

Hospital Bureaucracy and Nurses: A Qualitative Study in Yazd, Iran

Seyed Alireza Afshani*: Professor of sociology, faculty of social sciences, Yazd University, Yazd, Iran. afshanalireza@yazd.ac.ir

Ali Ruhani: Associated professor of sociology, faculty of social sciences, Yazd University, Yazd, Iran. aliruhani@yazd.ac.ir

Hamed Kiani-Dehkiani: M.A in social sciences research, Yazd University, Yazd, Iran. hamedkiani.1374@gmail.com

Abstract

Introduction: Nowadays given the widespread bureaucratic systems in all social domains, and also the possibility of dominating through laws, norms, power relations, etc, one will increasingly witness these systems' negative consequences on individuals or employees. Thus, the present study investigated the contexts and consequences of expanding hospital bureaucratic processes on nurses' performance in Yazd, Iran.

Methods: This qualitative research used a grounded theory (GT) method. The target population was nurses in public hospitals in Yazd, and through a theoretical and purposeful sampling, twenty of them were selected and in-depth interviews were conducted. The theoretical sampling was continued until the data saturation stage. Data were analyzed using open, axial, and selective coding.

Results: The findings included seventeen main categories (including nurses' lack of leisure time, malfunctions of non-meritocracy, control and exile of nurses, phobia of blood-money petitions, comparisons of failure, and conflicting social policies), and one core category (construction of dissociation bureaucracy), which were presented as the paradigmatic model, and theoretical schema.

Conclusions: The results showed that the dissociation bureaucracy is constructed as a result of widespread domination of the scaled bureaucracy, which is manifested in micro, middle, and macro scales within the hospitals. Encountering the domination of the scaled bureaucracy, nurses generally adopt a variety of strategies, including intentional transfer to other medical units, work dynamism, striving for a promotion, and long-term compatibility with the job. Nurses' reactions and resistance to the domination of the scaled bureaucracy, which are presented through various strategies, ultimately lead to consequences, including disruption in friendly social relations and material reflection in nursing.

Keywords

Dissociation Bureaucracy

Scaled Bureaucracy

Hospital

Nurses

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 16 Mar 2020
Accepted: 05 Jan 2022

Please cite this article as follows:

Afshani S, Ruhani A, and Kiani-Dehkiani H. Hospital bureaucracy and nurses: A qualitative study in Yazd, Iran. *Quarterly Journal of Social Work*. 2022; 10 (4); 14-27

پرستاران و بوروکراسی بیمارستان، یک مطالعه کیفی در شهر یزد

سیدعلیرضا افشانی*: استاد جامعه‌شناسی، عضو هیات علمی دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران. afshanalireza@yazd.ac.ir
علی روحانی: دانشیار جامعه‌شناسی، عضو هیات علمی دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران. aliruhanai@yazd.ac.ir
حامد کیانی‌ده‌کیانی: کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران. hamedkiani.1374@gmail.com

واژگان کلیدی

بوروکراسی گسست

بوروکراسی مدرج

بیمارستان

پرستاران

چکیده

مقدمه: امروزه با توجه به گسترده‌گی سیستم‌های بوروکراتیک در تمامی حوزه‌های اجتماعی و همچنین امکان حکمرانی این سیستم‌ها به وسیله قوانین، هنجارها، روابط قدرت و غیره، بیش از پیش شاهد پیامدهای منفی آن بر افراد و کارکنان خواهیم بود. لذا پژوهش حاضر به مطالعه زمینه‌ها و پیامدهای بسط فرایندهای بوروکراتیک بیمارستانی بر عملکرد پرستاران شهر یزد پرداخته است.

روش: در این پژوهش از روش‌شناسی کیفی و روش نظریه زمینه‌ای استفاده شده است. جامعه هدف، پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر یزد بودند که با استفاده از نمونه‌گیری نظری و هدفمند بیست نفر از آن‌ها انتخاب شدند و با آن‌ها مصاحبه‌های عمیق صورت پذیرفت. فرایند نمونه‌گیری نظری تا مرحله اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از کدگذاری باز، محوری و گزینشی، تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها شامل هفده مقوله اصلی از جمله فقر فراغت پرستاران، کژکارکردهای ناشایسته سالارانه، کنترل و تبعید پرستاران، فویای دادخواست‌های حقوقی دیه، مقایسه‌های شکست، سیاست‌های اجتماعی تضادآفرین، و یک مقوله هسته بر ساخت بوروکراسی گسست بودند که در قالب خط داستان، مدل پارادایمی و طرح‌واره نظری گردآوری شدند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که بوروکراسی گسست، به‌طور عمده به دنبال حاکمیت گسترده بوروکراسی مدرجی که در سه سطح خرد، میانی و کلان در بطن بیمارستان خود را نمایان می‌کند، بر ساخته می‌شود. پرستاران به دنبال حاکمیت بوروکراسی مدرج عموماً راهبردهای گوناگونی از جمله انتقال خودخواسته به سایر بخش‌های درمانی، پویایی در کار، تلاش برای ارتقای شغلی و سازگاری بلندمدت با حرفه خود را انتخاب می‌کنند. واکنش‌ها و مقاومت‌های پرستاران در برابر حاکمیت بوروکراسی مدرج که در قالب استراتژی‌های مختلف نمایان می‌شود، در نهایت پیامدهایی از جمله گسست در روابط اجتماعی دوستانه و بازنمایی مادی در حرفه پرستاری را به دنبال دارد.

* نویسنده مسوول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۵

سیدعلیرضا افشانی، علی روحانی و حامد کیانی‌ده‌کیانی. پرستاران و بوروکراسی بیمارستان، یک مطالعه کیفی در شهر یزد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۰؛ ۱۰ (۴): ۲۷-۱۴

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

بوروکراسی، سنگ بستر اصلی سازمان‌های بخش دولتی و از مهمترین مفاهیم مطرح شده در علوم اداری و سیاسی است که بیش از دو قرن به شکل جدید آن مورد توجه جدی قرار گرفته است و آن را معلول رشد صنایع و تکنولوژی و توسعه امور بازرگانی و پیشرفت اقتصادی می‌دانند. [۱] در بسیاری از کشورهای جهان، به‌ویژه کشورهای جهان سوم، بوروکراسی جز قدرت‌مندترین نهادها بوده [۲] و اغلب به‌عنوان نوعی از سیستم محصور شده توسط عقلانیت در تصمیم‌گیری، غیرشخصی بودن روابط اجتماعی، وظیفه‌محوری، سرسختی با روحی انعطاف‌ناپذیر و قوانین نهادینه شده تعریف می‌شود. [۳] بوروکراسی امروزه اغلب به‌عنوان یک بیماری که سازمان‌های بزرگ به آن مبتلا هستند، ادراک می‌شود. [۴] لذا به‌علت ویژگی‌های منفی که برای سیستم‌های بوروکراتیک در نظر گرفته شده است، می‌توان گفت بوروکراسی به بردگی انسان مدرن نیز می‌انجامد. [۵] اما در کنار آن بوروکراسی یک شکل کارآمدی از سازمان برای دستیابی به مزایایی مانند عقلانیت، دقت و پیش‌بینی‌پذیری است که می‌تواند مزایای مثبتی را برای آن سازمان یا نهادهای اجرایی به دنبال داشته باشد. به‌همین دلیل، چنانچه بوروکراسی براساس سازمان منطقی برپا شود، کارآمد خواهد بود. به‌طوری که وجود پست‌های سازمانی به‌صورت سلسله مراتب با اهداف روشن، موجب تسهیل در انجام امور می‌شود [۴] و می‌تواند کارکردها و پیامدهای مثبتی از جمله تخصص و خبرگی، اطاعت توأم با انضباط و هماهنگی، تداوم و همنوایی عملیات، عقلانیت و محرک و انگیزه را برای کارکنان سازمان‌های بوروکراتیک به همراه داشته باشد. [۶]

با این حال، جدا از سیستم اجراکننده این نوع سبک فراگیر و مزایای آشکار آن در دنیای جدید، به تعبیر وبر می‌توان پیامدهای منفی ناشی از هژمونی عقلانیت افسارگسیخته را نیز برای آن در نظر گرفت. به‌طوری که این نوع سیستم‌های فراگیر دوگانه ترس و امید را به همراه خود داشته است. لذا با عطف توجه بیشتر به وجوه ترس‌آور آن، باید در نظر داشت که در سیستم‌های بوروکراتیک، مکانیسم‌های کنترل رسمی اختیار کارکنان را محدود کرده و رفتار را زیر نظر دارند و هنگامی که کارکنان قوانین را می‌شکنند، تنبیه‌هایی مانند توبیخ و تعلیق اعمال می‌شود. در نگاه ابتدایی، ویژگی‌های بوروکراتیک احتمالاً رفتارهای ضد بهره‌ور در محیط کار را خنثی می‌کنند؛ [۷] اما در کنار آن گسترش بیش از حد فرایندهای بوروکراتیک می‌تواند منادی رفتارهای ضد بهره‌ور در محیط کار نیز باشد. به‌همین دلیل در این نوع سیستم‌ها، شاهد نظارت فراگیر سازمان‌ها بر کارکنان خواهیم بود. لذا هنگامی که مدیریت دیوان‌سالارانه اعمال می‌شود، مقررات اداری کاملاً جایگزین سلیقه شخصی افراد می‌شود [۸] به‌طوری که غیرشخصی بودن بوروکراسی، در ارتباط مستقیم با ابتنای آن به قانون تعریف می‌شود. از همین حیث قانونمندی، مهمترین خصوصیت بوروکراسی است و همان‌گونه که مورلیس گفته است، بوروکراسی با باور به قانون از سایر روش‌های سازمان‌دهی متمایز می‌شود. [۹] بنابراین بوروکراسی شامل آرمان‌های اقتدار عقلانی/قانونی است که براساس آن همه تصمیم‌گیری‌ها، براساس قوانینی صورت می‌گیرد که در طول زمان سازگار و پایدار هستند. [۱۰]

امروزه همزمان با گسترده‌گی سازمان‌های سلسله‌مراتبی و کارکرد روزافزون آن‌ها برای تولید نظم و سازماندهی افراد، بیش از پیش افراد بدان وابسته شده‌اند. به‌همین دلیل سازمان‌ها در دروان کنونی نقشی بسیار مهم در زندگی هر روزه انسان بازی می‌کنند. به‌طوری که بعضی از این سازمان‌ها علاوه بر به دنیا آوردن ما، کم و کیف پیشرفت ما را در این دنیا رقم می‌زنند و حتی پس از مردمان نیز ما را به بیرون از آن هدایت می‌کنند. یکی از این سازمان‌ها، بیمارستان نام دارد. بیمارستان‌ها سازمان‌هایی پیچیده با ساختارها و رویه‌های غیرشخصی‌اند که برای هدفی بسیار شخصی طراحی شده‌اند و می‌توان آن‌ها را مثال خوبی از یک سازمان تلقی کرد. سازمانی که در پی دستیابی به اهداف خاصی است. این اهداف عبارتند از: معالجه بیماری و فراهم ساختن سایر مراقبت‌های پزشکی. [۱۱]

با در نظر گرفتن نهاد بیمارستان به‌عنوان یک سازمان اجتماعی و در نظر داشتن لایه‌های اجتماعی و طبقاتی آن، می‌توان آن را نمود یک سازمان عقلانی دانست که به تعبیر وبر با ویژگی‌هایی خاص، با تبدیل خود به یک قفس آهنین بیش از هر زمان دیگری باعث از خود بیگانگی پرسنل خود شده است؛ اما از خود بیگانگی فقط یکی از انواع پیامدهایی است که گسترش بوروکراسی بیمارستانی برای پرسنل خود داشته است. [۱۲] در این بین پرستاران به‌عنوان عرضه کنندگان خدمات و مراقبت‌های درمانی در کنار سایر طبقات و اقشار حاضر در بیمارستان، شاهد رشد روزافزون کارکردهای بوروکراسی و سیطره عقلانیت افسارگسیخته در سازمان مربوطه هستند. به‌همین دلیل در تحقیق فوق، هدف بر آن است که دریابیم در دنیای

بهره‌گیری از نظریات جامعه‌شناختی و روانشناسی اجتماعی، حساسیت نظری حاکم بر پژوهش را بهتر سازماندهی شود. در نتیجه، این پژوهش سعی دارد با استفاده از یک رویکردی تفسیری و با تأکید بیشتر بر چهارچوب مفهومی جامعه‌شناسانه، این موضوع را مورد بررسی قرار دهد. بدین منظور، برای رسیدن به حساسیت نظری، نظریات ماکس وبر، میشل فوکو و اریک فروم بررسی شده است.

نظریه وبر به دلیل تأکید بر فرایندهای عقلانی بوروکراتیک و پیامدهای بسط آن در محیط بیمارستان بر پرستاران مورد تأکید قرار گرفته است. لذا حساسیت نظری حاکم بر تحقیق فوق به دنبال تأکید نظریه وبر بر مدیریت سازمان، عقلانیت، روابط رسمی، نظم و حاکمیت قوانین خاص چهارچوب‌بندی شده است. نظریه اریک فروم به دلیل تأکید مداوم او بر زوال روابط و شی‌واره شدن آن‌ها و همچنین از بین رفتن کیفیت روابط هم در فرایندهای کاری سازمان‌های اجتماعی و هم در روابط روزانه افراد بوده است. لذا به نظر می‌رسد، نظریه اریک فروم به دنبال انگشت‌گذاری بر کیفیات متزلزل روابط انسانی، ایجاد تجرد و ناتوانی به دنبال زوال روابط بین فردی، حاکمیت گسترده سازمان‌های دیوان‌سالار و قربانی شدن فراغت به دنبال فرایندهای طولانی کاری، حساسیت نظری تحقیق فوق را به حداکثر رسانده است. بیمارستان‌ها نیز به وسیله تفکیک بخش‌محور فضا و زمان، و کنترل همیشگی با استفاده از روش‌های رسمی و غیررسمی در سیستم طبقاتی و همچنین با بهره‌گیری از تکنولوژی خاص برای ایجاد یک نظام سراسرین، بر کادر اجرایی خود (نظیر پرستاران، خدمات، پزشکان و...) به طور همیشگی نظارت می‌کند و با کنترل فضا و زمان سعی در بالا بردن بهره‌وری کارکنان خود دارد. انتخاب نظریه فوکو به دلیل تأکید آن بر نظام قدرت و مراقبت احتمالی حاکم بر محیط بیمارستان و همچنین تأکید بر نظام پان‌آپتیکان بوده است. لذا تجربه سیستم بوروکراسی به وسیله پرستاران به دلیل وجود نظام قدرت و مراقبت و همچنین وجود تنبیه‌های سازمانی به واسطه کنترل‌های همیشگی حاکم بر بیمارستان عملکرد پرستاران را بیشتر متأثر می‌کند.

سیال و پیچیده امروز، ساختارهای سازمانی، عقلانیت بوروکراتیک، ارتباطات افراد در سازمان، مدیریت سازمان، وجود نظام کنترل و مراقبت در محیط بیمارستان، کژکارکردهای حاکم بر سازمان، احتمال گسست احترام حرفه‌ای، جو بیمارستانی، دسترسی یا دسترسی نداشتن به مزایای شغلی و به طور کلی گستردگی فرایندهای بوروکراتیک، چگونه عمل کرد پرستاران را متأثر می‌کند. بنابراین در این تحقیق تلاش شده است با تأکید بر حرفه پرستاری، زمینه‌ها و پیامدهای بسط فرایندهای بوروکراتیک بر عملکرد پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر یزد مورد واکاوی قرار گیرد، تا مسیری که از طریق آن سیستم بوروکراتیک بیمارستان، به عملکرد پرستاران جهت داده، آن را محدود کرده و حتی نارضایتی‌های متفاوتی را برای آنان به ارمغان آورده است را، مورد کاوش قرار دهد. در کنار آن، این تحقیق تلاش می‌کند علل و زمینه‌های گسترش ساختار بوروکراتیک در محیط بیمارستان، راهبردهای مقابله‌ای پرستاران در مقابل آن و پیامدهای آن را تفسیر و بساخت کند. با توجه به این، سوال اصلی تحقیق حاضر بدین گونه صورت‌بندی می‌شود که بوروکراسی بیمارستانی چگونه عملکرد پرستاران را متأثر می‌کند؟ در این تحقیق پژوهش‌های میدانی مختلف برای بررسی تطبیق یا تطبیق نداشتن نتایج به دست آمده با نتایج آن‌ها به وسیله محققین مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت و در کنار آن تلاش شد با

روش

این پژوهش از روش‌شناسی کیفی و رویکرد نظریه زمینه‌ای استفاده کرده است. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت نظری و هدفمند بود. لذا تعداد بیست نفر از پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر یزد برای انجام مصاحبه‌های عمیق انتخاب شدند. پرستاران مشارکت‌کننده در بازه سنی بیست و چهار تا چهل و پنج سال و با میانگین سنی بیست و نه و یک دهم سال بودند. همچنین حداقل و حداکثر سابقه کار آن‌ها به ترتیب دو و بیست سال با میانگین شش و دو دهم سال بوده است که در بیمارستان‌های افشار، صدوقی و فرخی شهر یزد مشغول فعالیت بودند. مصاحبه‌ها با هماهنگی مشارکت‌کنندگان در محیطی کاملاً آرام (یکی از اتاق‌های محل کار) صورت پذیرفت. مصاحبه‌ها تا مرحله اشباع نظری ادامه پیدا کرده و بعد از انجام هر مصاحبه، متن ضبط‌شده آن تبدیل به متن شده و مورد تحلیل قرار می‌گرفت. سوالات کلیدی شامل سوال از حقوق و مزایا،

برای مصاحبه داشته و اطلاعاتی نظیر موضوع پژوهش، هدف، شیوه انجام تحقیق، تضمین گمنامی و رازداری و نحوه گزارش تحقیق در اختیار آن‌ها قرار داده شد. برای حفظ معیار گمنامی از اسامی مستعار استفاده شده و برای حفظ معیار رازداری از انتشار اطلاعات خصوصی مشارکت‌کنندگان جلوگیری شد. قابلیت اعتماد یافته‌های پژوهش به روش تماس طولانی با محیط پژوهش و مشاهده مستمر در میدان تحقیق، تبادل نظر همتایان، کفایت مراجع، توصیف غنی و تایید مشارکت‌کنندگان مورد تایید واقع شد. تایید پایایی تحقیق نیز با رعایت اصول و نکات مصاحبه مطلوب، ثبت کامل رخدادها و پیاده‌سازی آنان انجام گرفت.

قوانین سازمانی، مقررات رفتاری در درون بخش‌ها، تقسیم کار شغلی، نحوه گذران اوقات فراغت، تقابل قشرهای مختلف در درون سازمان، پاداش و تنبیه‌های پرستاران در سازمان بیمارستان، نحوه اعمال نظارت بر کادر درمانی نحوه و نوع پیشرفت شغلی و... بود.

ملاک‌های ورود و خروج

ورود: داشتن حداقل دو سال سابقه فعالیت، اشتغال در بیمارستان دولتی و مشارکت پایدار در یک بخش بیمارستانی.

خروج: انجام مصاحبه به صورت ناقص.

در فرایند تحلیل داده‌ها از تحلیل خطبه‌خط برای کدگذاری باز استفاده شد و همزمان با توسعه مفاهیم و انتزاعی شدن آن‌ها، مراحل کدگذاری محوری و گزینشی نیز بر روی متن اجرا شد.

ملاحظات اخلاقی: در این تحقیق، ملاحظات اخلاقی همچون تخلف نکردن، رضایت آگاهانه، رعایت حریم شخصی، حفظ گمنامی و رازداری مورد ملاحظه قرار گرفت [۱۴] و به مصاحبه‌شوندگان اطمینان داده شد که گفته‌های آن‌ها سبب به وجود آمدن مسأله‌ای برای آنان نشود. بدین منظور تنها با کسانی مصاحبه انجام شد که رضایت کامل

نتایج

با تحلیل و بررسی دقیق و خطبه‌خط متن مصاحبه‌های تحقیق، مفاهیم، مقوله‌های فرعی، مقوله‌های اصلی و درنهایت مقوله هسته در طی فرایندی دقیق و طولانی مفهوم‌پردازی و استخراج شدند. در نتیجه این فرایند، مقوله هسته بر ساخت بوروکراسی گسست از هفده مقوله اصلی، سی مقوله فرعی و هفتاد و هشت مفهوم برساخته شد. به دلیل محدودیت در حجم مقاله، مفاهیم و مقولات فرعی در جدول مفهومی حذف شدند. یافته‌های به دست آمده در دو بخش خط داستان و مدل پارادایمی آمده است.

فقر فراغت: کارکرد عمده اوقات فراغت، علاوه بر تامین نیازهای فرد، نوعی کارکرد اجتماعی در راستای اجتماعی شدن و انتقال ارزش‌ها و هنجارها، تامین حیات اجتماعی و ایجاد تعادل و توازن در نظام اجتماعی است. [۱۵] به طور کلی همه اقشار جامعه نمی‌توانند تماما از اوقات فراغتشان برای افزایش مطلوبیت فردی خود استفاده کنند. پرستاران یکی از این اقشار هستند؛ چرا که آن‌ها به دنبال عواملی چون خستگی‌های مداوم شیفت‌های در گردش، به حاشیه رفتن اوقات فراغت در پی فرایندهای شغلی، فقر فراغت در شهر یزد، محدود شدن روابط، تفریحات برنامه‌ریزی‌شده، تفریحات خانگی و تسکینی، شاهد فقر فراغت خود خواهند بود. شیوا با اشاره به حاشیه‌ای شدن اوقات فراغت خود می‌گوید: خوب من همش شیفتم و از روزی که اوادم سرکار خیلی کم به اوقات فراغتم می‌رسم.

کژکارکردهای ناشایسته سالارانه: رضایت شغلی پرستاران پاسخگو متاثر از عوامل متعددی است. یکی از منابع تامین‌کننده رضایت شغلی، وجود فرصت‌های برابر برای پیشرفت شغلی است. همچنین وجود فرصت‌های برابر شغلی می‌تواند مولد اعتماد بین مدیران سازمان، سازمان و کارکنان سازمان باشد. به همین دلیل، نبود فرصت‌های برابر برای نیروی انسانی حاضر در کادر درمانی بیمارستان، سرخوردگی، نارضایتی و گسست اعتماد آن‌ها نسبت مدیریت و سیستم بیمارستان را به همراه خواهد داشت. لذا وجود عواملی چون ضعف در شایسته‌سالاری، تمایز بین پرستاران، زد و بند سازمانی، نبود اعتماد شخصی، مخدوش شدن روابط سازمانی، کژکارکردهای سازمانی و غیره به دنبال خود می‌تواند کژکارکردهای ناشایسته سالارانه را

جدول (۱) مقولات	
مقولات اصلی	مقوله هسته
انتقال خودخواسته پرستاران // فقر فراغت // پویایی در پرستاری // کژکارکردهای ناشایسته سالارانه // سازگاری اجباری در بلندمدت // کنترل و تبعید پرستاران // خود-کنترلی اجباری نهادینه‌شده // فویایی دادخواست‌های حقوقی دبه // بازاندیشی مادی در شغل پرستاری // تقدیرگرایی // گسست روابط اجتماعی دوستانه // باور به ارتقا شغلی تخصص‌گرایانه // سیاست‌های اجتماعی تبعیض‌آمیز // مقایسه‌های شکست // بازنمایی مثبت رسانه‌ای پرستاران در خارج کشور // خودپنداره‌های منفی پرستاران از رسانه‌های داخلی // ناآگاهی بنیادین مردم از پرستاری	مقوله هسته

ازشون نیاد جابه‌جاشون می‌کنه. سوم کارشون درست نباشه جابه‌جاشون می‌کنن و درنهایت اگه نیرو نداشته باشن جابه‌جا می‌کنن. مورد آخر همیشه هست ولی به اندازه مورد‌های اولی قوی نیست.

فویبای دادخواست‌های حقوقی دیه: حساسیت حرفه پرستاری، می‌تواند موجب ترس، استرس و بعضاً نارضایتی‌های نسبی پرستاران شود. یکی از منابع ایجاد ترس و استرس، وجود یک ضمانت اجرایی استرسزا تحت عنوان دیه پرستاری است که باعث می‌شود پرستاران مراقبت‌های درمانی خود را با وسواس و دقت بیشتری انجام دهند. درواقع، کارایی پرستاران به دنبال این ضمانت اجرایی و با ایجاد ترس ذهنی در میان آنان تضمین می‌شود. به‌طور کلی، دادخواست‌های حقوقی دیه از پرستاران، از سوی خانواده بیماران، ترس از خطای سهوی در مراقبت‌های درمانی، نارضایتی از دیه پرستاری و تشبیه آن به یک ضمانت اجرایی استرس‌آور، منجر به فویبای دادخواست‌های حقوقی دیه در بین پرستاران می‌شود. مهنراز می‌گوید: الان بعضی از بچه‌ها دارن دیه می‌دن. حالا جدا از سهل‌انگاری‌هایی که وجود داره، پرستاران هم ممکنه سهل‌انگاری کنن بلاخره آدمه ممکنه اشتباه کنه و گاهی اتفاقاتی میفته که بچه‌ها توی اون قضیه نقشی نداشتن و گفتن مقصر بوده و الان داره دیه می‌ده. چون گاهی یه عضوی از بین میره دیه‌اش بیشتر از قتله. مثلاً می‌گم، پرستاره یه خطایی کرده باعث شده یه نفر پاش قطع بشه خب این دیه‌اش خیلی سنگینتره.

تقدیرگرایی: خوگرفتن پرستاران به شرایط شغلی و تحت نظارت بودن توسط سازمان بیمارستان و حتی ناتوانی برای تجدید نظر در حرفه پرستاری را می‌توان از سرنوشت و تقدیر محتوم آن‌ها در نظر گرفت که آن را قابل تغییر نمی‌دانند. با این که وجود تقدیرگرایی در میان پرستاران امری مطلق نیست، اما می‌تواند ویژگی شخصیتی بعضی آنان باشد؛ چراکه وجود یک بوروکراسی خط‌کشی‌شده را برای شغل خود، امری لازم و غیرقابل اجتناب می‌دانند. مونا می‌گوید: خیلی وقتاً این طورم که می‌گم حتماً تو زندگی و کارا حکمتی هستش. شاید به‌خاطر تربیت خانوادگیم باشه. من خانواده سنتی دارم چون همیشه می‌گن که اگه یه کاری نشد یا شد حتماً حکمتی توش بوده دیگه و بخت بات بوده یا نبوده حتی توی کارم تقریباً همین طورم.

باور به پیشرفت شغلی تخصص‌گرایانه: در مقابل کژکارکردهای ناشایسته‌سالارانه در محیط بیمارستان، که تاثیر منفی بر موفقیت حرفه‌ای پرستاران دارد، می‌توان به مجموع عواملی اشاره کرد که در آن پیشرفت‌های شغلی و موفقیت‌های حرفه‌ای برای پرستاران تضمین می‌شود. درواقع عواملی چون پیشرفت‌های تخصص‌گرایانه، علائق و تلاش فردی، عقل‌باوری و عملگرایی در زندگی شخصی و فعالیت‌های حرفه‌ای، تخصص و تعهد کاری، عملگرایی موفقیت‌آمیز در هنگام انجام مراقبت‌های درمانی، هشیاری و دقت به دنبال خود؛ باور به ارتقا

به‌عنوان یکی از عوامل برساخت‌دهنده بوروکراسی مدرج در سازمان بیمارستان آشکار کند. آذر با اشاره به زد و بند سازمانی و ضعف در شایسته‌سالاری می‌گوید: همه نمی‌تونن به یه اندازه ارتقا پیدا کنن خب؟! چون بعضی‌ها پارتی و آشنا‌ماشنا دارن و بهتر می‌تونن خودشون جا بدن توی بخش‌های بهتر و حرفه‌شون خریدار داشته باشه و زودی مثلاً سرپرستار بشن یا چیز دیگه و شنیدم که مثلاً با پارتی بازی طرف رفته بالا چون این حرفا بین پرستارا خیلی رایجه حتی اگه هم نباشه می‌گن حرفارو، که بعضی‌ها با پارتی بازی استخدام شدن و اومدن توی کار.

کنترل و تبعید پرستاران: باید گفت یکی از اعمال رایج در بیمارستان، انتقال پرستاران در بین بخش‌های درمانی است. انتقال پرستاران معمولاً به دنبال عواملی چند صورت می‌گیرد. یکی از این عوامل، بدکارکردی پرستاران در بخش فعلیشان است. درواقع، پرستاران به دنبال کم‌کارکردی خود به بخش‌های پرفشار برای مثال اورژانس تبعید می‌شوند؛ می‌توان این تبعید را یک نوع مجازات برای پرستاران دانست. آگاهی از کم‌کارکردی یا بدکارکردی پرستاران معمولاً به صورت مراقبت از بالا به پایین، با استفاده از یک نوع تکنولوژی انضباطی مشاهده مستقیم و غیرمستقیم صورت می‌گیرد. این نوع تکنولوژی نوعی کنترل و مراقبت توسط سیستم بیمارستان و طبقات قدرتمدار تلقی می‌شود که اعمال قدرت و سراسربینی آن را آسان می‌کند. به‌طور کلی پرستاران به‌طور مداوم، در معرض کنترل و تبعید در محیط بیمارستان قرار دارند که یکی از علل‌های برساخت بوروکراسی مدرج در بیمارستان تلقی می‌شود. مرضیه می‌گوید: من همیشه فکر می‌کردم شاید تا موقعی که نیرو نیست جابه‌جایی اتفاق می‌فته. ولی الان به این نکته پی‌بردم که اول اگه زیرباشون زده باشن جابه‌جاشون می‌کنن. دوم سرپرستار خوشش

شغلی تخصص گرایانه یا شایسته سالارانه را در میان پرستاران به وجود می آورد. آذر با بیان ویژگی های یک پرستار موفق می گوید: پرستارانی که قانون را رعایت می کنند، بیشتر به مریضا اهمیت می دن، سعی می کنند کارا را خوب انجام بدن، کم کسری نزارن برا بیمار، سواد خوبی داشته باشن و علاوه بر سواد مهارت های عملی خوبی داشته باشن می تونن خیلی سریع توی کارشون موفق بشن.

مقایسه های شکست: یکی از منابع نارضایتی پرستاران از وضعیت و شرایط شغلیشان در داخل کشور، آگاهی از وضعیتی پرستاران سایر کشورها و مقایسه نامطلوبیت مزایای پرستاران داخلی با مطلوبیت های شغلی آنها است. به بیان دیگر، تجربه مقایسه های شکست در ذهن پرستاران پاسخگو که شامل مقایسه های شکست مادی، مقایسه های شکست جایگاه اجتماعی و مقایسه های شکست سلامت محور است موجب سرخوردگی و احساس محرومیت آنان خواهد شد. به طور کلی، مجموعه عواملی چون مزایای مادی پرستاران خارجی، وجود توازن بین کار و حقوق دریافتی، کارکرد درآمدی تحصیلات برای آنها، احترام و پرستیژ درخور، پرستار سالاری، اهمیت دهی به واسازی روانی پرستاران خارجی بعد از مرگ بیمارانشان و غیره به وجود آورنده مقایسه های شکست برای پرستاران پاسخگو خواهد بود. باید متذکر شد که ایجاد مقایسه های شکست برای پرستاران ایرانی بیش از هر چیز تصور مهاجرت به کشورهای پرستار سالار را برای آنان تداعی خواهد کرد. مرضیه با اشاره به اهمیت دهی به سلامت پرستاران خارجی می گوید: توی کشورهای غربی وقتی توی بخشی کار می کنی که با مواد شیمی درمانی سر و کار داری، یکی پرستار یه روز می آد و دو روز باید آف باشی، تا این مواد شیمی درمانی که برای بدنش ضرر داره بهش آسیب نزنه و یه پرستار در نهایت سه سال می تونه توی بخش آنکولوژی خدمت کنه و اونجا باشی. بعد اجبارا باید بره سه چهار سال توی یک بخش دیگه کار کنه و بعد از اون اگه خودش تقاضا کرد دوباره برگردی همون بخش قبلی. در حالی که توی ایران برعکسه یعنی سعی می کنن این بچه ها را سال های سال اون بخشی که براشون مضره نگه دارن. چون داروی شیمی درمانی قیمتش بالاس و پرستار جدید اگه اشتباهی کرد دارو الکی هدر نره و هزینه زیاد نشه.

خودپنداره های منفی پرستاران از رسانه های داخلی: یکی از مشاغل که به طور مداوم توسط رسانه ها مورد بازنمایی قرار می گیرد، پرستاری است. با این حال، پرستاران انعکاس حرفه خود توسط رسانه های داخلی را مثبت تلقی نمی کنند؛ چرا که عملا خودپنداره های آنها از رسانه های داخلی و فضای مجازی منفی است. لذا بازنمایی رسانه ها از پرستاران و حرفه شان را نه تنها مطلوب تلقی نمی کنند، بلکه باورمند به کژکارکردی رسانه ها در معرفی حرفه پرستاری در میان مردم هستند. به طور کلی، کژنمایی وظایف و مراقبت های پرستاری، تخریب

وجهه پرستاری، کلیشه سازی در فضای مجازی و رسانه، ساخت نارضایتی های رسانه ای و بازنمایی سطحی از حرفه پرستاری منجر به شکلگیری خودپنداره های منفی پرستاران از رسانه های داخلی می شود. حسین با هفت سال تجربه پرستاری می گوید: شما بین تلویزیون رو. پرستاره فقط ملافه جابه جا می کنه یا همراه با پزشک یه پرونده گرفته زیر بغل داره راه می ره یا داره شربت دهن مریض می کنه. حتی یه بخیه هم نمی زنه تو تلویزیون. یا مثلاً دیدم تو یه فیلم پرستاره آنژیوتک رو برعکس زده به مریض. این کجاش پرستاریه؟ **ناآگاهی بنیادین مردم از حرفه پرستاری:** در نظر پاسخگویان علاوه بر رسانه ها، ناآگاهی بنیادین مردم از حرفه پرستاری می تواند منجر به ایجاد نارضایتی در بینشان شود. درواقع، ساده انگاری حرفه پرستاری توسط مردم، ناآگاهی آنان از درگیری های روانی/بدنی پرستاران در طی فرایندهای درمانی و غیره باعث می شود، پرستاران در کنار فشارهای سازمانی، قوانین و نارضایتی از مرزبندی های بوروکراتیک، فشارهای ناشی از ناآگاهی مردم و سوظن های حاصل از آن را نیز متحمل شوند. یاسمن می گوید: از یه طرف وقتی توی شهر یزد می گیم پرستاریم مردم خیلی سریع می پرسن که کدوم بیمارستان؟ اگه بگیم بیمارستان مرتاض و مجیبیان و... که خصوصین چشاشون باز می شه و می گن باریکلا و و خوبه و اینا. اما اگه بگیم بیمارستان شهید صدوقی چپ چپ نگاه می کنن می گن همون کشتارگاه؟ چون در نظر عامه اونجا بهتره فکر می کنن پرستار اون بیمارستان هم باشی بیشتر خوبه. یک ذهنیت بدی که مردم جامعه دارن اینه که فکر می کنن اشتباهات و پرستاری باعث شده یک بیمار حالش بد بشه یا بمیره. مثلاً می گن دارو اشتباه دادن به بیمار و مرده و این طرز فکر اساساً اشتباهه. از طرف دیگه هم طرف می آد اینجا انتظار داره خیلی سریع کاراش انجام

بشه و بره خونش.

زهر با اشاره به ناآگاهی مردم از وظایف پرستاران می‌گوید: حتی ادرار مریض را توقع دارن پرستار بره خالی کنه در صورتی که نمی‌دونن وظیفه منه پرستار چیه. خبر هم ندارن که این کار من نیست و کار یکی دیگه است. چرا من باید اینکارا رو بکنم؟

سیاست اجتماعی تبعیض آمیز: پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت، با توجه به کاهش هزینه‌های درمان و مراجعه بی‌سابقه بیماران به بیمارستان‌ها و افزایش ضریب اشتغال تخت‌ها، بدون توجه به بسترسازی مناسب تامین فضای بیمارستانی و نیروی انسانی، فشارهای زیادی بر دوش تیم سلامت از جمله پرستاران تحمیل شده است. افزایش حجم کاری تیم سلامت بخشی از مشکلات اجرایی شدن طرح تحول در نظام سلامت است. [۱۶] بنابر گفته پاسخگویان اجرای طرح تحول سلامت به دنبال خود پیامدهایی چون افزایش بار مالی بیمارستان، بی‌سازمانی، تشدید اختلاف‌های طبقاتی در بیمارستان، ذینفعی پزشکان، بی‌بهره ماندن پرستاران، افزایش حجم کاری پرستاران، بی‌نظمی و بی‌عدالتی در پرداخت کارانه‌های پرستاری، کژکارکردهای مالی در سازمان بیمارستان و غیره را به دنبال داشته است که به‌طور کلی می‌توان آن را یک سیاست اجتماعی تبعیض آمیز در نظام سلامت تلقی کرد. با این وجود عینی‌ترین پیامد آن افزایش حجم کاری پرستاران بود. مینا در این رابطه می‌گوید: طرح تحول یه قانونی برای بیمه‌ها بود که تنها چیزی که برای ما داشت این بود که حجم کاری ما رو بالا برد. بیمارارو زیاد کرد و تعداد مراجعه‌کنندگان را افزایش داد یه جورایی و کلا بیمه‌ها را هم ورشکست کرد و کلا خیلی خوب نبود.

بازنمایی مثبت رسانه‌ای از پرستاران در خارج: همان‌طور که بیان شد یکی از عوامل ایجادکننده نارضایتی پاسخگویان، بازنمایی

منفی حرفه پرستاری توسط رسانه‌های داخلی است. این امر زمانی تشدید می‌شود که بازنمایی نامطلوب پرستاری در رسانه‌های داخلی در تقابل با رسانه‌های خارجی قرار گیرد. درواقع، بازنمایی مثبت رسانه‌ای از پرستاران در خارج از ایران به‌عنوان یک عامل مداخله‌گر در کنار ساختارهای بوروکراتیک مدرج و محدودکننده و همچنین بازنمایی منفی رسانه‌های داخلی از حرفه پرستاری منجر به تجربه دوچندان نارضایتی توسط پرستاران می‌شود. احمد می‌گوید: یه فیلم پرستاران بود خارجیا درست کردن اون خوب بود چون محدودیت نداشتن برا این که عمق کار پرستاری را نشون بدن به مردم و عملا پرستار (بازیگر) بیمار را لمس می‌کنه و کار پرستاری برای همه نمایان می‌شه اما فیلمای داخلی میاد عشق و عاشقی اونا رو نشون می‌ده.

انتقال خودخواسته پرستاران: باوجود کنترل و مراقبت‌های مستمر در سازمان بیمارستان و جابه‌جایی یا تبعید پرستاران به بخش‌های مختلف، عموماً یکی از استراتژی‌ها یا سازوکارهایی که پرستاران در مقابل بوروکراسی مدرج به اختیار خود بر می‌گزینند، درخواست انتقال به سایر بخش‌های درمانی است. درواقع، انتقال خودخواسته پرستاران، راه‌حلی برای فرار از فشارهای کاری، نامطلوبیت روابط درون‌بخشی و ناسازگاری روحی در بخش فعلی است. با این وجود درخواست انتقال به سایر بخش‌های درمانی منوط به پذیرش درخواست توسط مدیران است و کامل بنابر درخواست پرستاران انجام نمی‌گیرد. علی می‌گوید: براساس خواست پرستار خیلی کم اتفاق می‌فته توزیع کنن نیروها رو بین بخش‌ها. ولی درخواست می‌دن مثلاً من اسم سه تا بخش رو می‌برم که می‌خوام برم اونجا کار کنم دیگه براساس خواست خودشون ما رو توزیع می‌کنن.

مینا نیز می‌گوید: اینجا پرستاری که خوشش نیاد از بخش و نارضاضی باشه از بخش یا با مافوق و بقیه پرستارا بحث کنه و نخواد بمونه می‌ره درخواست انتقال می‌ده.

پویایی در شغل پرستاری: با وجود فشارهای روحی/جسمی در طی شیفتهای کاری برای پرستاران، وجود بوروکراسی و روابط قدرت متفاوت و همچنین وجود مشکلات در زندگی شخصی و حرفه‌ای آن‌ها، وجود پویایی در شغلشان دارای اهمیت است. پویایی در شغل پرستاری را می‌توان با علاقه، نیاز روحی به پرستاری، انسانیت‌زایی و زایش صبر برای پرستاران در کار و زندگی شخصی توصیف کرد؛ چراکه وجود چنین ویژگی‌هایی باعث شده پرستاران فارغ از مشکلات موجود، خود را در فرایندی پویا و سازنده حس کنند. ناهید می‌گوید: من به لحاظ مالی وضعیتم بد نیست چون شوهرم کارش آزاده برا همین یک سال تو خونه موندم. چون یک سالی توی بیمارستان خصوصی کار کرده بودم گفتم دیگه نمی‌رم. اما بعدش دیدم نه به این کار نیازدارم برای روح و روان خودم.

به لحاظ مالی از من بهتره و پرستاری رو وقتی مقایسه می‌کنم می‌بینم که انتظارات منو برآورده نمی‌کنه در حالی که این کار رو برای داشتن یه زندگی خوب توی ذهن خودم تصور می‌کردم.

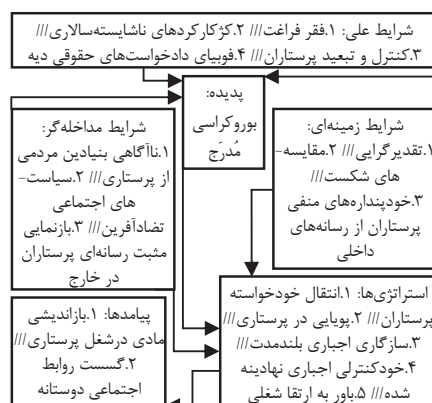
گسست در روابط اجتماعی دوستانه: با ورود به حرفه پرستاری، پرستاران شاهد گسست در روابط اجتماعی دوستانه خود خواهند بود. این گسست به دنبال تعدیل روابط اجتماعی دوستانه، ضعف در کمیت و کیفیت روابط دوستانه، روابط برنامه‌ریزی شده، کاهش دوره‌های دوستانه و غیره نمایان می‌شود. این گسست یکی از پیامدهای محتوم بسط بوروکراسی مدرج در بیمارستان‌ها و همچنین وجود محدودیت روابط در محیط کاری و خارج از آن است. آذر می‌گوید: از زمانی که اوادم سر کار خب خیلی روابط کمتری دارم با دوستانم چون همش درگیر کارم و از بیست و دو سالگی که اوادم تو کار دیگه روابطم خیلی کمه. از صمیمیتش کم نشده‌ها اما دیدار رودررو کمتر شده برام رفت و آمد کمتر شده چون موقعی که باید خونه باشم و نبودم.

مدل پارادایمی تحقیق - بوروکراسی مدرج: مدل پارادایمی تحقیق، نشان‌دهنده جریان فرایندها و فعالیت‌هایی است که در بستر مطالعه اتفاق افتاده است و درواقع مفاهیم و مقولات استخراجی در قسمت پیشین در مرحله کدگذاری محوری قرار

سازگاری اجباری در بلندمدت: برای آن که پرستاران بتوانند به صورت بلندمدت قادر به خدمت باشند، باید توانایی مقاومت در برابر مشکلات موجود را داشته باشند تا بتوانند در طی زمان با حرفه خود کنار بیایند. به بیان دیگر، باید به سازگاری اجباری در بلندمدت متوسل شوند. سازگاری اجباری در بلندمدت برای پرستاران به دنبال عواملی چون؛ مقاومت و تحمل مراقبت‌های فشرده در بخش‌های شلوغ، وجود ساختارهای سازمانی سفت و سخت، وجود همراهان آرامش‌زدا، خستگی‌های مفرط و همیشگی و غیره نمایان می‌شود. به همین دلیل پرستاران برای انطباق با شرایط، مجبور به سازگار کردن خود با فرایندهای کاری و محیط بسته بخش‌های بیمارستان هستند. مونا می‌گوید: من توی دو سه ماه اول که خیلی فشار بهم اومده بود حتی گریه هم کردم. نه این که افسرده بشم‌ها نه. فقط گریه، و شده بود که بعدا به فکر این افتادم کارمو ول کنم برم اصلا. بعدش دیگه سعی کردم باش کنار پیام چون جایی نمی‌تونستم برم.

خودکنترل اجباری نهادینه شده: پرستاران در طی زمان علاوه بر سازگاری با محیط بیمارستان، باید به خودکنترل اجباری نهادینه شده نیز متوسل شوند. درواقع، پرستاران به دنبال وجود قوانین سازمانی، رعایت اصول رفتاری و ترس از تنبیه و مجازات و غیره، به ناچار باید تعهدکاری خود را با رعایت اصول زمانی حضور در بخش و همچنین وجود وسواس و دقت در انجام مراقبت‌ها برای جامعه عمل پوشاندن به نظم حاکم نشان دهند. به علاوه، پرستاران باید بتوانند مساله‌ها و مشکلات زندگی خود را در طی فرایندهای کاری فراموش کنند تا سازماندهی مراقبت‌های درمانی بهتر صورت گیرد. عاطفه می‌گوید: شده که تو خونه عصبانی بودم بعد اوادم توی کار و یه جوری خودمو سرگرم کردم چون اگه عصبی باشم خواه و ناخواه نمی‌تونم کارمو انجام بدم و این خیلی عواقب بدتری داره برام اگه توی کارم دچار اشتباه بشم.

بازاندیشی مادی در شغل پرستاری: یکی از عواملی که موجب نارضایتی پرستاران بوده است، ناکافی بودن حقوق و مزایای دریافتی توسط آنهاست. این امر باعث شده پرستاران به دنبال احساس محرومیت نسبی درآمدی، مقایسه‌های شکست، ناشفافی مالی بیمارستان، توزیع نادرست منابع مالی، پرداخت نامنظم کارانه‌ها و غیره، به دنبال بازاندیشی در حرفه پرستاری باشند. به طور کلی، مجموع عواملی چون تفکرات ترک شغل توسط پرستاران، تمایل به داشتن شغل دوم، دوجا کار بودن برای دریافت حقوق بیشتر، تلاش برای رفع نسبی نیازها و وجود فشار اقتصادی بر روی پرستاران مرد، باعث بازاندیشی مادی در شغل پرستاری می‌شود. فاطمه می‌گوید: من اگه قرار بود یه شغلی را اضافه بر پرستاری انتخاب کنم آرایشگری را انتخاب می‌کردم. اون نیازهای زندگی را برطرف می‌کنه چون مردم جامعه ما به زیبایی خودشون بیشتر از قبل اهمیت می‌دن و دوستایی دارم توی این حرفه و وضعیتشون



نمودار (۱) مدل پارادایمی پژوهش

می‌گیرند و مدل پارادایمی پژوهش را شکل می‌دهند. این مدل، از پنج قسمت شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها تشکیل شده است. در مرکز مدل نیز پدیده مرکزی قرار دارد که فعالیت‌ها حول محور آن شکل می‌گیرند. جریان فرایندها و فعالیت‌هایی که در بستر این تحقیق اتفاق افتاده است نشان می‌دهد که

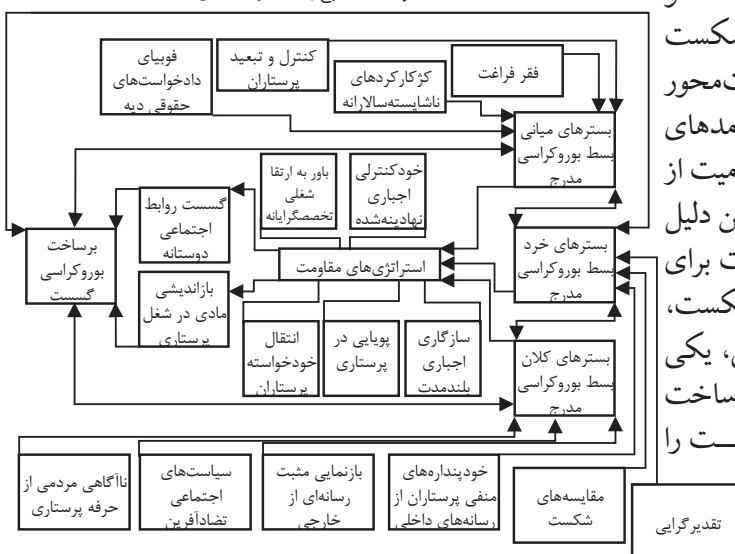
پدیده مرکزی بوروکراسی مدرج است. به عبارت دیگر، بر اساس تحلیل داده‌های تحقیق؛ شرایط علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر بر ساخت دهنده بوروکراسی مدرج در محیط بیمارستان هستند. به‌طور کلی آن چیزی که مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر، به‌طور عینی و ذهنی در طی زمان با آن مواجه می‌شوند، یک نوع بوروکراسی مرزبندی‌شده، خط‌کشی‌شده و پیامدهایی است که بسط این نوع بوروکراسی برای آن‌ها به‌دنبال می‌آورد. این مدل بر اساس تبیین‌ها و یافته‌هایی که پیشتر بیان شد و در جدول مفهومی نیز ذکر شده، در نمودار شماره یک ترسیم شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، زمینه‌ها و پیامدهای بسط فرایندهای بوروکراتیک بر عملکرد پرستاران مورد واکاوی قرار گرفت. جامعه هدف این پژوهش پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر یزد بودند. می‌توان فرایندهای طی شده برای استخراج مقوله هسته یعنی بوروکراسی گسست را با استفاده از یک طرح‌واره نظری نشان داد. در این طرح‌واره از پیکان‌های یک‌سر و دوسر استفاده شده است. پیکان‌های یک‌سر نشانگر تأثیرات علی، و پیکان‌های دوسر نشانگر تأثیرات متقابل و رفت و برگشتی است. همان‌گونه که در طرح‌واره نظری مشاهده می‌شود، می‌توان بسترهای ایجاد و بسط بوروکراسی مدرج در سازمان بیمارستان و پیامدهای آن برای پرستاران را در سه حوزه کلی تقسیم‌بندی کرد. این بسترها شامل سطوح فردی-خرد، سازمانی و اجتماعی هستند. بستر ابتدایی که در سطح خرد مطرح است، ارتباط مستقیم پاسخگویان و ذهنیت آن‌ها نسبت به تجربیات و فعالیت‌های اجتماعی گوناگون را مشخص می‌کند. بنابر نتایج به‌دست آمده، تقدیرگرایی پاسخگویان به آن‌ها می‌گوید شرایط ایجادشده در بیمارستان و مرزبندی‌های قانونی در بستر آن، غیرقابل اجتناب است. به همین دلیل وجود یک سازمان قانونی قدرت‌مدار منظم و بوروکرات را برای شغل خود لازم و ضروری می‌دانند. درواقع پرستاران نیازمند بیمارستان یا سازمان شغلی هستند تا بدان تکیه کنند؛ هرچند این سازمان شغلی خط‌کشی‌شده تحرک اجتماعی، آزادی و روابط آن‌ها را محدود کند. می‌توان نیاز متقابل پرستاران و سازمان بوروکرات بیمارستان را بنابر گفته اریک فروم با تیپ‌های سادیسم (سیستم قدرت‌مدار بیمارستان) و مازوخیسم (پرستاران) مشخص کرد. بدین گونه که از یک طرف، سازمان بیمارستان با آگاهی از مرزبندی‌های ایجادشده در درون خود و پیامدهای آن، به پرستاران نیازمند است تا موجودیت خود را مشروعیت بخشیده و ادامه حیات خود را ممکن کند. همچنین از طرف دیگر پرستاران به‌عنوان رسانندگان خدمات درمانی، به سازمان بیمارستان برای زندگی روزمره خود نیاز دارند؛ هرچند آزادی و رفتارهای آن‌ها را کنترل و محدود کند.

وجود مقایسه‌های شکست برای پرستاران، ذهنیت منفی آنان نسبت به بیمارستان و نهادهای بر ساختگر بوروکراسی را به‌دنبال خواهد داشت. مقایسه‌های شکست پرستاران پاسخگو شامل مقایسه‌های شکست مادی، مقایسه‌های شکست جایگاه اجتماعی و مقایسه‌های شکست سلامت محور است. بنابر نتایج تحقیق، یکی از مهمترین پیامدهای مقایسه‌های شکست برای پرستاران به‌دنبال محرومیت از مزایای مادی مهاجرت به سایر کشورها است. به همین دلیل مقایسه‌های شکست مادی، بزرگترین مقایسه شکست برای پرستاران است. در کنار تقدیرگرایی و مقایسه‌های شکست، خودپنداره‌های منفی پرستاران از رسانه‌های داخلی، یکی از عواملی است که به‌صورت زمینه‌ای، شرایط بر ساخت بوروکراسی مدرج و به‌دنبال آن بوروکراسی گسست را ممکن می‌کند. لذا بازنمای منفی حرفه پرستاری

نمودار (۳) طرح‌واره نظری تحقیق



به وسیله رسانه‌ها، تضعیف سرمایه نمادین پرستاران در بین مردم و سازمان بیمارستان و حتی کادر درمانی را به دنبال خود خواهد داشت. این امر بیش از پیش، جایگاه پرستاران را در سیستم بوروکرات بیمارستان در مقابل با سایر طبقات دچار گسست خواهد کرد. مجموعه بسترهای فردی ایجاد بوروکراسی مدرج در طرح نظری با پیکان‌های یک‌سر مشخص شده‌اند که نشان از تاثیر علی آن‌ها بر پدیده مرکزی تحقیق است. همچنین بسترهای فردی بروز بوروکراسی مدرج به صورت رفت و برگشتی با بر ساخت بوروکراسی گسست در ارتباط بوده که نشان از تاثیر متقابل و هم افزایانه آن‌ها است. این مسیر با پیکان دوسر مشخص شده است. اضافه بر آن، بسترهای فردی به صورت متقابل با بسترهای اجتماعی و سازمانی در ارتباط هستند. به عبارت دیگر، هم تاثیر پذیر و هم تاثیر گذار بر یکدیگرند. این مسیرها نیز با پیکان‌های دوسر مشخص شده‌اند. تاثیر پذیری و تاثیر گذاری بسترهای فردی از بسترهای اجتماعی و سازمانی می‌تواند همواره قابل تغییر به سایر بسترهای ناشناخته خارج از این پژوهش باشد. با این حال بنابر گوشزد رویکرد تفسیری، عوامل ایجاد کننده بسترهای فوق ثابت نیستند و قابلیت جابه جایی در درون طرح، تغییر و یا حتی حذف را دارا هستند.

در کنار بسترهای فردی بسط بوروکراسی مدرج، می‌توان به بسترهای سازمانی آن نیز اشاره کرد. بسترهای سازمانی را می‌توان در سطح میانی مطرح کرد. این بسترها که از سوی نهاد بیمارستان ایجاد می‌شوند، شرایط علی بسط بوروکراسی مدرج را ممکن می‌کنند. همان گونه که اریک فروم بیان کرده است امروزه اوقات فراغت به وسیله سیستم یا صنعتی که برای آن کار می‌کنیم تعیین می‌شود. [۱۷] طبق نتایج تحقیق اوقات فراغت پرستاران به وسیله بیمارستان سازماندهی و تنظیم می‌شود. فقر فراغت پرستاران، به دنبال تحت انقیاد قرار گرفته شدن جنبه‌های مختلف زندگی پرستاران با شیفت‌های مداوم در گردش و فشارکاری حاصل از آن، ایجاد می‌شود. آنان به دنبال کژکارکردهای ناشیسته سالارانه موجود در سیستم بیمارستان، عملاً راه‌های پیشرفت شغلی خود را مسدود می‌یابند. در واقع، به دنبال مرزبندی‌های ایجاد شده در محیط بیمارستان، بوروکراسی حاکم، امکان پیشرفت و موفقیت شغلی را برای همه پرستاران به یک اندازه فراهم نمی‌کند. لذا می‌توان گفت یکی از پیامدهای اساسی این پدیده، مخدوش شدن اعتماد کارکنان نسبت به سازمان و ایجاد نارضایتی در بین پرستاران است. این نتیجه با نتایج تحقیق آقاجانی و جوادی [۱۸] به علت تاکید بر نبود فرصت‌های برابر شغلی در محیط بیمارستان و پیامدهای حاصل از آن همسو است. این امر می‌تواند بر ساخت بوروکراسی گسست را بیشتر گوشزد کند. همچنین وجود کنترل و تبعید قدرت مدارانه در محیط بیمارستان، بیش از پیش ایجاد، و بسط بوروکراسی مدرج را امکان پذیر می‌کند. این امر به علت حاکمیت حوزه پزشکی در بیمارستان خود را نمایان می‌کند که با پژوهش

افشانی و همکاران [۱۳] مبنی بر گفتار قدرت مراقبت پزشکان در محیط بیمارستان، همسو است. می‌توان گفت وجود این جنبه از بستر سازمانی، بنابر نظر میشل فوکو با حاکمیت نظام پان آپتیکان در محیط بیمارستان و ایجاد سازمان انضباطی تسهیل شده است. موفقیت انضباط در گرو به کارگیری ابزاری ساده چون مشاهده و مراقبت از بالا به پایین، داورهای اصلاحی و ترکیبی از این دو است. همچنین یکی دیگر از عوامل موثر در اعمال انضباط، به کارگیری دقیق مجازات است. [۱۹]

بنابراین یکی از مجازات‌های رایج در محیط بیمارستان برای پرستاران تبعید آنان به سایر بخش‌ها است. این نوع تبعید به دنبال وجود ساختار سلسله مراتبی بیمارستان به وجود می‌آید و همان طور که بیان شد با مدیریت پزشک سالارانه بیمارستان در ارتباط مستقیم است که بیش از پیش بی قدرتی کارکنان و پرستاران را تشدید می‌کند. این یافته نیز با نتایج پژوهش ون در تورتون و همکاران، [۲۰] پیترو و همکاران، [۲۴] دیشنر [۷] و افشانی و همکاران [۱۳] به علت تاکید بر چشم انداز بی قدرتی و محیط‌های سرکوبگر، برای توضیح سلسله مراتب سازمانی همسو است.

در کنار موارد فوق، فویبای دادخواست‌های حقوقی دیه نیز به عنوان یک منبع استرس و ترس به دنبال وجود دیه پرستاری خود را آشکار می‌کند. این نتیجه در بستر خاص مطالعه حاضر به دست آمده است. مجموعه بسترهای سازمانی بسط بوروکراسی مدرج با فلش‌های یک‌سر مشخص شده‌اند که دارای یک رابطه علی با پدیده مرکزی هستند. این بسترها به صورت متقابل و رفت و برگشتی با بر ساخت بوروکراسی گسست در ارتباط هستند. رابطه متقابل بسترهای سازمانی بوروکراسی مدرج و بر ساخت بوروکراسی گسست با پیکان دوسر در طرحواره نظری مشخص شده است.

وجود بسترهای اجتماعی بسط بوروکراسی

مدرج در محیط بیمارستان، به دنبال سه عامل کلی ناآگاهی مردمی از حرفه پرستاری، سیاست‌های اجتماعی تضادآفرین و بازنمایی مثبت رسانه‌ای از پرستاران خارجی، ایجاد می‌شود. بسترهای اجتماعی شرایط مداخله‌ای بسط بوروکراسی مدرج را ممکن می‌کنند و در سطح کلان مطرح هستند. با وجود ناآگاهی مردمی از حرفه پرستاری، ساده‌انگاری و کم‌کارکردانگاری آن در اذهان عمومی رواج پیدا می‌کند که این امر گسست نگرش مردم از حقیقت حرفه پرستاری را به دنبال خواهد داشت. بنابر نتایج به‌دست آمده، به دنبال سیاست اجتماعی چون طرح تحول سلامت بیش از پیش شاهد افزایش حجم کاری پرستاران و بی‌سازمانی چندجانبه در محیط بیمارستان خواهیم بود. این یافته با نتایج تحقیق خضری و همکاران [۲۲] و شریعتی و همکاران [۲۳] به‌علت تاکید بر پیامدهای منفی اجرای طرح تحول نظام سلامت بر پرستاران، همسو بوده است. همچنین در پی بازنمای مثبت حرفه پرستاری به‌وسیله رسانه‌ها در سایر کشورها شاهد بازتولید مقایسه‌های شکست پرستاران خواهیم بود. بسترهای اجتماعی رابطه رفت و برگشتی و متقابلی با بسترهای فردی دارند. بدین معنا که این بسترها به‌طور مداوم یک‌دیگر را تقویت یا تضعیف می‌کنند. این مسیر با پیکان دوسر مشخص شده است. همچنین برساخت بوروکراسی گسست رابطه رفت و برگشتی و هم‌افزایانه‌ای با بسترهای اجتماعی بسط بوروکراسی مدرج دارد. این بدان معناست که برساخت بوروکراسی گسست به‌طور مداوم از بسترهای اجتماعی نیز ناشی می‌شود. این مسیر نیز با پیکان دوسر در طرح‌واره نظری مشخص شده است.

پس از ایجاد بسترهای سه‌گانه بسط بوروکراسی مدرج و مواجه پرستاران با آن؛ شاهد رشد بسترهای مقابله با آن در بین پرستاران خواهیم بود. بسترهای مقابله‌ای به کار گرفته‌شده به‌صورت علی متاثر از

بسترهای فردی، سازمانی و اجتماعی هستند. این مسیرها با فلش‌های علی یک‌سر در مدل مشخص شده‌اند. به‌طورکلی پرستاران در پنج بستر مختلف به مقابله با بوروکراسی مدرج می‌پردازند. در وحله اول، هر چند خودکنترلی اجباری پرستاران به‌عنوان یک بستر مقابله‌ای در برابر نوع بوروکراسی حاکم، لازم است؛ اما با این حال می‌تواند خود یکی از پیامدهای پنهان بوروکراسی مدرج تلقی شود. به بیان دیگر می‌توان این بستر مقابله‌ای را راهبرد ترس نامید. چراکه بنابر نتایج پژوهش پرستاران به‌دلیل ترس از نظام مراقبت و تنبیه نظام کنترل و تبعید به این بستر کشیده می‌شوند. به دنبال این خودکنترلی، آن‌ها درصدد افزایش باور خود مبنی بر ارتقا شغلی تخصص‌گرایانه هستند. بدین منظور تلاش می‌کنند کادری وظیفه‌شناس، منظم و دقیق باشند. بنابرین پرستاران به دنبال کارکردهای ناشایسته‌سالارانه برای پیشرفت شغلی و مقابله با آن به این بستر روی می‌آورند. سازگاری اجباری بلندمدت پرستاران نیز برای کنار آمدن با حرفه پرفشار خود به‌عنوان یکی از بسترهای مقابله‌ای محسوب می‌شود که به دنبال تقدیرگرایی پرستاران قابل مشاهده خواهد بود. در این بین، پویایی در پرستاری را می‌توان یک بستر مثبت برای پرستارانی تلقی کرد که حرفه پرستاری را فارغ از مزایای مادی آن برای پویایی روانی خود انتخاب می‌کنند. درنهایت، انتقال خودخواسته پرستاران به سایر بخش‌ها؛ به دنبال کنترل و تبعید اجباری، گسست روابط درون‌سازمانی و رسیدن به پویایی بیشتر، خود را نمایان می‌کند. مجموعه بسترهای مقابله‌ای با بوروکراسی گسست در قسمت میانی طرح‌واره نظری قابل مشاهده هستند.

بنابر نتایج به‌دست آمده، بسترهای مقابله‌ای و همچنین نوع بوروکراسی حاکم بر بیمارستان به دنبال خود دو پیامد اساسی به همراه دارند. اول؛ گسست در روابط اجتماعی دوستانه که به دنبال شغل گاه‌تمام‌وقت پرستاران نمایان می‌شود و باعث می‌شود روابط برون‌سازمانی و دوستانه آن‌ها محدود شود. این نتیجه در بطن مطالعه حاضر به‌دست آمده و با هیچ‌یک از پژوهش‌های مطرح‌شده همسو یا متناقض نیست و دوم؛ بازاندیشی مادی در شغل پرستاری که به دنبال مقایسه‌های شکست مادی، محرومیت نسبی درآمدی، سیاست‌های اجتماعی تبعیض‌آمیز، نظام پرداخت کارانه‌ای نامناسب، ناشفاف بودن مالی و غیره برای پرستاران نمایان می‌شود. این نتیجه با نتایج پژوهش احمدی و همکاران [۲۴] و آتش‌زاده‌شوریده و همکاران [۲۵] به‌علت تاکید بر عوامل سازمانی و تاثیر آن بر ترک خدمت پرستاران همسو و با نتایج تحقیق زو و همکاران [۲۶] به‌علت تاکید بر سطح مهارت پرستاران، روابط با همکاران، و حجم کار زیاد آنان به‌عنوان انگیزه‌های ترک خدمت، متناقض بوده است. بنابر نتایج پژوهش، برساخت بوروکراسی گسست به‌صورت علی متاثر از گسست روابط و گسست از شغل پرستاری و ترک خدمت خواهد بود. این مسیر علی با پیکان یک‌سر در انتهای مدل قابل مشاهده است. با این

و یدی بین پرستاران را افزایش داده است، پیشنهاد می‌شود به موازات افزایش حجم کاری پرستاران به افزایش کادر درمانی در سطح بیمارستان‌ها توجه جدی شود. این امر هم فشار کار روانی/بدنی پرستاران را به حداقل می‌رساند و هم می‌تواند وقت آزاد بیشتری در اختیار پرستاران برای جلوگیری از گسست روابط دوستانه و خانوادگی برای آنان فراهم کند. همچنین پیشنهاد می‌شود به منظور داشتن کادر درمانی کارآمد در بین پرستاران به سلامت جسمی و روانی آن‌ها توجه ویژه‌ای شود.

تضاد منافع: در نگارش این مقاله، هیچ گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

سپاسگزار: نویسندگان از مدیریت و به‌ویژه پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر یزد که در این پژوهش با ما همکاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

حال همان‌طور که قبلاً بیان شد، بر ساخت بوروکراسی گسست صرفاً متأثر از گسست روابط و شغل نیست و بنابر گوشزد پارادایم تفسیری این عوامل ثابت نخواهند بود و همواره قابل تغییر هستند. چرا که بر ساخت بوروکراسی گسست به صورت رفت و برگشتی با صورت‌های سه گانه بسط بوروکراسی مدرج نیز در ارتباط است.

محدودیت‌ها: با وجود همکاری خوب پرستاران با توجه به محدودیت وقت آن‌ها امکان دسترسی مداوم به آن‌ها و انجام مصاحبه‌های عمیق کمتر امکان‌پذیر بود. در کنار آن تمایل نداشتن عده‌ای از پرستاران به مصاحبه‌های حضوری، فرایند اخذ مصاحبه‌ها را طولانی و تا حدی مشکل می‌کرد. عمده محدودیت ایجاد شده به فرایندهای پیچیده اخذ مجوز لازم برای ورود به بیمارستان‌ها و انجام مصاحبه مرتبط بود که این امر به نوبه خود فرایند شروع تحقیق را به تعویق می‌انداخت.

پیشنهادهای: بر اساس یافته‌های به دست آمده پیشنهاد می‌شود، فرصت‌های برابر به منظور ارتقای شغلی برای تمامی پرسنل و کادر درمانی از جمله پرستاران فراهم شود. با توجه به این که پرستاران به طور مداوم مقایسه‌های شکست مادی را تجربه می‌کنند، پیشنهاد می‌شود در کنار اجرای طرح تعرفه گذاری، نظام پرداخت کارانه‌ای اصلاح شود. با توجه به این که اجرای طرح تحول سلامت بیش از پیش کار عاطفی

منابع

References:

1. Safi A. Theory and its application in the education bureaucracy. Journal of Education. 1988; 11 and 12: p. 7-17. [Persian]
2. Rasouli R. Taleghani Gr. Power as a basis for bureaucracy. Journal of the Islamic Republic of Iran. 2011; p. 84-107. [Persian]
3. Omeje N.P. Review of bureaucracy: A 21 st century public administration imperative. International Review of Social Sciences and Humanities 2 (2014): p. 125-129.
4. Bokaei M, Puorkiani M, Zaynaldini Meymand Z. Bureaucracy in the present age: The Second International Conference Preceding Studies in Management, Economics and Accounting. 1394; Volume 2: p. 1-10. [Persian]
5. Bashiriyeh, H. Political sociology: The role of social forces in political life. Tehran, Ney Publishing. 2011; 55. [Persian]
6. Satari S, Naamvar Y, Rastgo A. The run features bureaucracy and bureaucratic tendencies principals in Tehran. Journal of Research New Approaches in Educational Administration. 2011; 4 (2): p. 1-18. [Persian]
7. Dischner S. Organizational structure, organizational form, and counterproductive work behavior: A competitive test of the bureaucratic and post-bureaucratic views. Scandinavian Journal of Management. 2015; (31): p. 501-514.
8. Shirbeighi N, Fatehi R, Bolandhematan K. The relationship of principals' dogmatism with their rule orientation and teachers' understanding of the school organization bureaucracy. The Journal of Managing Educational Management Organizations. 2017; 5 (2): p. 129-166. [Persian]
9. Gorji Azandaryani A.A, Ghahramanzadeh Nimgazi F. Evaluation of controlling the bureaucratic authority in the context of relations between bureaucracy, politics and efficiency. Journal of Public Law Research. 2017; 7 (50): p. 10-34. [Persian]
10. Meyer M. Bureaucracy and bureaucratization. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition. 2015: p. 908-912.
11. Giddenz A. Sociology. 6th edition. Polity Press. Cambridge, UK. (2011): 497. [Persian]

12. Kiani Dehkiani H. (Dissertation) Exploration of alienation among nurses in governmental hospitals in Yazd. Yazd. Yazd University. 2019; 219 [Persian]
13. Afshani S.A, Ruhani A, Kiani Dehkiani H. Exploring job powerlessness among nurses: Strategic research on social problems in Iran University of Isfahan. Strategic Research On Social Problems In Iran. 2019; 31 (2): p. 2-18 [Persian]
14. Flick U. Introduction to qualitative research. New York, USA. SAGE Publications Ltd. 2018; P. 51-56. [Persian]
15. Sanaie N. Leisure geometry approach to sociological, psychological, moral. Moral Knowledge. 2014; 4 (1): P. 93-111. [Persian]
16. Nakhaei Z, Abdolreza Gharehbagh Z, Jalalmanesh S. A survey on nurses' satisfaction concerning the health system reform plan in hospitals affiliated to Birjand University of medical sciences in 2016. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2017; 16 (1): P. 61-72. [Persian]
17. Fromm E. The Sane Society. New York, United States. Holt Paperbacks; Reissue. 1980; 1650-165 & 181. [Persian]
18. Aqajani H, Javadi R.A. Sociological study of social factors influencing the alienation of work among nurses city of Arak. Journal of Sociology. 2008; 12 (3): P. 82-98. [Persian]
19. Foucault M. Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977. New York, USA. Pantheon Books. 2017; (150). [Persian].
20. Van der Toorn J, Feinberg M, Jost J.T, Kay A.C, Tyler T.R, Willer R, Wilmuth C. A sense of powerlessness fosters system justification: Implications for the legitimation of authority, hierarchy, and government. Political Psychology. 2015; 36 (1): P. 93-110.
21. Peter E.H, Macfarlane A.V, O'Brien-Pallas L.L. Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. Journal of Advanced Nursing. 2004; 47 (4): P. 356-364.
22. Qorbaninia R. Khezri A. Kamali S. Qorbani N. The job satisfaction of nurses in healthcare reform plan of Bam in 2015. Pasteur Hospital Health Information Management. 2018; 14 (3): P. 138-141. [Persian]
23. Shariati A, Jamshidbeigi Y, Baraz Pardnjati S, Haghighizadeh M.H, Abbasi M. Assessment of nurses, patient satisfaction, patient attendants in educational hospitals in Ahvaz city health development plan in 2015. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2017; 6 (1): P. 9-18. [Persian]
24. Ahmadi S.A.A, Mubarak H, Askarinejad, M. The factors influencing the nurses' intention to leave their: Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2012; 17 (1) : P. 99-108. [Persian]
25. Atashzadeh Shoorideh F, Rasouli M, Zagheri Tafreshi M. Nurses' turnover process: A qualitative research. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2014; 3 (1): P. 62-79. [Persian]
26. Xu S, Tao L, Huang H, Little J, Huang L. Pediatric nurses' turnover intention and its association with calling in China's tertiary hospitals. Journal of Pediatric Nursing. (2020): P. 1-6