیر بیماری که داشته مریض اون قدری خوب نشده که ما انتظارشو داشتیم و هی بدتر شد، به جای اینکه بهتر بشه. مثلاً ما انتظار داشتیم که سطح هوشیاری اش بیاد بالا؛ ولی هی افت کرد بعد عمل جراحی

^۱ محرومیت نسبی درآمدی از مقایسه میزان حقوق دریافتی خود با حقوق سایر اقشار در جامعه ایجاد می شود.

است خود را نمایان کند؛ زوالی که در پی فشارهای جسمی و روحی نمایان می‌شود. یکی از وضعیت‌های به زوال برنده صبر، عمل احیا و فشارهای روحی و بدنی حاصل از آن است. علی با اشاره به فشار جسمانی عمل احیا می‌گوید:

«زمان احیا تمام کاراشو باید انجام بدیم دارو بدیم ماساژ بدیم و ... اصلاً می‌دونی ماساژ قلب دادن چه توانایی از آدم می‌گیره؟ مثلاً ماساژ می‌دی فشار میاد رو بازوها. اصلاً شده از درد بازو خوابت نبره؟؟ {با خنده}».

از بین رفتن توان جسمی و صبر روحی یکی از زمینه‌های لازم در فرایند برساخت بی‌قدرتی شغلی را فراهم می‌کند. در این میان باید به این نکته اشاره کرد که پرستاران عموماً قشری آسیب‌پذیرند و این آسیب‌ها هم به صورت روانی (مانند رویارویی با مرگ به طور مداوم) و هم به صورت بدنی (کار چندین ساعته و آسیب‌پذیری بعضی پرستاران به دلیل زوال توانایی بدنی به ویژه زنان) و هم به صورت رفتاری (رویارویی با همراهان و بدررفتاری‌های مقصرانگارانه آنها برای فوت بیماران) مشاهده می‌شوند.

پروبلماتیک مسئله زمان

مسئله بسیار مهم در مدیریت کارهای بخش و بیماران به وسیله پرستاران، پروبلماتیک مسئله زمان است. این مسئله به دنبال نبود نظم و ساماندهی زمان به وسیله پرستاران برای مدیریت کارهای درون‌بخشی، خود را نشان می‌دهد. توانایی به‌کارگیری سبک‌های شخصی تجربه‌زدا برای کنترل و مدیریت زمان از محوری‌ترین فاکتورهایی است که از پرستاران انتظار می‌رود با به‌کارگیری آن، هم روند درمانی را مدیریت و هم مسئولیت‌های خود را طوری سازماندهی کنند که بتوانند در کمترین زمان آنها را انجام دهند. شیوا با اشاره به عقب‌ماندن کارهای واگذار شده می‌گوید:

«شده اینجا می‌خوام خروج بزیم و بریم. بعد چون کارامون مونده نشستیم و هی هنوز گزارش کار می‌نویسیم؛ چون کارامون خیلی بوده و نرسیدیم».

می‌کند از پرستاران انسان‌های منضبطی بسازد. حسین با اشاره به قانون تعرفه‌گذاری می‌گوید:

«بین من امشب چند تا مریض را بخیه زدم چند تا سرم وصل کردم. اگه بخوان تعرفه پرستاری را اجرا کنن که اجرا نمی‌کنن پولش برا ماست؛ اما همه پولش می‌ره برا پزشکا؛ چون اونا خودشون قانونا رو می‌ذارن».

مینا با اشاره به کنترل فراگیر بخش‌ها می‌گوید:

«هر یونیت به دوربین خاص خودشو داره و هر کار اشتباهی که انجام بدیم چیزی کم بشه پرستار باید جوابگو باشه. انگار یکی ما رو کنترل می‌کنه و استرس داریم که نکنه کار اشتباه انجام بدیم».

تیپ‌های شخصیتی زمینه‌ساز

درکنار عوامل ساختاری، تیپ‌های شخصیتی و عوامل رفتاری پرستاران سبب تلاش نسبی‌شان برای دست‌یابی به سطوح موفقیت یا ارتقای شغلی می‌شود. این تیپ‌های شخصیتی، زمینه‌ساز دست‌یابی به موفقیت یا بی‌قدرتی می‌شوند؛ به طوری که افراد دارای تیپ‌های شخصیتی B تمایل کمتری به در دست داشتن مدیریت و پیشرفت شغلی دارند. محمد می‌گوید:

«من حس و حال درگیری با مسئولیت را ندارم. اینکه یکی به مسئولیت بهم بده سعی می‌کنم خوب انجامش بدم؛ ولی تا بتونم خودمو درگیر نمی‌کنم. دوست دارم دوشادوش مسئول حتی پیش برم؛ اما خودم دوست ندارم پاسخگو باشم. دوست ندارم هی جوابگو باشم حس خوبی نیست. اینطوری برام قابل‌هضم‌تره. نه اینکه ترس داشته باشم‌ما نه، فقط حال نمی‌کنم».

زوال صبر

از ویژگی‌های پرستاران برای ارائه خدمت طولانی‌مدت در بیمارستان، داشتن صبر و شکیبایی است؛ درواقع، فاکتور صبر سبب تحمل وضعیت‌های مختلف در محیط کاری است. پرستاران بنا بر انتظارات جامعه و سازمان از آنها، باید منش صبر را در خود پرورش دهند. مراد می‌گوید: «اگه صبور نبودم که اینجا ۲۰ سال کار نمی‌کردم. پرستاری یعنی صبر»؛ با این حال زوال صبر برای پرستاران در طی سال‌ها ممکن

فراانتظارات منزلت‌زدا

پرستاران از طرف مردم، مدیریت بیمارستان، همراهان بیمار، بیماران و سایر کارمندان بیمارستانی در زیر فشار انتظارات‌اند. در این بین همراهان بیمار بیشترین انتظارات را از پرستاران حاضر در ایستگاه پرستاری دارند. ایستگاه پرستاری را می‌توان مکان برخورد همراه بیمار و پرستار تلقی کرد؛ مکانی که در آن همراهان به دنبال مواردی چون ناآگاهی از وظایف پرستاری و مراقبت‌های درمانی، بی‌صبوری، ناهمراهی، برچسب‌زنی، پاسخ فوری خواستن، پیش‌داوری، شکایت و برخوردهای قضایی، غلبه عاطفه و هیجان بر عقل خود، بی‌احترامی به پرستاران، بدرفتاری نسبت به آنها و ... فراانتظارات منزلت‌زدا را بر ساخت می‌کنند. حسین با بیان بی‌احترامی از طرف همراهان می‌گوید:

«به نظرم باید همون احترامی که به پزشکا می‌دارن، به پرستار هم بذارن ولی این‌طور نیست. مثلاً مرضی داشتیم ۳ روز عمل کرده بود و دکتر ۳ روز نیومده بود بهش سر بزنه. همراهش اومد گفت وقتی دکتر بیاد من می‌رم دعوا می‌کنم و فلان که مثلاً چرا بعد از عمل نیومدی سر بزنی به مرضی. وقتی که دکتر اومد بعد رفت شکایت پرستارا رو کرد که پرستارا به بیمار من رسیدگی نمی‌کنن. اصلاً همه بچه‌ها وارفته بودیم که این آقا این همه جبهه علیه دکتر گرفته بود که خواست اونو حتی بزنه، بعد از این دکتر رو دید که سریع موضعیشو تغییر می‌ده و به پرستار حمله می‌کنه».

علاوه بر نگاه همراهان به پرستاران، دیدگاه مردم به پرستاری اهمیت دارد. دیدگاه‌هایی که به گمان پرستاران به دنبال نگاه سطحی به حرفه پرستاری و بی‌کارکرد دانستن آن سبب ایجاد بی‌اعتمادی نسبت به پرستاران شده است. زینب می‌گوید:

«پرستاری کلاً بین یزدی‌ها هم خوب پرستیژی نداره و شغل جالبی نیست براشون؛ چون دخترا و زنها شبا قراره برن سر کار. مثلاً یکی به من می‌گفت نری پرستار بشی‌ها! هیچ‌کس نمیداد ورت‌داره {کسی باهات ازدواج نمی‌کنه}».

درمان پراگماتیسمی

فشارهایی که در قالب بی‌قدرتی شغلی خود را نمایان می‌کنند، سبب به‌کارگیری راهبردهایی به وسیله پرستاران می‌شوند. یکی از

این راهبردها درمان پراگماتیسمی است. این کنش به آنها کمک می‌کند با وضعیت بیگانه‌ساز در محیط شغلی برخورد و توان روانی خود را تا حدی بازیابی کنند. مهناز درباره داشتن سواد بالینی و تجربه درمانی حداقلی خود می‌گوید:

«رزیدنتا کتابی بلدن و تجربه ندارن؛ ولی من پرستار ۱۰ سال توی کارم. وضعیت مرضیای مختلف را دیدم توی کار بالینی هستم و بهتر از یک رزیدنت تشخیص می‌دم به‌طور تجربی که چی برا مریض خوبه و چی بده».

گفتمان اعتماد و کار عاطفی

علاوه بر پراگماتیسم شغلی، راهبردهای به کار برده شده برای مقابله با بی‌قدرتی شغلی پرستاران در دو حوزه کلی تقسیم‌بندی می‌شوند: اول گفتمان اعتماد و دوم کار عاطفی. گفتمان اعتماد حاصل به‌کارگیری زبان و کلام پرستار برای به دست آوردن رضایت بیمار، همراهان او و مردم در طی شیفت‌های کاری و زندگی روزمره خود است؛ بنابراین، پرستاران به‌صورت مداوم در طول زندگی اجتماعی‌شان با استفاده از زبان توجیهی در بیمارستان و به‌کارگیری گفتار آگاهی‌بخشانه بین مردم برای به دست آوردن اعتماد چندجانبه، راهبرد گفتمان اعتماد را به کار می‌گیرند. امین با اشاره با گفتار آگاهی‌بخشانه در حوزه عمومی نسبت به پرستاران می‌گوید:

«سعی می‌کنم اون فردی که درمورد پرستارا پیش‌داوری می‌کنه باش حرف بزمن و آگاهی بدم و توضیح بدم بهش و اگر قانع هم نشد که هیچی؛ اما در کل من بیشتر سعی می‌کنم که هرکسی دچار این اشتباهات و ذهنیت‌هاست رو راهنمایی کنم».

راهبرد دوم کار عاطفی است که اولین بار آرلی هاکشیلد^۱ (1983) در کتاب *قلب‌های کوچک‌شده* آن را به کار برده است. پرستاران به منزله ارائه‌دهندگان خدمات درمانی جزئی از فعالیت روزمره خود را به کار عاطفی و مدیریت عواطف اختصاص می‌دهند. علی می‌گوید:

«هر کاری که شما بگی می‌تونم بدی دست ربات‌ها، ولی نمی‌تونم کار انسانی یه پرستار را بدی دست یه ربات؛

¹ Hochschild

«اکثر بچه های ما هوش اجتماعی بالایی دارن به جز دو - سه نفر. سعی می‌کنن که فراموش کنن توی اون بخش چه اتفاقی افتاده. یه جورایی حرف بزبن با هم و حل کنن مشکل را که کار به جای باریک نکشه».

سبک‌های مراقبتی ترکیبی

دسته دوم پیامدهای مثبت سبک‌های مراقبتی ترکیبی است. این سبک‌ها برای کیفیت بهتر کارها و اعتمادزایی در دو بعد سبک‌های مراقبتی نهادینه شده از طرف سیستم بیمارستان و سبک‌های مراقبتی تجربه‌زاد خود را نشان می‌دهند. مینا درباره سبک‌های تجربه‌زاد می‌گوید:

«سبک شخصی هم دخالت داره بله، معمولاً هر پرستاری اولویت‌بندی رو در رسیدگی به بیمارای خودش داره؛ یعنی باید آنقدر هشجاری داشته باشی ببینی شرایط مریض چطوریه. آخه مریض آدم سالمی که نیست و مشکل داره و تو باید بتونی مانیتور را ببینی و شرایط تنفس و ... رو چک کنی؛ بعد بیای اولویت‌بندی کنی که چیکار باید بکنی که کارا خوب پیش بره».

الگوی پارادایمی پژوهش، نشان‌دهنده جریان فرایندها و فعالیت‌های اتفاق افتاده در بستر مطالعه است. این الگو از پنج قسمت شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها تشکیل شده است. در مرکز الگو نیز پدیده مرکزی قرار دارد که فعالیت‌ها پیرامون محور آن شکل می‌گیرند. جریان فرایندها و فعالیت‌هایی که در بستر این پژوهش اتفاق افتاده‌اند، نشان می‌دهند پدیده مرکزی «بی‌قدرتی شغلی» است؛ به عبارت دیگر، براساس تحلیل داده‌های پژوهش شرایط علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر، برساخت‌گر بی‌قدرتی شغلی بین پرستاران‌اند. به‌طور کلی چیزی که مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر با آن به‌طور عینی و ذهنی در طی زمان درگیر می‌شوند، برساخت بی‌قدرتی شغلی بین پرستاران است. این الگو براساس تبیین‌ها و یافته‌های اشاره شده در جدول مفهومی، در شکل ۱ ترسیم شده است؛ در واقع، جریان فرایندهای ارائه شده در بخش خط داستان، به‌صورت تصویری در این شکل دیده می‌شود.

چون خیلی کار حساسیه و نیاز داره آدم محبت داشته باشه».

به‌دنبال تمام شرایط ایجادشده در محیط بیمارستان و حوزه عمومی که پرستاران را با برساخت بی‌قدرتی روبه‌رو می‌کنند، راهبردهای کاربردی پرستاران با خود پیامدهایی با دو بعد مثبت و منفی را به‌همراه دارد. ازجمله این پیامدها عبارت‌اند از: به بی‌تفاوتی آموخته‌شده پرستاران، هژمونی عواطف منفی، حل گفتمانی اختلافات و سبک‌های مراقبتی ترکیبی.

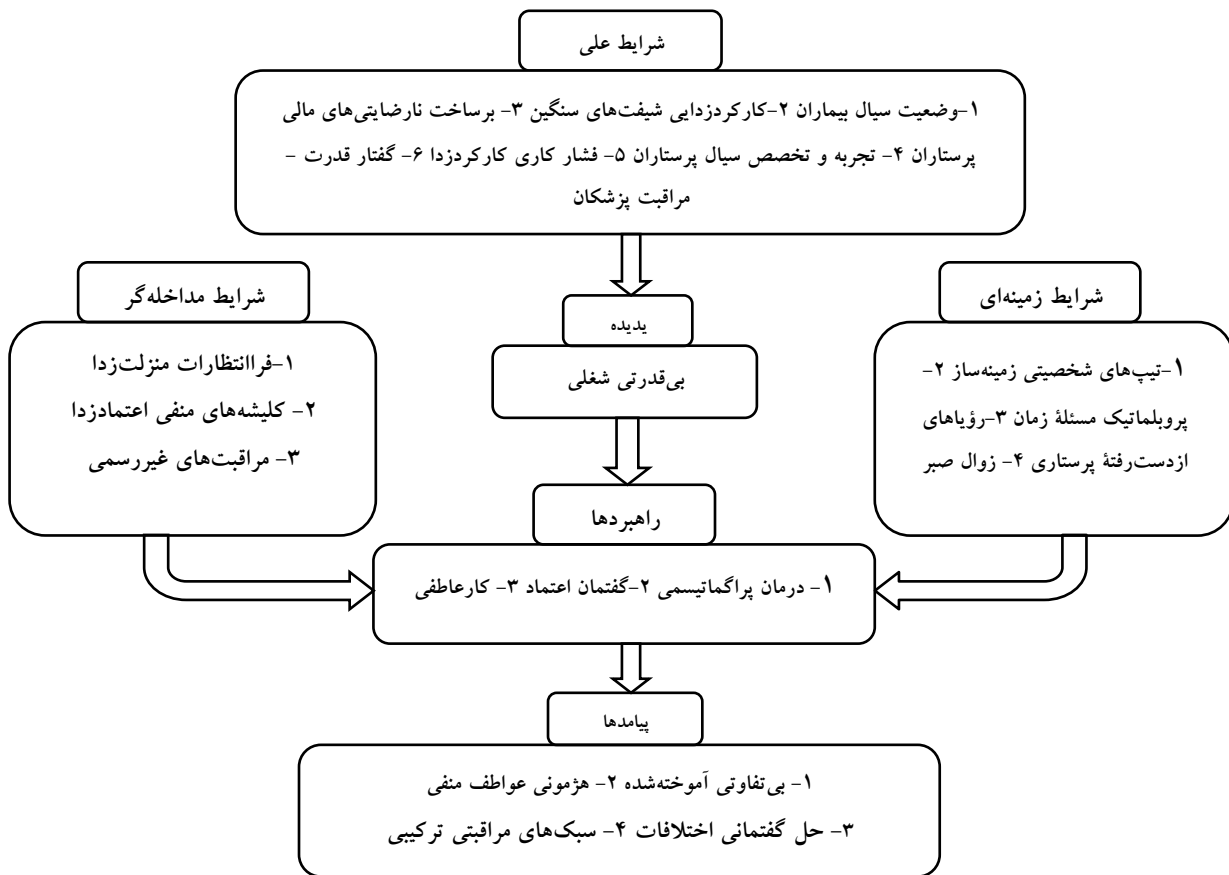
بی‌تفاوتی آموخته‌شده و هژمونی عواطف منفی

پرستاران به‌دنبال کاربرد راهبردهای آگاهی‌بخشی خود میان مردم برای ساخت اجتماعی اعتماد، گاه راهبردهای خود را بدون نتیجه می‌بینند؛ در نتیجه، بی‌تفاوتی آنها نسبت به اتفاقات و کلیشه‌ها شکل می‌گیرد. آنها در جریان زندگی شغلی خود یاد می‌گیرند بی‌تفاوت باشند. هژمونی عواطف منفی ازجمله پیامدهای منفی است که در روند کاری پرستاران، آنان را متأثر می‌کند. محیط کاری افسرده‌کننده، وسواس کاری، فشار روانی مسئولیت‌ها، غلبه هیجانات منفی در کار، دلزدگی تجربی، ترس از تجویزهای درمانی و ... هر یک به‌دنبال عوامل تقویت‌کننده بیرونی مثل فشار روانی مسئولیت‌های زندگی، برساخت‌گر هژمونی عواطف منفی‌اند. یاسمن با اشاره به دلزدگی تجربی از شغل پرستاری می‌گوید:

«شاید اگه برگردم عقب یک سال دیگه پشت کنکور می‌نشستم و هرگز نمی‌اومدم پرستاری ...». به‌علاوه، از مهم‌ترین پیامدهای منفی، ترس از تجویزهای درمانی برای پرستاران است؛ زیرا به‌لحاظ قانونی برای درمانگری پرستاران صلاحیتی تعریف نشده است. مونا می‌گوید: «چون اجازه درمان نداریم سعی می‌کنیم این کارو نکنیم. به هر حال اگه اتفاقی بیفته ۱۰۰ درصد مقصر ماییم و اگه نتیجه خوب باشه بازم هیچ اسمی از خودمون نمی‌بریم».

حل گفتمانی اختلافات

با وجود پیامدهای منفی، پیامدهای مثبتی نیز استخراج شدند. یکی از این پیامدها حل گفتمانی اختلافات درون‌بخشی بین پرستاران است. سهیلا می‌گوید:



شکل ۱- الگوی پارادایمی پژوهش

نتیجه

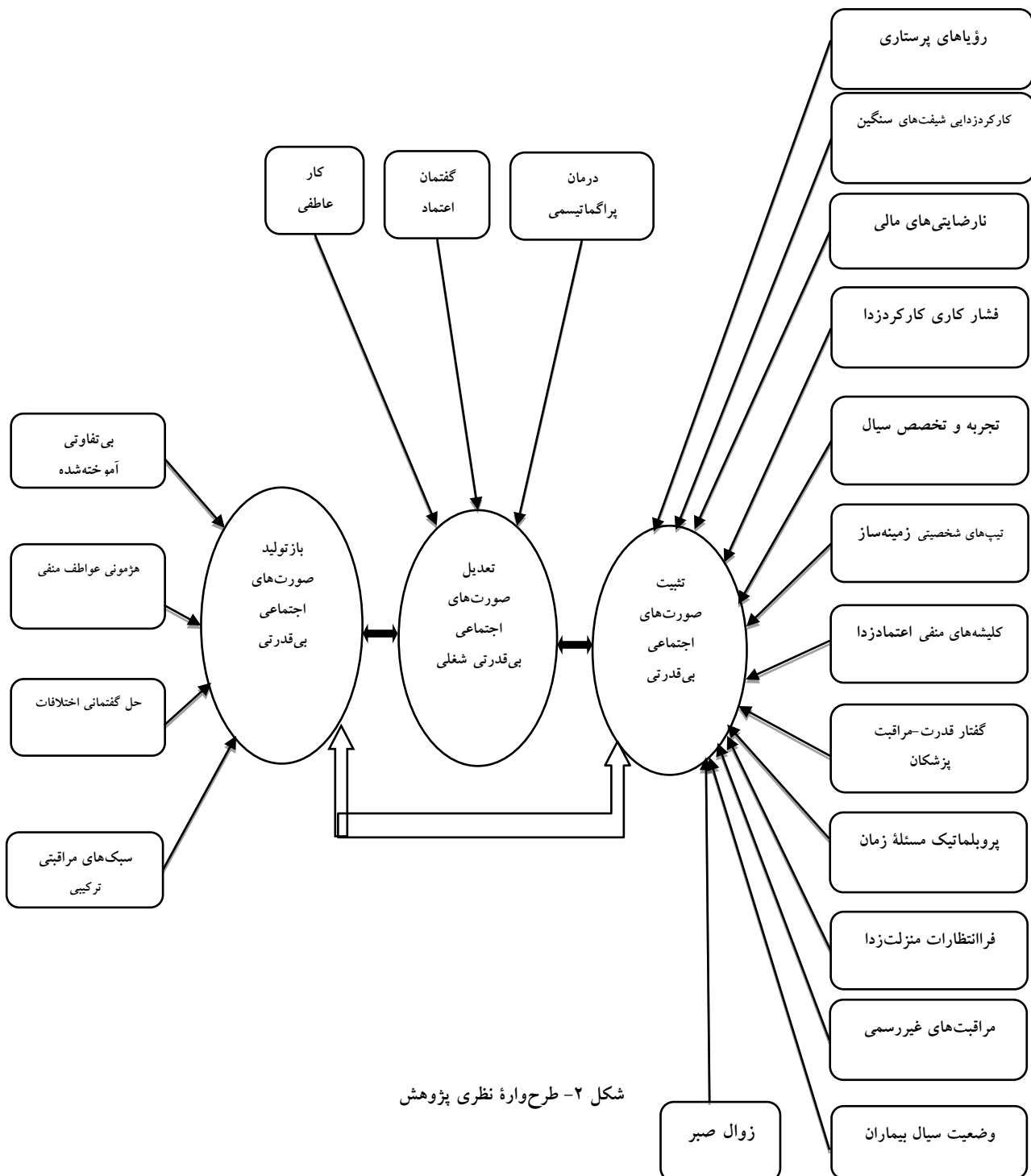
در پژوهش حاضر، فرایند شکل‌گیری بی‌قدرتی شغلی پرستاران واکاوی شد. جامعه هدف این پژوهش پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر یزد بودند. می‌توان جزئیات فرایندهای طی شده برای بر ساخته شدن هژمونیک بی‌قدرتی پرستاران را با استفاده از طرح‌واره‌ی نظری نشان داد. طرح‌واره نظری این پژوهش با فلش‌های یک‌سر و دوسر نشان داده شده است (شکل ۲). فلش‌های یک‌سر نشان‌دهنده روابط علی و فلش‌های دوسر نشان‌دهنده روابط رفت‌وبرگشتی و متقابل است. همان‌طور که در شکل ۲ نشان داده شده است، برای تثبیت صورت‌های اجتماعی بی‌قدرتی شغلی پرستاران مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی دخیل‌اند؛ عواملی که خود را در سطوح کلان (جامعه)، میانی (سازمان بیمارستان) و خرد (ذهنیت افراد) آشکار می‌کنند. پرستاران با ساختن رؤیاهای آرمانی و فراانتظارات ناآگاهانه از حرفه پرستاری و شکست انتظارات خود هنگام تجربه چندساله پرستاری، زمینه‌های

ذهنی بی‌قدرتی را ایجاد می‌کنند. آنها تیپ‌های شخصیتی متفاوت و تخصص و تجربه سیال دارند. این عوامل نیز خود را با درگیر شدن پرستاران در فضای بیمارستان و رویارویی با بیماران بیشتر نمایان می‌کنند. برای تثبیت صورت‌های اجتماعی بی‌قدرتی علاوه بر ویژگی‌های فردی پرستاران، ویژگی‌های افراد و وضعیت‌هایی که پرستاران هنگام کار با آن روبه‌رو می‌شوند نیز اهمیت دارد. به همین دلیل وضعیت سیال بیماران، فشارهای کاری کارکردزدا، کارکردزایی شیفت‌های سنگین، پروبلماتیک مسئله زمان، زوال صبر و مراقبت‌های غیررسمی، سبب تسریع فرایند بی‌قدرتی می‌شوند. این نتیجه با هیچ کدام از نتایج پژوهش‌های پیشین همسو یا متناقض نیست و می‌توان آن را نتیجه‌ای جدید مبنی بر بر ساخت اجتماعی بی‌قدرتی شغلی پرستاران تلقی کرد.

با در نظر گرفتن پرستاران به منزله ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در سازمان منظم، سلسله‌مراتبی و مبتنی بر تقسیم کار بیمارستان، می‌توان تشخیص داد که آنها بیش از هر زمان

شکل انکارناپذیری بیش از هر زمان دیگری در جامعه امروز سبب کنترل و بی قدرت کردن افراد خود می شود. پرستاران نیز در بیمارستان بیش از هر زمان دیگری با این نوع عقلانیت کنترل کننده روبه رو هستند.

دیگری باید به نظم تعبیه شده در محیط سازمان متکی باشند؛ زیرا به تعبیر میشل فوکو امروزه نظم نهادی از طرف قدرت مطلق اعمال نمی شود؛ بلکه از طرف نهادهایی اجرا می شود که قابلیت سراسربینی را در خود پرورش داده اند. این سراسربینی در سازمان هایی که عقلانیت وبری بر آنها حکمرانی می کند، به



شکل ۲- طرح واره نظری پژوهش

پرستاران همسوست. همچنین همسو با پژوهش ون هیل و ورهیگ (2004) فرسودگی شغلی سبب بی قدرتی می شود. به طور کلی مجموعه عوامل بیان شده سبب تثبیت صورت های اجتماعی بی قدرتی بین پرستاران خواهد شد که در سمت راست طرح نظری با فلش های یک سر نشان داده شده اند.

در قسمت میانی طرح واره نظری، تعدیل صورت های اجتماعی بی قدرتی نشان داده شده است. این تعدیل با استفاده از سه عامل اساسی درمان پراگماتیسمی، کار عاطفی و گفتمان اعتماد صورت می گیرد؛ یعنی پرستاران با استفاده از این عوامل با صورت های تثبیت شده بی قدرتی شغلی مقابله می کنند. نکته جالب توجه، کارکرد کار عاطفی به منزله برساخت گر دووجهی است. بدین معنا که این عامل به همراه کار دستی برای پرستاران انتظارات مالی آنها را برآورده نمی کند و برساخت نارضایتی مالی را موجب می شود؛ بنابراین، کار عاطفی به منزله یک علت، برساخت گر بی قدرتی در کنار کار یدی کم مزد است. به همین دلیل پرستاران از کار عاطفی به منزله عاملی تعدیل کننده برای آرامش ذهنی و به دست آوردن اعتماد بیماران استفاده می کنند. کار عاطفی انعطاف پذیری آنها را برای مقاومت در برابر پیامدهای منفی مراقبت های درمانی مانند استرس افزایش می دهد. این امر با نتایج پژوهش دلگادو و همکاران (2017) همسوست. گفتمان اعتماد و درمان پراگماتیسمی نیز تعدیل کننده هایی هستند که اولی در سطح جامعه برای فرار از کلیشه های منفی عمومی و اعتمادسازی نسبت به پرستاران به کار گرفته می شود و دومی در سازمان بیمارستان کارکرد خود را نشان می دهد. این نتیجه نیز با هیچ کدام از پژوهش های انجام شده همسو یا متناقض نبوده است و در بستر مطالعه انجام شده نتیجه خاص این پژوهش محسوب می شود. قسمت میانی (تعدیل صورت های اجتماعی بی قدرتی) و ابتدایی (تثبیت صورت های اجتماعی بی قدرتی) الگو، به صورت رفت و برگشتی با هم ارتباطی هم افزایانه دارند.

قسمت سوم الگو با عنوان بازتولید صورت های اجتماعی

با در نظر داشتن پزشکی به منزله محور موفقیت و پرستیز در نگاه مردم، در عمل، قدرت در میدان های اجتماعی به پزشکان متعلق خواهد بود؛ بنابراین، با از دست رفتن رؤیاهای پزشک سالارانه پرستاران آنان دچار شکست خواهند شد. می توان پیش بینی کرد که پزشکان هم در جامعه و هم در سازمان ها، روشنفکرانی هژمونیک شناخته می شوند که با یک قدرت هژمونیک کنترل و بی قدرتی افراد سازمان را در زیر سایه مدیریت چندجانبه خود تقویت می کنند. این نتیجه با پژوهش پیتر و همکاران (2004) همسوست.

به علاوه همان طور که در الگو نمایان است، برای تثبیت بی قدرتی، عامل خیلی مهم برساخت نارضایتی های مالی پرستاران است. با وجود باور درونی پرستاران و انتظار آنان مبنی بر توازن بین حقوق دریافتی و خدمت ارائه شده شان در محیط بیمارستان، کار بیشتر، سختی های دنباله دار، درگیری های عاطفی و... شاهد این هستند که خدمتشان حقوق متناسب با خود را به همراه نمی آورد. به گفته مارکس در دوره سرمایه داری، افراد با فروش نیروی کار خود بیش از آنکه رضایت را به دست آوردند، دچار استثمار خواهند شد. این استثمار در سایه آگاهی کاذب آنان تقویت و موجب بی قدرتی هرچه بیشتر آنها می شود. پرستاران نیز از این قاعده مستثنی نیستند. استثمار پرستاران به وسیله کار دستی در طی شیفت های کاری و وجود داشتن توازن بین خدمات ارائه شده و حقوق دریافتی برای آرامش روانی آنها و درنهایت، بی قدرتی شان با پژوهش پیتر و همکاران (2004) همسوست.

آنها علاوه بر کار دستی در محیط بیمارستان، با درگیر کردن عواطف خود، کار عاطفی را برساخت می دهند. این امر سبب می شود پرستاران حاضر در سیستم بیمارستان به صورت چندبعدی بی قدرتی شغلی را تجربه کنند؛ یعنی پرستاران هم عواطف و هم نیروی بدنی خود را در فرایند ارائه خدمات درمانی به کار می گیرند که این امر نارضایتی و فرسودگی آنان در جریان کار را به دنبال دارد. این نتیجه با پژوهش کینمن و لگتر (2016) مبنی بر فرسودگی شغلی

پرستاری از طریق فرهنگ‌سازی و آموزش مناسب با هدف بهبود وضعیت اجتماعی پرستاران.

۶. نامرئی بودن مداوم بسیاری از کارهای پرستاری سبب ناآگاهی مردم از حرفه پرستاری و بی‌کارکرد دانستن آن می‌شود؛ بنابراین، لازم است خود واقعی حرفه پرستاری به مردم نمایانده شود.

۷- تلاش برای ایجاد امنیت شغلی برای پرستاران طرحی. ۸. افزایش استقلال عمل قانونی پرستاران در بخش‌های درمانی برای مدیریت روند درمان زیر نظر پزشکان.

محدودیت‌های پژوهش

۱- پیچیده بودن فرایندهای بروکراتیک برای گرفتن مجوز مصاحبه از پرستاران در بیمارستان‌ها و همکاری نکردن مسئولین مرتبط.

۲- محدودیت وقت پرستاران در بخش‌های درمانی و به‌دنبال آن ایجاد مشکل در فرایند انجام مصاحبه‌ها.

۳- طولانی شدن فرایند جمع‌آوری داده‌ها به دلیل همکاری نکردن پرستاران.

- وجود نداشتن حمایت‌های مالی و ... از سوی نهادهای مرتبط.

منابع

- آقاجانی، ح. و جوادی، ر. (۱۳۸۷). «بررسی جامعه‌شناختی عوامل اجتماعی موثر بر بیگانگی از کار در بین پرستاران شهر اراک»، *مجله جامعه‌شناسی*، ش ۱۲، ص ۸۲-۹۸.
- استراوس، الف. و کرین، ج. (۱۳۹۷). *مبانی پژوهش کیفی، فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای*، ترجمه: ابراهیم افشار، تهران: نشر نی.
- افراسیابی، ح. و مداحی، ج. (۱۳۹۵). «بازنمایی و تبیین نقش اوقات فراغت در اعتیاد به سیگار در میان دانشجویان». *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ش ۲۶، ص ۲۱۶-۱۷۹.

بی‌قدرتی مشخص شده است. این قسمت پیامد تعدیل صورت‌های اجتماعی بی‌قدرتی است؛ در واقع، پرستاران به‌دنبال کنش و واکنش‌های خود در اجتماع و بیمارستان در جهت تعدیل بی‌قدرتی خویش چهار واکنش کلی انجام می‌دهند که در الگو مشخص است. بازتولید این بی‌قدرتی از آنجا ناشی می‌شود که این قسمت از الگو ارتباط متقابل با تثبیت صورت‌های اجتماعی بی‌قدرتی پرستاران دارد و بدین لحاظ بی‌قدرتی بعد هژمونیک خود را برای پرستاران نمایش می‌دهد. بنا بر رویکرد تفسیری نکته جالب توجه، ثابت نبودن صورت‌های اجتماعی بی‌قدرتی بین پرستاران است؛ زیرا با برخورد و رابطه با سایر صورت‌ها، قابلیت جابه‌جایی و برساخت دوباره بی‌قدرتی را دارند؛ البته این بدان معنی است که برساخت بی‌قدرتی به طور مداوم از بستر اجتماعی نشئت می‌گیرد و در نتیجه، با تغییر بستر تغییر می‌کند و بی‌قدرتی شغلی افزایش یا کاهش می‌یابد.

نتیجه کلی اینکه ساخت اجتماعی بی‌قدرتی شغلی در حالت حاد خود به‌صورت هژمونیک بروز پیدا می‌کند که شامل سطوح خرد، میانی و کلان خواهد بود؛ در واقع، پرستاران برساخت هژمونیک بی‌قدرتی شغلی را بین خود در سطح خرد به‌صورت ذهنی ایجاد می‌کنند. بیمارستان و سیستم این بی‌قدرتی را در سطح میانی تثبیت می‌کند و در نهایت، در سطح جامعه بازتولید می‌شود.

پیشنهادها

۱. اجرای طرح تعرفه‌گذاری برای کاهش نارضایتی‌های مالی پرستاران.
۲. افزایش تعداد کادر درمانی پرستاران برای کاهش فشارهای کاری آنان.
۳. ایجاد شرایط مناسب برای پیشرفت شغلی براساس تجربه و تخصص و تحصیلات بین پرستاران.
۴. کاهش سیستم تنبیهی و تنظیم نظام پاداش‌دهی منصفانه برای افزایش انگیزه کاری پرستاران.
۵. تلاش برای بهبود نگاه عموم مردم نسبت به حرفه

- افشانی، ع؛ روحانی، ع. و ابراهیمی-نیا، س. (۱۳۹۷). «برساخت اجتماعی اسطوره زن زیبا، کاوشی زمینه‌مند از بدن زیبا تا مخاطرات بدنی در میان زنان طبقه متوسط شهر مشهد»، *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۷، ش ۲، ص ۳۳۹-۳۱۱.
- امیرکافی، م. و کاروانی، ع. (۱۳۹۷). «تأثیر عدالت سازمانی و هویت سازمانی بر تعهد سازمانی»، *مسائل اجتماعی ایران*، ش ۱، ص ۵۱-۲۹.
- باقری، م؛ حسین‌زاده، ع. و شجاعی، ح. (۱۳۹۶). «بررسی تأثیر ابعاد سرمایه اجتماعی (اعتماد اجتماعی، احساس بی‌قدرتی، وفاق اجتماعی، پیوند اجتماعی) بر مشارکت سیاسی زنان استان خوزستان»، *فصلنامه توسعه اجتماعی*، د ۱۲، ش ۳، ص ۶۲-۲۹.
- جعفری عراقی، الف؛ محمودی، ح؛ سیرتی‌نیر، م. و عبادی، ع. (۱۳۹۵). «فرسودگی شغلی در پرستاران یک بیمارستان نظامی»، *مجله طب نظامی*، د ۱۸، ش ۳، ص ۲۷۰-۲۶۲.
- حقیقتیان، م. و مرادی، گ. (۱۳۹۳). «اثر از خودبیگانگی در ایجاد و شکل‌گیری رفتارهای اعتراضی جمعی جوانان شهر کرمانشاه»، *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی*، س ۱۱، ش ۱، ص ۱۷۷-۱۵۵.
- دینیلی، ت. (۱۳۹۳). *نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی*، ترجمه: بهرنگ صدیقی و وحید طلوعی، تهران: نشر نی.
- زکی‌خانی، م. (۱۳۸۹). «بیگانگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرج»، *فصلنامه تخصصی علوم سیاسی*، ش ۱۰، ص ۱۰۵-۹۲.
- ساعی‌ارسی، الف؛ سیدرنجبر سقزچی، م. و بهاری، ه. (۱۳۹۶). «بررسی میزان امید به آینده دانشجویان و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در میان دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی»، *فصلنامه علوم رفتاری*، ش ۳۱، ص ۷۶-۵۵.
- سیدمن، الف. (۱۳۹۶). *کشاکش آرا در جامعه‌شناسی*، ترجمه: هادی جلیلی، تهران: نشر نی.
- صبری‌دشتی، خ. (۱۳۸۰). «بیگانگی از کار در سازمان‌های دولتی و خصوصی»، *فصلنامه بیمه*، ش ۲، ص ۱۳۲-۱۰۷.
- ضیمران، م. (۱۳۹۶). *میشل فوکو: دانش و قدرت*، تهران: هرمس.
- علی‌اصغرپور، ط؛ نوابخش، م. و محسنی‌تبریزی، ع. (۱۳۹۷). «بررسی جامعه‌شناختی فرایند تصمیم‌گیری در رفتارهای سیاسی با تأکید بر نقش جنسیت؛ مورد مطالعه: شهر تبریز»، *مجله مطالعات و توسعه اجتماعی ایران*، ش ۲، ص ۱۰۴-۹۰.
- کوزر، ل. و روزنبرگ، ب. (۱۳۹۱). *نظریه‌های بنیادی جامعه‌شناختی*، ترجمه: فرهنگ ارشاد، تهران: نشر نی.
- گیلدنز، الف. (۱۳۹۰). *جامعه‌شناسی*، ترجمه: حسن چاوشیان، تهران: نشر نی.
- لویست، ک. (۱۳۹۵). *ماکس وبر و کارل مارکس*، ترجمه: شهناز مسمی‌پرست، تهران: ققنوس.
- محسنی‌تبریزی، ع. (۱۳۸۳). «سنجش میزان فATALیسم و رابطه آن با احساس کارآمدی و احساس بی‌قدرتی سیاسی در بین زنان بالغ مناطق شهری کشور»، *نامه پژوهش فرهنگی*، س ۸، ش ۹، ص ۲۰۱-۱۷۰.
- مصطفوی، ر؛ جمشیدزاده، الف؛ ایمانی‌جاجرمی، ح؛ غفاری، غ؛ جمشیدزاده، ج. و مصطفوی، م. (۱۳۹۰). *مشارکت‌های مردمی در امور شهری. بررسی موانع، مشکلات و راهکارهای توسعه مشارکت‌های مردمی*، تهران: جامعه و فرهنگ.
- نادی، م. و سادات‌الوصفی، م. (۱۳۹۲). «نقش واسطه‌ای ابعاد از خودبیگانگی شغلی در رابطه بین تناسب فرد-سازمان و رفتار شهروندی سازمانی»، *مجله روانشناسی معاصر*، د ۸، ش ۲، ص ۹۴-۸۱.
- نبوی، ع؛ حسین‌زاده، ع، و حسینی، ه. (۱۳۸۷). «بررسی تأثیر پایگاه اجتماعی - اقتصادی و هویت قومی بر اساس

- Sudirman, I. (2014) "The Influence of Leadership and Organizational Control on Hospital Service Quality." *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 8 (14): 40-44.
- TenHouten, W. D. (2016) "The Emotions of Powerlessness." *Journal of Political Power*, 1: 83-121.
- Van derToorn, J. Feinberg, M. Jost, T. John Kay, C. Aaron Tyler, T. Willer, R. & Wilmuth, C. (2014) "A Sense of Powerlessness Fosters System Justification: Implications for the Legitimation of Authority, Hierarchy and Government." *International Society of Political Psychology*, 1: 1-18.
- Vanheule, S. & Verhaeghe, P. (2004) "Powerlessness and Impossibility in Special Education: A Qualitative Study on Professional Burnout from a Lacanian Perspective." *Human Relations*, 57 (4): 497-519.
- Wu, X. Li, J. Liu, G. Liu, Y. Cao, J. & Jia, Z. (2018) "The Effects of Emotional Labor and Competency on Job Satisfaction in Nurses of China: A Nationwide Cross-Sectional Survey." *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 383-389.
- Young, A. Froggatt, K. & Brearley, S. G. (2017) "Powerlessness or Doing the Right thing?—Moral Distress among Nursing Home Staff Caring for Residents at the end of Life: An Interpretive Descriptive Study." *Palliative Medicine*, 31 (9): 853-860.
- امنیت اجتماعی، «فصلنامه دانش انتظامی»، ش ۳۹، ص ۳۸-۹.
- نیوی، ع. و علامه، س. (۱۳۹۳). «بررسی نابرابری جنسیتی در سازمان‌های بروکراتیک: کارکنان سازمان‌های دولتی شهر اهواز»، *مطالعات زنان*، د ۱۲، ش ۳، ص ۴۰-۷.
- نیومن، و. ن. (۱۳۹۰). *روش‌های پژوهش اجتماعی*، ترجمه: ابوالحسن فقیهی و غسل آغاز، تهران: ترمه.
- واعظی، ک. و رهبر، ر. (۱۳۹۵). «بررسی اهمیت میانجی مؤلفه احساس بی‌قدرتی در میزان تأثیر ادراک از پاسخگویی بر رفتار مشارکتی دانشجویان: مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه تهران»، *مدیریت دولتی*، د ۸، ش ۱، ص ۱۳۶-۱۱۳.
- Delgado, C. Upton, D. Ranse, K. Furness, T. & Foster, K. (2017) "Nurses' Resilience and the Emotional Labour of Nursing Work: An Integrative Review of Empirical Literature." *International Journal of Nursing Studies*, 70: 71-88.
- Hochschild, A. (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. London: University of California Press.
- Karkoulian, S. Mukaddam, W. McCarthy, R. & Messarra, L. (2013) "Job Insecurity: A Whirlpool of Chronic Powerlessness." *Education, Business and Society: Contemporary Middle Eastern Issues*, 1: 55-70.
- Kinman, G. & Leggetter, S. (2016) "Emotional Labour and Wellbeing: What Protects Nurses?" *Healthcare (Basel)*, 4 (4): 1-12.
- Manojlovich, M. (2007) "Power and Empowerment in Nursing: Looking Backward to Inform the Future." *Online Journal of Issues in Nursing*, 12 (1): 1-24.
- Omeje, P. N. (2014) "Review of Bureaucracy: A 21st Century Public Administration Imperative." *International Review of Social Sciences and Humanities*, 2: 125-129.
- Peter, H. E. Macfarlane, A. V. & O'Brien-Pallas, L. L. (2004) "Analysis of the Moral Habitability of the Nursing Work Environment." *Journal of Advanced Nursing*, 47 (4): 356-367.
- Pieranunzi, R. V. (1997) "The Lived Experience of Power and Powerlessness in Psychiatric Nursing: A Heideggerian Hermeneutical Analysis." *Archives of Psychiatric Nursing*, 3: 155-162.
- Ratnamiasih, I. Govindaraju, R. Prihartono, B. &

