

بدبینی سازمانی پرستاران: مطالعه پدیدارشناسی

وحید میرزایی^۱، فریبرز رحیم‌نیا^۲، سعید مرتضوی^۳، علی شیرازی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بدبینی سازمانی به عنوان مفهوم جدید روابط کارکنان - مدیران و به عنوان یکی از مهم‌ترین نگرش‌های کارکنان، به تازگی مورد توجه بسیاری از محققان و مدیران قرار گرفته است. اگر پرستاران به بیمارستان محل خدمت بدبین شوند، موجب مضرات بسیاری برای بیمارستان گردیده و عملکرد مطلوب آن را با مشکل مواجه می‌سازد. با توجه به نقش کلیدی پرستاران به عنوان ارزشمند انسانی در ارائه خدمات به مردم و افزایش بدبینی سازمانی در بین آن‌ها، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب پرستاران از بدبینی سازمانی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی بود که در آن از رویکرد پدیدارشناسی استفاده شد. شرکت‌کنندگان از میان پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی استان خراسان شمالی انتخاب شدند. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود که با ۱۹ شرکت‌کننده انجام گرفت. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته عمیق و روش تجزیه و تحلیل Colaizzi بود.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه سه درون‌مایه اصلی شامل عوامل شناختی (عدم تکریم پرستار، بی‌عدالتی، ریاکاری، جو انتقادناپذیر، پارتی‌بازی، نقض قرارداد روان‌شناختی، عدم شایستگی مسؤولان بیمارستان)، عوامل احساسی (سیاست‌زدگی بیمارستان، نداشتن وجه اجتماعی، احساس بیگاری کشیدن از پرستاران) و عوامل رفتاری (عدم پیشنهاد حرفه پرستاری به دیگران، تمایل به بازنشستگی پیش از موعد، عدم تمایل به پیشرفت دیگران، انتقاد و عدم همراهی با تصمیمات مدیریت، مجاز دانستن استفاده شخصی از امکانات بیمارستان) را نشان داد.

نتیجه‌گیری: جلوگیری از پارتی‌بازی، وجود عدالت سازمانی، تکریم پرستار، کاهش سیاسی‌کاری بیمارستان بر کاهش بدبینی سازمانی پرستاران تأثیرگذار است. از این‌رو، تأکید بر جنبه‌های عدالت رویه‌ای، تعاملی و مراوده‌ای می‌تواند زمینه کاهش بدبینی سازمانی پرستاران را فراهم سازد. از سوی دیگر، تکریم و احترام قایل شدن برای پرستاران تأثیر مهمی در کاهش بدبینی سازمانی آنان خواهد داشت. از این‌رو، می‌توان با تشویق پرستاران در مراسم‌های مختلف، زمینه کاهش بدبینی سازمانی آنان را فراهم کرد.

کلید واژه‌ها: فرهنگ سازمانی، پرستاران، مطالعه کیفی

ارجاع: میرزایی وحید، رحیم‌نیا فریبرز، مرتضوی سعید، شیرازی علی. بدبینی سازمانی پرستاران: مطالعه پدیدارشناسی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۷(۱): ۸۸-۱۰۲.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۵/۵/۱۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، پردیس بین‌الملل، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
 ۲- استاد، گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
 ۳- دانشیار، گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

Email: r-nia@um.ac.ir

نویسنده مسؤول: فریبرز رحیم‌نیا

مقدمه

بدیبنی طرز تفکر و شیوه‌ای از زندگی است که از یونان باستان سرچشمه گرفته است. در مورد این که واژه بدیبنی از کجا آمده است، شک و تردید وجود دارد. برخی معتقدند که واژه بدیبنی از Kyon لغت یونانی به معنای «سگ» آمده است و بدیبیان را به سگی تشبیه می‌کنند که هرگاه رفتاری را مطابق با عقاید خود نمی‌بینند، شروع به «پارس کردن» می‌کنند (۱). از دهه ۱۹۹۰، به موضوع بدیبنی در رشته‌های مختلف مانند روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و مدیریت توجه بسیار شده است. مفاهیم و معانی بدیبنی در طی تحقیقات مختلف کامل شده است (۲). کامل‌ترین تعریفی که از بدیبنی سازمانی وجود دارد و صاحب‌نظران بر آن تأکید دارند و بر پایه تئوری‌هایی مانند تئوری نگرش، تئوری انتظار، تئوری اسناد و تئوری تبادل اجتماعی شکل می‌گیرد، به صورت زیر تعریف می‌شود: «نگرش منفی نسبت به سازمان، باور به این که سازمان فاقد صداقت است؛ داشتن احساس منفی نسبت به سازمان و گرایش به رفتارهای تحقیرآمیز و بدخواهانه نسبت به سازمان» (۳). بر این اساس، بدیبنی سازمانی به عنوان نگرش منفی نسبت به سازمان تعریف می‌گردد و شامل سه بعد است: ۱- باور به این که سازمان صداقت ندارد ۲- احساس منفی نسبت به سازمان و ۳- گرایش به نشان دادن رفتارهای تحقیرآمیز و بدخواهانه نسبت به سازمان که مطابق با این باورها و احساسات منفی است (۴).

بیمارستان‌ها و به طور گسترده‌تر بخش مراقبت‌های بهداشتی از جمله سازمان‌هایی است که به طور فزاینده‌ای جهت آرایه مراقبت تقاضامحور و انجام کار به صورت کارآمد و مؤثر تحت فشار است. یکی از مهم‌ترین عوامل غلبه بر این فشارها در بیمارستان‌ها، پرستاران هستند (۵). از سوی دیگر، با توجه به این که بیماران همیشه با پرستاران در ارتباط هستند، از این رو مدیریت این بخش و توجه به نیازهای آنان جهت آرایه خدمات بهتر به بیماران و در نهایت، بهبود عملکرد بیمارستان نمود بیشتری پیدا می‌کند. علاوه بر این، توجه به بدیبنی در سازمان‌هایی که با بهداشت و سلامت انسان‌ها سروکار دارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ چرا که

پیشرفت‌های حوزه دانش و فن‌آوری در مراقبت‌های بهداشتی، چالش‌های عمده‌ای را پیش روی پرستاران قرار داده و تمامی پرستاران، صرف نظر از تخصص خود برای تصمیم‌گیری در نقش‌های سنتی و جدیدشان نیازمند دانش فردی و مشاوره گروهی هستند (۶). مروری بر مطالعات موجود در زمینه بدیبنی سازمانی بیانگر وجود ارتباط بین بدیبنی سازمانی و شاخص‌های مختلف عملکردی از جمله ارتباط بدیبنی سازمانی و کاهش رضایت شغلی و تعهد سازمانی (۷)، کاهش بهره‌وری (۸)، کاهش مشارکت در تصمیم‌گیری گروهی (۹)، ترک شغل (۱۰)، کاهش رفتارهای شهروندی سازمانی (۱۱)، فرسودگی شغلی رفتارهای انحرافی کار (۱۲)، پایین آمدن روحیه (۱۳) و افزایش مقاومت در مقابل تغییر (۱۴) است. مطالعات موجود در مورد حرفه پرستاری در ایران نشان می‌دهد که آن چه بیشتر برای پرستاری در کشور ما مطرح است، نارضایتی و فرسودگی روانی است (۱۵). مطالعه‌ای که توسط سازمان نظام پرستاری انجام شد، نشان داد که اغلب پرستاران از شغل خود ناراضی هستند (۱۶). محققان در یک مطالعه پدیدارشناسی نشان دادند برای اکثریت پرستاران، تجربه پرستاری مترادف با تجربه مشکلات است (۱۷). در مطالعه دیگری نشان داده شد که پرستاران ایرانی، حرفه را تحمل کار سخت با پاداش اندک می‌دانستند (۱۸). بدیهی است که وقتی فردی از بودن در حرفه‌ای به خاطر بدیبنی سازمانی ناراضی باشد، نمی‌تواند نسبت به ایجاد تغییر و ارتقای آن حرفه احساس تعهد داشته باشد. ترک حرفه و عدم تمایل به ادامه فعالیت در حرفه پرستاری امروزه یکی از مباحث و مشکلات مطرح شده برای حرفه پرستاری است؛ چرا که کار پرستاری با پیچیدگی بیشتر، کار گروهی بیشتر، آرایه مراقبت با استفاده از فن‌آوری‌های نوین پزشکی، افزایش رقابت و کاهش بودجه همراه شده است (۱۹). این تغییرات سبب شده که میزان ترک حرفه در بین پرستاران رو به افزایش نهاده و نشانه‌های عدم تمایل پرستاران برای ادامه فعالیت در این حرفه (۲۰) و در پی آن ترک حرفه مطرح می‌شود (۲۱). آن چه اهمیت بدیبنی سازمانی را دو چندان می‌سازد، ارتباط بدیبنی سازمانی و تمایل به ترک حرفه است.

شرایط کاری آنان خواهد شد. بدیبنی سازمانی مفهوم ذهنی و بیشتر متکی بر تفکرات و نگرش‌های فرد است (۲۹). از این‌رو، برای مطالعه آن بهترین رویکردی که می‌توان به کار بست، رویکرد تحقیق کیفی است؛ چرا که مبنای تحقیقات کیفی را اندیشه‌ها و ذهنیات افراد می‌سازد (۳۰). این تحقیق کیفی پدیدارشناسی برای پاسخگویی به سؤالات زیر طراحی شد: «توصیف پرستاران از بدیبنی سازمانی چیست؟» «چه عواملی بر ایجاد بدیبنی سازمانی آنان دخیل بوده است؟» «چه تجربه‌هایی پرستاران در محیط کار خود داشته‌اند که باعث بدیبنی سازمانی آنان شده است؟». بنابراین، مطالعه حاضر با هدف شناخت و توصیف تجارب پرستاران بیمارستان‌های دولتی استان خراسان شمالی مورد بررسی قرار گرفت تا با استفاده از کشف تجارب واقعی افرادی که بدیبنی سازمانی را تجربه کرده‌اند، گامی در راستای درک پدیده و تبیین عوامل ایجاد بدیبنی سازمانی برداشته شود تا از این منظر مسؤولان مربوط بتوانند برنامه‌ریزی مناسبی جهت رفع مسایل ایجاد کننده بدیبنی سازمانی پرستاران انجام داده و در نهایت، باعث افزایش رضایت و تعهد این قشر از جامعه گردند.

روش

پژوهش، یک روش کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی بود که در سال ۱۳۹۵ در بیمارستان‌های دولتی استان خراسان شمالی صورت پذیرفت. برای کشف (Exploration)، تجربه زنده (Lived experience)، از پدیده‌هایی که به نحوی با تعاملات انسانی روبه‌رو هستند، پژوهش‌های کمی، انعطاف و عمق (Deepness) لازم را ندارد و سایر روش‌های کیفی نیز در این قلمرو بی‌تمکین است. به این دلیل پدیدارشناسی، مناسب‌ترین روش برای شناخت عمق تجربه و معنای یک پدیده پیچیده است (۳۰). پدیدارشناس معتقد است که پدیده‌ها و تجربیات زندگی دارای جوهره‌هایی است که قابل بررسی است. در نتیجه، به بررسی پدیده‌های ذهنی می‌پردازد که جوهره اساسی واقعیات در آن پنهان است (۳۱). جامعه پژوهش را پرستاران بیمارستان‌های دولتی استان خراسان شمالی تشکیل داد.

مطالعات، کاهش بدیبنی سازمانی را به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی در جلوگیری از ترک حرفه ذکر می‌نماید. پرستارانی که بدیبنی سازمانی کمتری دارند، تمایل بیشتری به حضور در حرفه داشته و به خروج از حرفه نمی‌اندیشند (۲۲). کاهش بدیبنی سازمانی در پرستاران سبب می‌گردد که نه تنها از خروج پرستاران از حرفه جلوگیری شود، بلکه نیروی عظیم این قشر در مسیر نیل به اهداف حرفه‌ای قرار گیرد (۲۳).

بر خلاف جایگاه رفیع پرستاران، بررسی متون نشان دهنده این است که چندان به موضوع بدیبنی سازمانی توجه نگردیده است. بر اساس جستجوی صورت گرفته در ایران، هیچ مطالعه کمی یا کیفی، بدیبنی سازمانی پرستاران را بررسی نکرده است. از سوی دیگر، نتایج مطالعات خارجی نیز به دلیل تفاوت شرایط ساختاری، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ممکن است که قابل تعمیم به زمینه کشور ایران نباشد. نتایج جستجو نشان داد که مطالعات موجود، مبتنی بر کار کمی یا روش‌های آماری (۲۴، ۲۵) بوده و در سایر مطالعات بیشتر به مفهوم کلی بدیبنی سازمانی پرداخته شده است (۲۶، ۳) و مطالعه کیفی در این زمینه که به تجربه افراد در خصوص بدیبنی سازمانی پرداخته شود، صورت نگرفته است.

با توجه به سند تحول پرستاری کشور بندهای ۱۷- و ۱۸- که به برخورداری از نظام ارزشیابی صحیح و تکریم شاغلان اشاره کرده است، باید خاطر نشان نمود که با توجه به تحقیقات گذشته (۲۷)، از عواملی که می‌تواند باعث افزایش درک کارکنان در خصوص وجود نظام ارزشیابی صحیح گردد، کاهش بدیبنی سازمانی پرستاران است.

با توجه به این که پرستاران در زندگی حرفه‌ای خود پیوسته با بیماران سر و کار داشته و از سوی دیگر، از آنان تقاضای بروز رفتارهای فراتقش می‌گردد، زمانی می‌توان به افزایش تعهد سازمانی پرستاران و ارایه چنین رفتارهایی امیدوار بود که پرستاران نسبت به سازمان خود بدیبنی نداشته باشند (۲۸).

توصیف و تجربه پرستاران از بدیبنی سازمانی، منجر به درک بهتر از معنی و مفهوم بدیبنی سازمانی برای مسؤولان بیمارستانی می‌شود و تیم مدیریتی را در یافتن راه‌هایی یاری می‌کند که منجر به درک نیازها، مسایل و همچنین، بهبود

منظور هم احساس شدن با آن‌ها خوانده می‌شود. دوم، به هر کدام از پروتکل‌ها رجوع می‌شود و عبارات مهم استخراج می‌شود. سوم، معنی یا مفهوم هر عبارت مهم که تحت عنوان مفاهیم تنظیم شده مطرح است، توسط محقق شکل می‌گیرد. چهارم، مفاهیم تنظیم شده، درون دسته‌های موضوعی سازماندهی می‌شود. پنجم، یافته‌ها به درون یک توصیف جامع از پدیده مورد نظر تلفیق می‌شود. توصیف جامع از پدیده مورد تحقیق به شکل یک بیانیه صریح و روشن تنظیم می‌شود. در مرحله آخر، نتایج به شرکت کنندگان باز گردانده می‌شود و در مورد یافته‌ها از آن‌ها سؤال پرسیده می‌شود (۳۵). روند تعیین صحت و اعتبار در تحقیقات کیفی متفاوت از کمی است. موثق بودن (Truthworthiness)، برای استحکام و کفایت پژوهش تحقیق تعریف شده است (۳۶). در این تحقیق سعی شده از چهار مقیاس «موثق بودن» تحقیقات کیفی، یعنی قابلیت اعتبار (Credibility)، قابلیت اطمینان (Dependability)، قابلیت تصدیق (Confirmability) و قابلیت انتقال (Trasforeability) استفاده شود. برای تضمین قابلیت اعتبار که عبارت است از میزان صحت یافته‌ها، روش‌های مختلفی را برای ارتقاء و مستند نمودن اعتبار داده‌های کیفی به کار رفته است که یکی از آن‌ها شرکت طولانی مدت و مشاهده مصرا نه می‌باشد. برای نایل شدن به این مهم، محقق زمان زیادی را برای جمع‌آوری داده‌ها اختصاص داد و در بیمارستان‌ها پیگیری و در صورت مواجهه با نکات مبهم در هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها اقدام به مصاحبه‌ی تلفنی برای روشن نمودن این ابهام نمود. همچنین، برای ارتقای اعتبار، محقق از همکار متخصص کیفی برای نتیجه‌گیری آن چه حقیقت است، استفاده نمود و شرکت کنندگان مطالعه را نیز از طریق انجام مصاحبه عمیق با آنان و همچنین، ارایه بازخورد لازم به آنان برای کشف جنبه‌های مختلف حقیقت، دخالت داد (۳۷). محقق، پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه، دوباره به شرکت کنندگان مراجعه و صحت مطالب را تأیید و تغییرات لازم را اعمال نمود. به منظور تعیین قابلیت تصدیق، محقق سعی نمود که پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری و

معیارهای ورود جهت انتخاب نمونه پژوهش شامل پرستارانی بود که یک دوره به عنوان پرستار نمونه استانی انتخاب گردیده، رسمی یا پیمانی بوده به طور متوسط ۶ شب در ماه را شب‌کاری داشتند، علاقه‌مند به شرکت در پژوهش و قادر به بیان اطلاعات مورد نظر بودند و امکان دسترسی به آنان در دوره پژوهش میسر بود. روش نمونه‌گیری، مبتنی بر هدف بود. لازم به ذکر است که در پژوهش‌های کیفی پیش و بیش از تعداد نمونه‌ها، منابع غنی از اطلاعات حایز اهمیت است (۳۲).

حجم نمونه در مطالعات کیفی تا زمانی ادامه می‌یابد که به اشباع اطلاعات برسد (۳۳). اشباع اطلاعات اغلب راهنمایی است برای تصمیم‌گیری در مورد این‌که انجام چه تعداد مصاحبه کفایت می‌کند. به این صورت که چنان چه در زمان جمع‌آوری اطلاعات هیچ اطلاعات جدیدی اضافه نشود و پژوهش‌گر در زمان جمع‌آوری و تجدید اطلاعات استخراج شده تنها به مواردی برخورد نماید که مطالب قبلی را تأیید و تصدیق نماید، به نمونه‌گیری پایان می‌دهد (۳۳). در مطالعه حاضر نیز، محقق پس از مصاحبه با ۱۹ پرستار، به اشباع اطلاعات رسید، بدین وسیله ابزار جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته (Semi-structured interview و Indepth) بود. پس از ارایه توضیحات کافی در زمینه ماهیت و اهداف پژوهش به شرکت کنندگان و کسب رضایتنامه کتبی از آنان، مصاحبه‌ها انجام شد. قبل از مصاحبه برای ضبط صدا اجازه گرفته و در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و این که در هر مرحله از پژوهش در مورد انصراف از همکاری مختار خواهند بود، اطمینان لازم داده شد. مصاحبه با یک سؤال که بدینی سازمانی از دیدگاه شما چه معنی دارد، آغاز شد. سپس، پرسش‌های دیگری جهت روشن‌تر شدن توضیحات شرکت کنندگان مطرح شد. مصاحبه با ۱۹ شرکت کننده انجام شد. مدت زمان مصاحبه از ۶۰ دقیقه تا ۱۲۰ دقیقه بود. جهت تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها از روش ۷ مرحله‌ای Colaizzi استفاده شد. Colaizzi روش مناسبی برای معنی بخشیدن به مصاحبه‌ها در روش پدیدارشناسی است (۳۴) که شامل هفت مرحله زیر است: ابتدا، توصیفات همه شرکت کنندگان به

جدول ۲. درون مایه‌های اصلی و فرعی بدینی سازمانی

درون مایه اصلی	درون مایه فرعی
شناختی	عدم تکریم پرستار بی‌عدالتی ریاکاری جو انتقاد ناپذیر پارتنری بازی نقض قرارداد روان شناختی عدم شایستگی مسؤلان بیمارستان
احساسی	سیاست زدگی بیمارستان نداشتن وجه اجتماعی احساس بیگاری کشیدن از پرستاران عدم پیشنهاد حرفه پرستاری به دیگران
رفتاری	عدم تمایل به پیشرفت دیگران تمایل به بازنشستگی پیش از موعد انتقاد و عدم همراهی با تصمیمات مدیریت مجاز دانستن استفاده شخصی از امکانات بیمارستان

(۱) شناختی

یکی از درون مایه‌های اصلی به دست آمده از مصاحبه‌های شرکت کنندگان مطالعه حاضر، درون مایه شناختی بود. این درون مایه اصلی، خود از درون مایه‌های فرعی، عدم تکریم پرستار، بی‌عدالتی، ریاکاری، جو انتقادناپذیر، پارتنری بازی، نقض قرارداد روان شناختی و عدم شایستگی مسؤلان بیمارستانی تشکیل شده است.

۱-۱) بی‌عدالتی: پرستاران اظهار داشتند که عدم وجود عدالت در پرداخت حقوق و در نظر نگرفتن شغل پرستاری به عنوان مشاغل سخت در ایجاد بدینی سازمانی آنان مؤثر است. «همیشه از یک ماه قبل که شیفت‌ها رو مینویسن درگیر این هستیم که چونه بزنییم که روزهای تعطیل مارو نذارن؛ در حالی که بعضیا به علت روابط و پارتنری بازی بهشون شیفت کمتری می‌رسه یا روزهای تعطیل کمتری رو شیفت هستن» (پ ۹). «کسی که سابقه کاری بالاتری داره با مشکلات زیاد، باز هم ارزش می‌خوان که شیفت صبح و شب وایسته؛ در حالی که این برای من که ۲۰ سال سابقه دارم خیلی سخته، ولی همکاری جدید که زیون بازترین مخ سرپرستارو می‌زنن که مشکل داریم و واسشون شیفت کمتر میداره» (پ ۴). «ما به عنوان یک همسر، یک مادر دوس

تجزیه و تحلیل داده‌ها دخالت ندهد. برای دستیابی به قابلیت اطمینان که عبارت است از کفایت روند تجزیه و تحلیل داده‌ها و فرایندهای تصمیم‌گیری، محقق از راهنمایی و نظارت استادان صاحب‌نظر استفاده نمود. به منظور افزایش قابلیت انتقال یافته‌ها به موقعیت‌ها و گروه‌های مشابه، از شرکت کنندگان در شهرهای مختلف استان (بجنورد، شیروان، اسفراین، جاجرم) استفاده شد (۳۸).

یافته‌ها

از ۱۹ پرستار شرکت کننده در مصاحبه، ۱۴ نفر زن و ۵ نفر مرد بودند. محدوده سنی مشارکت کنندگان بین ۳۷ تا ۵۴ سال بود (جدول ۱). از داده‌های تحقیق ۴۳ کد استخراج شد که بعد از تقلیل و ادغام کدهای مشابه در یکدیگر، بدینی سازمانی پرستاران در قالب ۳ درون مایه اصلی (شناختی، احساسی، رفتاری) و ۱۵ درون مایه فرعی ظهور یافت. تمام مفاهیم با یکدیگر در ارتباط بوده و الگویی از بدینی سازمانی را نمایان کرده و به خواننده در فهم واقعیت بدینی سازمانی در محیط بیمارستان کمک می‌کند. این درون مایه‌ها در جدول ۲ با درون مایه‌های فرعی مربوط آورده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی سن، تأهل، سطح تحصیلات و سابقه

خدمتی نمونه‌های مورد پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۵ / ۲۶/۳۲
	زن	۱۴ / ۷۳/۶۸
گروه سنی	۲۰-۳۰	۲ / ۱۰/۵۲
	۳۱-۴۱	۱۰ / ۵۲/۶۴
	بیش از ۴۱ سال	۷ / ۳۶/۸۴
وضعیت تأهل	مجرد	۴ / ۲۱/۰۵
	متأهل	۱۵ / ۷۸/۹۵
سطح تحصیلات	لیسانس	۱۸ / ۹۴/۷۴
	فوق لیسانس	۱ / ۵/۲۶
سابقه خدمت	کمتر از ۱۰ سال	۲ / ۱۰/۵۳
	۱۰ تا ۲۰ سال	۱۱ / ۵۷/۸۹
	۲۰ سال به بالا	۶ / ۳۱/۵۸
جمع	۱۹	۱۰۰

داریم یک روز تعطیل رو در کنار اعضای خانواده باشیم، ولی متأسفانه عدالت رعایت نمیشه» (پ ۱۳).

(۲-۱) عدم تکریم پرستار: از دیدگاه پرستاران، عدم در نظر گرفتن جایگاه پرستار به عنوان یک عضو مؤثر در بیمارستان و توجه بیش از اندازه به پزشکان می‌تواند پرستاران را نسبت به محل کار خود بدیبنی سازد. «تو بیمارستان منشور حمایت از پرستار وجود نداره، اگه هم هست بهش عمل نمی‌کنن و همین هم باعث شده که هر کی دلش می‌خواد با پرستار بد برخورد کنه» (پ ۱). «شده مواردی که بحثی با همراه بیمار صورت گرفته، ولی به حراست که رسیده حق رو به بیمار می‌دن. نمی‌دونم چرا تو بقیه سازمان‌ها باید ارباب رجوع مؤدب باشه، ولی این جا همش طرف بیمارو می‌گیرن و می‌گن مدارا کنید» (پ ۳). «تو بخش من که اعصاب و روان هست، شده بیمار با من درگیر شده و کتک هم خوردم. بحث که به حراست رسیده، باز طرف بیمار رو گرفتند و همش می‌گن تکریم ارباب رجوع؛ در حالی که ما هم آدم هستیم و بالاخره خسته می‌شیم تا کی...» (پ ۸).

(۳-۱) ریاکاری: شرکت کنندگان معتقد بودند که عدم وجود صداقت در گفتار و عملکرد مدیران بیمارستانی از عوامل ایجاد بدیبنی سازمانی است. «به نظر من تو این همه مدتی که حرفه پرستاری رو دارم، چیزی که وجود نداره صداقت در گفتار مسؤولانه، ظاهر و باطنشون یکی نیست بالاخره می‌گن تجربه پدر نگرش نسبت به افراد!» (پ ۶). «وعده‌هایی که سال‌های اول استخدام به ما دادند که فلان می‌کنیم و بهمان، در عمل انجام ندادند. گفتند نیرو می‌گیریم و شیفاتون رو کم می‌کنیم، ولی انجام نشد» (پ ۱۰). «شده بارها با سرپرستار صحبت کردم که فلان مشکل رو حل کن گفته باشه و بعد اومده پشت سر من حرف زده که فلانی فکر کرده کیه تو بخش که این قدر دستور می‌ده؛ در حالی که من واسه خودم نگفتم و برای بهبود کارایی بخش نظر دادم» (پ ۴). «به نظر من ریاکاری همونجوری که تو جامعه به وضوح دیده می‌شه، تو محل کارم هم هست. بعضی از همکارا هستند تا سرپرستاری میاد همش تو دست و پاشن تا موقع ارزشیابی نمره بیشتری بهش بدن و کارانه بهتری هم دریافت کنه؛ در

حالی که هیچ کاری انجام نمی‌ده» (پ ۱۱).

(۴-۱) جو انتقاد ناپذیر: شرکت کنندگان معتقد بودند که عدم توجه مدیران بیمارستانی به انتقادات سازنده‌ای که پرستاران بیمارستان جهت بهبود وضعیت بخش‌های بیمارستانی و در نهایت، رضایت بیماران ارایه می‌دهند، عاملی جهت ایجاد بدیبنی سازمانی است. «مگه تو دین ما نگفتن که به یکدیگر پند بدین یا تو قرآن مگه نیومده که پند بدهید؛ چرا که پند در مؤمنان سودمند خواهد بود. اینا رو همه بلدن، ولی در عمل کسی انتقاد نمی‌کنه چون می‌گن وضعیت شغلیمون مشخص نیست یا اگه هم هست به حرف و انتقاد ما توجه نمی‌کنن، پس انتقاد نمی‌کنن» (پ ۶).

«پرستارای قراردادی که هیچ وقت شکایت نمی‌کنن و می‌ترسن برای آینده کاریشون و میان به ما می‌گن که ما انتقاد رو منتقل کنیم از طرف خودمون»، ولی ما هم که می‌گیم اتفاقی نمی‌افته (پ ۸).

«به نظر من اگه انتقاد جایی تو سیستم داشت، کشور ما بهتر از این بود. تو بیمارستان هم همین طوره، انتقاد جایگاهی نداره یا درج در پرونده می‌شه یا اصلاً بهت گوش نمی‌کنن» (پ ۱۲).

(۵-۱) پارتی‌بازی: از دیدگاه مصاحبه شونده‌گان، عدم توجه به سابقه کاری و تجربه افراد و وجود پارتی‌بازی جهت پیشرفت در بخش‌های مختلف پرستاری بیمارستان باعث بدیبنی سازمانی پرستاران گردیده است. «اگه بخوای تو بیمارستان پیشرفت کنیم باید ببینی کیو می‌شناسی. مثلاً من خودم باید چند بار سرپرستار می‌شدم، ولی یک پرستار جدید با ۳ سال سابقه کار چون آشنای رئیس بیمارستان بود سرپرستار شد و این واسه من و همکارام خیلی سخت بود» (پ ۱۶). «داشتیم مواردی که دانشجو تازه طرحش تموم شده و تو بیمارستان ما اومده طرحشو گذرونده، ولی چون رابطش با بالایی‌ها خوب بود و بچه فلانی بوده نیومده رفته قسمت اداری و شب‌کاری هم نداره و سر ساعت میاد و سر ساعت می‌ره. ظهرها هم می‌ره خوش حقوقشم بیشتره» (پ ۱۳).

(۶-۱) نقض قرارداد روان‌شناختی: از دیدگاه پرستاران

برآورده نشدن انتظارات شغلی زمینه‌ساز نقض قرارداد روان‌شناختی و پیامد آن کاهش تعهد سازمانی و بدیبنی سازمانی خواهد بود. «شاید در گذشته پرستار جایگاه خوبی داشت و مورد احترام بود و یکی از مهم‌ترین دلایلی که پرستار شدم همین بود و یک سری انتظاراتی هم داشتم که فکر می‌کردم برام پیش میاد و وضعم خوب می‌شه، ولی در عمل این سختی کار و شب کاری و دعوا با همراه بیمار ... عملاً هیچ کدومش محقق نشد و منو نسبت به شغل پرستاری بدبین کرده» (پ ۱۶). «اصلاً چیزی که فکر می‌کردم با واقعیت یکی نبود. فکر می‌کردم پرستار که بشم وجه خوبی تو تا اجتماع دارم. احترام به من می‌ذارن، یک جایگاه خوبی خواهم داشت، ولی در عمل تو این چند سال خدمت متوجه شدم هیچ کدومش محقق نشده» (پ ۱۹).

۱-۲) سیاست‌زدگی بیمارستان: از دیدگاه پرستاران سیاست‌های غلط و غیر کارشناسی نظام پرستاری باعث بدیبنی آنان نسبت به سیستم خدمات درمانی گردیده است. «شما خودت مگه تو این کشور زندگی نمی‌کنی نمی‌بینی هر روز یک بخشنامه جدید یا یک قانون جدید میاد، این نشون می‌ده که افرادی که اون بالا هستند کاردان نیستن آخه چند بار آدم باید آزمون و خطا کار کنه تا یاد بگیره، می‌دونین چقدر هزینه صرف میشه، مال بیت المال، ولی کو گوش شنوا آدم کم میاره، خسته میشه از این همه ندونم کاری و سیاست‌های غلط غلط آخه ما کی می‌خواهیم درست بشیم» (پ ۹). «تجربه من نشون داده که اکثر سیاست‌هایی که مسؤولان در خصوص پرستارا اتخاذ می‌کنن غیر کارشناسی و بدون فکر بوده من که دیگه از این همه سیاست‌های غلط خسته شدم خودمو زدم به بی‌خیالی. فقط بخشنامه‌هاشون سیاسی بازیه که تو تلویزیون همش بگن اوضاع خوب شده» (پ ۳).

۲-۲) احساس بیگاری کشیدن از پرستاران: از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان برخوردهای نامناسب با پرستاران از سوی سیستم پرستاری، بدیبنی سازمانی را پرستاران ایجاد می‌نماید. «سال‌های اول کاریم خیلی زیاد کار می‌کردم اونم با دل و جون، چون فک می‌کردم بهتر می‌تونم خدمت کنم به بیمارها، ولی الان که ۱۳ سال سابقه کاری دارم بازهم توقع دارنند به اندازه همون موقع کار کنم من که دیگه نمی‌تونم بعضی وقتا فکر می‌کنم ما برده اونا هستیم» (پ ۱۷). «یه جایی خوندم در اروپا هر پرستاری که یک شب شیفت هست تا دو شب استراحت، ولی این تو ایران یک رویای دست نیافتنی. هی مدام میگن نیرو نداریم مجبوریم اندازه چند نفر کارکنیم. تو اروپا به ازای هر دو تا تخت یک پرستاره، ولی اینجا به ازای هر ۱۰ تخت یک پرستار، حالا خودتو بذار جای یه پرستار چقدر باید تلاش کنه؟ اونم کار پشت میز نشستنیه که نیست بگی حالا بذارم فردا انجام بدم بحث یک انسانه با این حجم کار خیلی سخته» (پ ۹). «تجربه من نشون میده که سیستم

۱-۷) عدم شایستگی مسؤولان بیمارستان: به اعتقاد مشارکت‌کنندگان در مصاحبه عدم شایسته سالاری در اخذ پست‌های مدیریتی در بیمارستان زمینه‌ساز بدیبنی آنان می‌گردد. «بابا تو تمام دنیا می‌گن مدیریت یک رشته تخصصیه و باید درس خوندهش بیاد، من موندم تو تمام کارا باید متخصص باشه طرف تا اون پست رو بگیره، ولی تو ایران واسه پست مدیریت اصلاً لازم نیست طرف مدیریت خونده باشه و همینکه اینقدر کشور ما مشکل داره. تو بیمارستانا هم همینکه کسایی می‌شن رئیس که اصلاً چیزی از ریاست نمی‌دونن» (پ ۳). «اکثر رؤسای بیمارستان تو این مدت خدمت من از بیرون اومدن و درک درستی از وضعیت بیمارستان ندارنند، اصلاً تجربه مدیریتی هم ندارنند در هیچ جا، چه به برسه به مدیریت بیمارستان و این باعث میشه کارهایی بکنند که آدمو بدبین کنه به جامعه به نظام یا سیستم درمانی کشور» (پ ۱۳). «به نظر من مدیریت بیمارستان چیزی از مدیریت نمیلونه نه اینکه منصوب شده و از خود بیمارستان نیست پس درکی از مشکلات بیمارستان نداره و این یعنی درجا زدن» (پ ۲).

۲) احساسی

یکی دیگر از درون‌مایه‌های اصلی به دست آمده از تجربه مشارکت‌کنندگان در مطالعه، درون‌مایه احساسی بود. این

۳-۱) عدم پیشنهاد حرفه پرستاری به دیگران: از دیدگاه پرستاران شرایط سخت کاری پرستاری باعث می‌گردد که تمایلی به پیشنهاد حرفه خود به متقاضیان شغل نداشته باشند. «شغل پرستاری به نظر من فقط واسه آقایون خوبه چون سرپرست خانواده هستن و باید کار کنن پس باید شرایطش همون کنن، ولی واسه خانوما که مادر هم هستن خیلی سخته همون بهتر که دخترها تو خونه باشن ولی پرستار نشن» (پ ۳). «لان اقوام من بچه‌های کنکوری دارند، از من که نظر میخان میگم اصلاً پرستاری رو انتخاب نکنن چون زندگی ندارند حتی باعث اختلافات خانوادگی هم ممکنه بشه، چرا باید با آینده یک نفر بازی کرد استراحتشو گرفت خانواده رو گرفت، بنابر بره رشته‌های دیگه درس بخونه و ادامه تحصیل بده» (پ ۱۹). «من هیچ وقت این شغل رو به بچه‌های خودم پیشنهاد نمی‌کنم. دوس ندارم مشکلاتی که خودم دارم بچه‌هام تجربه کنند، مگه بخوای یک نفر رو نابود کنی یا باهش پدر کشتگی داشته باشی که بگی پرستاری رو انتخاب کن» (پ ۸).

۳-۲) عدم تمایل به پیشرفت دیگران: عدم کمک پرستاران به همکاران خود با توجه سابقه پیشرفت دیگران و نادیده گرفتن دوستان از جمله عوامل دیگری بود که توسط پرستاران شرکت کننده در مصاحبه مطرح گردید. «یک کتابی چند سال پیش خوندم که می‌گفت کلید موفقیت در سازمان‌ها داشتن تخصصیه که بقیه همکاران نداشته باشند، تو این سیستم مریض که راه پیشرفت پارتی بازیه، چرا تجربه خودمو به بقیه منتقل کنم که اونا پیشرفت کنن و بعدشم انگار نه انگار که من بودم به اونا اینارو یاد دادم» (پ ۱۱). «من خودم خیلی دوس دارم چیزایی که بلد هستم رو به همکارام یا نیروهای جدید یاد بدم، ولی خب تو این سیستم روابطی اگه چیزی یاد بدی ممکنه بعداً طرف پیشرفت کنه و تو درجا بزنی مگه مجبور بشم وگرنه دانسته‌هامو به بقیه نمی‌گم» (پ ۱۴). «از نظر دین ما زکات علم نشر اونه، ولی به نظر من شرط داره و اونم اینکه که طرفی که یاد می‌گیره قدردان باشه نه اینکه وقتی یاد گرفت و از قضا پیشرفت هم کرد بگه حاجی حاجی مکه؟!» (پ ۶).

نمی‌خواهد اصلاً پرستار استراحت کنه چون واسش این حرفه مهم نیس، به همین خاطر هم تا می‌تونن ارزش کار می‌خوان، همش تو بخش کار کنه جور کمبود نیرو رو هم بکشه اعتراضی هم نکنه» (پ ۱۶). «به نظر من اکثر پرستارا بیشتر از توانشون کار میکنن واسه همینم هست که به ده سال سابقه که میرسن اکثرشون به بیماری‌های مختلف دچار میشن و آخر خدمتی هم که دیگه به مرده متحرک شدن و دلیلش اینه که بیشتر از اون توان بدنیشون کار میکنن در طول دوره خدمت» (پ ۱۸). «من تو این مدت ۲۰ سال خدمتم فهمیدم که بیمارستان پرستار نمی‌خواهد، بلکه یک موتور می‌خواهد که فقط کار کنه نه خستگی بفهمه نه مشکلات، اینقدر کار واسه ما پیش میاد تو شیفتمون که بارها شده می‌بریم دیگه از این همه خستگی» (پ ۱۵).

۳-۲) نداشتن وجه اجتماعی: از دیدگاه پرستاران شرکت کننده در مصاحبه، الهام بخش نبودن حرفه پرستاری برای مردم زمینه بدینی آنان را نسبت به سازمان فراهم می‌نماید. «مردم عادی همش میگن پرستارا ادمای بدبختی هستن، به نظر من شغل من برای افراد جامعه مهم نیست، به ما میگن آمپول‌زن» (پ ۱۱). «به نظر من پرستاری اصلاً وجه اجتماعی نداره. به نظر من مردم در مورد ما همش تأسف می‌خورن یعنی فکر می‌کنن پرستارا رابطه نامشروع با پزشک‌ها برقرار می‌کنن و محیط غیر اخلاقی تو بیمارستان حاکمه یا واکنش ترحم آمیزی دارند و این منو نسبت به شغلم بدبین می‌کنه» (پ ۱۶). «مردم میگن از بیمار ما پول می‌خورن یعنی اگه بیمار ما نباشه شما بیکار تو خونه هستین؛ در حالی که حقوق بر اساس تعداد بیمار نیست» (پ ۲).

۳) رفتاری

از جمله درون‌مایه‌های اصلی دیگر به دست آمده از تجارب شرکت کنندگان مطالعه، درون‌مایه رفتاری بود. این درون‌مایه اصلی زیرشاخه‌هایی چون عدم پیشنهاد حرفه پرستاری به دیگران، عدم تمایل به پیشرفت دیگران، تمایل به بازنشستگی پیش از موعد، انتقاد و عدم همراهی با تصمیمات مدیریت و مجاز دانستن استفاده از امکانات بیمارستان برای مصارف شخصی را شامل گردید.

پ ۱۱). «چند وقت قبل با همکارام در مورد یک بخشنامه جدید صحبت می‌کردیم، متوجه شدم که اکثر پرستارا چون اعتمادی به نظام پرستاری و مدیریت بیمارستان ندارند دلشون نمی‌خواد که بخشنامه‌هایی که ابلاغ می‌شه اجرایی بشن واسه همینم تصمیم گرفتیم تا می‌تونیم انتقاد کنیم از بخشنامه و همراهی باهاش نداشته باشیم» (پ ۱۷).

۳-۵) مجاز دانستن استفاده شخصی از امکانات بیمارستان: پرستاران اعتقاد داشتند که به خاطر جبران حقوق از دست رفته در نظام پرستاری استفاده شخصی از امکانات بیمارستان مجاز است. «یادمه سال‌های اول گفتن پرستار چون کمبود آهن دارن حتماً خودشون قرص آهن بخرن و استفاده کنن، ولی همکاری داشتیم که یه پاکت قرص آهن از تو بخش برداشت و گفت اشکالی نداره که مگه ما غیر مردم هستیم!». من اون زمان دوست نداشتم کارشو ولی الان می‌گم اشکالی نداره که این همه قرص و دارو وجود داره، پرستار هم جزء این سیستم هست پس مجازه استفاده!» (پ ۱۶). «از دیدگاه من استفاده از امکانات بیمارستان اصلاً اشکال نداره، این به خاطر اینه که حقمونو نمیدن پس ما هم می‌تونیم استفاده کنیم از امکانات بیمارستان، اصلاً همه استفاده می‌کنن، تو کشور بالا بالاها می‌خورن و می‌برن ما نخوریم می‌گن آدم ساده‌ایه!» (پ ۳). «به نظر من استفاده از امکانات بیمارستان اصلاً اشکال نداره، چطور مسؤولان بیمارستان از امکانات بیمارستان استفاده میکنن، حالا ما در حد کم از امکانات بخش استفاده کنیم اشکال داره؟» (پ ۱۷).

درون‌مایه‌های اصلی و فرعی حاصل از پژوهش در جدول ۲ بیان گردیده است.

بحث

پژوهش حاضر که با هدف کاوش مفهوم بدینی سازمانی پرستاران انجام شد، نشان داد که مفهوم بدینی سازمانی از دیدگاه شرکت کنندگان در پژوهش دارای سه درون‌مایه اصلی شناختی، احساسی و رفتاری بوده و بر این باور بودند که در بیمارستان محل خدمت آنان عواملی وجود دارد که باعث بدینی سازمانی آنان می‌گردد.

۳-۳) تمایل به بازنشستگی پیش از موعد: از دیدگاه شرکت کنندگان در مصاحبه شرایط سخت‌کاری باعث می‌شود که هر روز به بازنشستگی فکر کنند و علت آن را بدینی نسبت به سازمان خود می‌دانند. «من خودمو واسه ۲۵ سال سابقه کار بستم. بیشتر از اون رو نمی‌تونم چون خیلی سخته آدم مگه چقدر می‌خواد کار کنه یا زنده باشه. الان خیلی از همکاری من که بازنشسته شدن فرسودگی شغلی هم پیدا کردند، اکثر بیماری‌ها رو هم دارن خب پس منم دیر یا زود بهشون دچار می‌شم، پس چرا زودتر نیام بیرون که یکم واسه خودم باشم» (پ ۲). «همیشه به آدمایی که بازنشسته شدن حسودیم می‌شه. خوش به حاشلون، کار وقتی لذت داره که دوشش داشته باشی شرایطش خوب باشه نه این که همش استرس و فشار کاری، من که به همه گفتم اگه بخشنامه‌ای، ماده‌ای، تبصره‌ای بیاد که می‌شه زودتر بازنشسته شد و من اولین نفری هستم که می‌رم از بیمارستان» (پ ۱۴). «چند وقت قبل یه برنامه در مورد بازنشسته‌ها تو تلویزیون نشون داد، نه اینایی که پیرن، اینایی که تازه بازنشسته شده بودن رو نشون می‌داد، این قدر دلم خواست جای اونا باشم چون بالاخره واسه خودشون هستن، دیگه کنار خانوادشون هستن، البته تا ما بخایم بازنشسته بشیم هم کلی مریضی داریم، هم پیر شدیم اون وقت باز خانواده باید بیان از ما پرستار کنن» (پ ۶).

۳-۴) انتقاد و عدم همراهی با تصمیمات مدیریت: از دیدگاه مشارکت کنندگان در پژوهش به علت عدم اطمینان به سیستم پرستاری، انتقاد و عدم همراهی جزء لاینفک عملکرد پرستاران است. «من همیشه از سیاست‌ها و روش مدیریت بیمارستان شکایت می‌کنم، از دیدگاه بقیه انتقاد باعث می‌شه آدم پیشرفت نکنه، ولی نگفتنش درست نیست. اینجوری فکر می‌کنن ما مثل گوسفند می‌مونیم، هر چی بگن انجام می‌دیم بدون اینکه انتقادی داشته باشیم» (پ ۹). «زمانی که به عنوان پرستار نمونه انتخاب شدم وقتی پشت تربیون رفتم همه فکر می‌کردند رفتم که تشکر کنم، ولی تا تونستم از وضعیت کاری پرستارا و عدم توجه مدیریت انتقاد کردم، آخرشم اتفاقی نیفتاد ولی من انتقادمو می‌کنم»

در بعد «شناختی»، بی‌عدالتی، عدم تکریم، عدم صداقت، جو انتقادناپذیر، پارتی‌بازی، نقض قرارداد روان‌شناختی و عدم شایستگی مسؤولان بیمارستانی به عنوان عوامل مطرح شد که شرایط ایجاد بدیبنی سازمانی را فراهم می‌کند. از دیدگاه شرکت کنندگان در مصاحبه، فقدان عدالت در چینش شب‌کاری حقوق و دستمزد، ارتقاء و... از جمله مواردی بود که بر ادراک پرستاران در خصوص عدم وجود عدالت در محل کار تأثیر می‌گذارد. یافته‌های این قسمت از پژوهش با پژوهشی که Chiaburu و همکاران در زمینه عوامل ایجاد کننده بدیبنی سازمانی انجام گرفته است، همخوانی دارد (۲۶). یکی از موضوعات مورد توجه شرکت کنندگان، بحث عدم تکریم، بی‌احترامی و تحقیر است. آن‌ها معتقد بودند به علت بی‌تفاوتی بیمارستان نسبت به پرستاران، عدم تکریم و حمایت آنان باعث رفتارهای توهین‌آمیز بیماران و همراهان آنان شده است. مطالعات Mete نیز مؤید این مطلب است که در صورت عدم وجود تکریم پرسنل و عدم حمایت از آنان زمینه بروز بدیبنی سازمانی فراهم می‌گردد (۳۹). از دیدگاه شرکت کنندگان در پژوهش، عدم صداقت مسؤولان در گفتار و کردارشان و وجود جو انتقادناپذیر در محل کار، باعث گردیده است که پرستاران همواره نسبت به صداقت گفتار و کردار آنان مشکوک باشند. نتایج Davis و Gardner نیز نشان داد که ادراک پرسنل از عدم وجود درستکاری مسؤولان و عدم مشارکت آنان در تصمیم‌گیری می‌تواند باعث بدیبنی سازمانی شود (۴۰). نکته مهم دیگر پارتی‌بازی و نقض قرارداد روان‌شناختی است؛ به طوری که از دیدگاه شرکت کنندگان در پژوهش، وجود این عوامل باعث کاهش اعتماد به محل کار و در نهایت بروز بدیبنی سازمانی گردیده است. Grama در مطالعه‌ای نتیجه گرفت که ادراک کارکنان از پارتی‌بازی و عدم وجود عدالت و از سوی دیگر، نقض انتظارات وعده داده شده به کارمند می‌تواند زمینه ابتلای وی به بدیبنی سازمانی را فراهم سازد (۴۱). یافته‌های پژوهش نشان داد که مشارکت کنندگان، مسؤولان بیمارستان را شایسته مدیریت ندانسته و این عامل خود باعث مقاومت آنان در همراهی با آنان می‌گردد که نتایج پژوهش حاضر با مطالعه Bernerth و همکاران

همخوانی دارد که بیان نمودند که میزان اعتماد کارکنان به شایستگی مدیران به خاطر سیاسی‌کاری و عملکرد ضعیف آنان کم بوده و این خود باعث افزایش بدیبنی آنان می‌گردد (۱۱). در بعد «احساسی» شرکت کنندگان به سیاست‌زدگی بیمارستان، نداشتن وجه اجتماعی، احساس بیگاری کشیدن از پرستاران به عنوان مواردی که بر بعد احساسی بدیبنی سازمانی پرستاران اثر می‌گذارد، اشاره نمودند. سیاست‌زدگی از دیدگاه مشارکت کنندگان این گونه بیان شد که عدم توجه به اسناد بالا دستی و توجه به پست‌طلبی مدیران باعث به وجود آمدن سیاست‌های غیر کارشناسی و در نهایت، کاهش عملکرد پرستاران شده است که نتایج پژوهش در این خصوص با مطالعه‌ای که در خصوص تأثیر منفی سیاسی‌بازی در محل کار بر نگرش منفی افراد انجام گرفت، همخوانی دارد (۴۲). همین طور از دیدگاه مشارکت کنندگان، عدم وجود جایگاه اجتماعی به خاطر دید منفی جامعه نسبت به حرفه پرستاری و عدم وجود تخصص در این شاخه از دیدگاه عامه مردم زمینه بروز بدیبنی سازمانی را فراهم می‌کند. در پژوهش یافت شد که یکی از عوامل مؤثر بر نگرش افراد، منزلت اجتماعی حرفه شغل آنان در جامعه است (۴۳).

پرستاران اعتقاد داشتند که به دلیل فقدان نیروی کافی در بخش‌های مختلف بیمارستان، در واقع از آنان کاری بیش از توانشان درخواست می‌کنند؛ در حالی که در قبال این همه کار از نظر حقوقی وضع مناسبی ندارند و این دیدگاه را متبادر می‌کند که از آنان بیگاری می‌شود. در بعد «رفتاری» عدم پیشنهاد حرفه پرستاری به دیگران، عدم تمایل به پیشرفت دیگران، تمایل به بازنشستگی پیش از موعد، انتقاد و عدم همراهی با تصمیمات مدیریت و مجاز دانستن استفاده شخصی از امکانات بیمارستان از جمله مواردی بود که از دیدگاه شرکت کنندگان در پژوهش بر بدیبنی سازمانی تأثیرگذار است. مسأله عدم پیشنهاد حرفه پرستاری به دیگران از نظر پرستاران به معنی وجود شرایط سخت کاری، عدم وجود عدالت، عدم وجود برنامه‌ریزی برای زندگی شخصی است. نتایج پژوهش در این خصوص با پژوهش یوسف که عدم وجود عدالت، رضایت شغلی، پارتی‌بازی و عدم وجود جو

مطالعه به بیمارستان‌های دولتی یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش بود که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی تجارب پرستاران بیمارستان‌های خصوصی نیز مورد کاوش قرار گیرد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر، مشکل بیان تجربیات واقعی مشارکت‌کنندگان در مصاحبه به خاطر ترس از عواقب آن بود که محقق با ارتباط طولانی مدت و رفتار صمیمی با آنان و بیان این مطالب که نامی از پرستاران شرکت‌کننده در مصاحبه آورده نخواهد شد، اطمینان مناسبی به آنان جهت بیان تجربیاتشان داده شد و از این طریق توانست اطلاعات غنی از تجربیات مشارکت‌کنندگان به دست آورد. همچنین، یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، کمبود کارهای پژوهشی در زمینه موضوع تحقیق در داخل کشور و مشکلات جدید بودن این تحقیق در کشور بود.

نتیجه‌گیری

بدیبنی سازمانی، به عنوان یک بدیبنی سازمانی، مفهوم جدید روابط کارکنان - مدیران و به عنوان یکی از مهم‌ترین نگرش‌های کارکنان، به تازگی مورد توجه بسیاری از محققان و مدیران قرار گرفته است. در تمام کشورها، عمده‌ترین بخش نیروی انسانی نظام بهداشتی (در برخی مراکز تا ۸۰ درصد) را پرستاران تشکیل می‌دهند. نتایج پژوهش نشان داد که بدیبنی سازمانی پرستاران، موجب می‌شود تا پرستاران تبلیغات شفاهی منفی علیه بیمارستان انجام دهند و به شهرت و اعتبار محل کار خود نزد عموم و به ویژه مراجعان ضربه وارد کنند. در نهایت، نیز بدیبنی سازمانی، پرستاران را وادار می‌سازد تا در صورت یافتن گزینه شغلی مناسب، بیمارستان را ترک نمایند و این در موارد پرستاران متخصص و ماهر، برای بیمارستان بسیار هزینه‌زا خواهد بود. همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که جلوگیری از پارتی‌بازی، وجود عدالت سازمانی، رعایت قرارداد روان‌شناختی و کاهش سیاسی‌بازی بیمارستان می‌تواند بر کاهش بدیبنی سازمانی پرستاران تأثیر گذارد. از این‌رو، تأکید بر جنبه‌های عدالت رویه‌ای، تعاملی و مراوده‌ای می‌تواند زمینه کاهش بدیبنی سازمانی پرستاران را فراهم سازد. بنابراین، لازم است که وزارت بهداشت به عنوان متولی امر

اخلاقی در محل کار را عاملی جهت عدم تمایل شاغلان به معرفی و پیشنهاد حرفه خود به جویندگان شغل می‌دانست، همخوانی دارد (۴۴). مسأله عدم تمایل به پیشرفت دیگران بدین صورت بیان شد که با توجه به این که در گذشته پرستاران معلومات خود را در اختیار همکاران خود قرار داده و پس از پیشرفت آنان باعث پس رفت خود آنان گردیده است، از این‌رو، کمتر تمایل دارند که تجربه کاری خود را در اختیار دیگران قرار دهند. یافته‌ها همچنین، نشان داد که یکی از درون‌مایه‌های فرعی بعد رفتاری تمایل به بازنشستگی پرستاران به خاطر شرایط سخت کاری و تمایل به استراحت بیشتر و در کنار خانواده بودن است. Yates و Barrett در پژوهشی دریافتند که فرسودگی شغلی، شرایط سخت کاری و نبود رضایت شغلی تمایل به بازنشستگی و ترک خدمت را فراهم می‌سازد (۴۵).

مسأله انتقاد و عدم همراهی از سوی مشارکت‌کنندگان بدین صورت بیان شد که به علت عدم شایستگی مدیران بیمارستانی و عدم توجه به انتقادهای به حق پرستاران به نوعی بی‌تفاوتی نسبت به مسایل بیمارستان در پرستاران ایجاد گردیده و از این‌رو، با تصمیمات بیمارستان همراهی نمی‌کنند. نتایج به دست آمده در این زمینه با نتایج پژوهشگران که عدم شایستگی مدیران را عامل عدم همراهی کارکنان، مقاومت آنان در قبال تصمیمات و انتقاد همیشگی کارکنان معرفی نمودند، همخوانی دارد (۴۶). در رابطه با استفاده شخصی از امکانات بیمارستان، مشارکت‌کنندگان با بیان این که جزیی از بیمارستان بوده، این حق را برای خود قایل بودند که از امکانات آنان برای مصارف شخصی استفاده نمایند. نتایج به دست آمده با پژوهش Robinson و Lawrence با بیان این که هرگاه کارکنان درک کنند که در محیط کاری بی‌عدالتی، پارتی‌بازی، عدم توجه به شایسته‌سالاری وجود دارد، تمایل به بروز رفتارهای انحرافی در محل کار افزایش می‌یابد (۴۷)، همخوانی دارد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش مشابه سایر تحقیقات کیفی، تعمیم‌پذیری یافته‌های حاصل از پژوهش است. بنابراین، حداکثر تلاش در جهت ارتقای استحکام داده‌های تحقیق انجام گرفت، محدود بودن عرصه

حاضر می‌تواند به عنوان راهنمایی برای برنامه‌ریزی آموزشی، پژوهشی و اجرایی سایر سازمان‌ها نیز مورد استفاده قرار گیرد؛ چرا که موضوع بدیبنی سازمانی از مباحثی است که اکثر سازمان‌ها با آن سر و کار داشته و تمایل دارند که ریشه‌های بدیبنی سازمانی کارکنان خود را شناسایی نموده و برنامه‌ای در جهت کاهش آن و در نهایت، بهبود عملکرد سازمان خود ارائه نمایند. از این‌رو، نتایج پژوهش حاضر به خاطر جدید بودن و استفاده از تجربیات واقعی مصاحبه‌شوندگان می‌تواند تا حد زیادی به مسؤولان و برنامه‌ریزان بیمارستانی جهت شناسایی و کاهش عوامل ایجادکننده بدیبنی سازمانی پرسنل خود کمک نموده و حتی در مباحث آموزشی خود به نتایج به دست آمده در تحقیق استناد نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از رساله دکتری تحت عنوان کشف مؤلفه‌های بدیبنی سازمانی و بررسی تأثیر آن بر مقاومت در مقابل تغییر (مورد مطالعه: پرستاران بیمارستان‌های دولتی استان خراسان شمالی) رشته مدیریت، گرایش مدیریت رفتاری، پردیس بین‌الملل دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد. در اینجا لازم است از کلیه کسانی که ما را در انجام مطالعه یاری رساندند، به خصوص پرستاران گرامی بیمارستان‌های دولتی استان خراسان شمالی قدردانی نمود.

سلامت در جامعه و بیمارستان‌ها به عنوان محل انجام وظیفه پرستاران، نیازهای این گروه از نیروهای خود را شناسایی کرده، از این طریق زمینه بروز بدیبنی سازمانی آنان را شناسایی و در جهت کاهش آن اقدامات لازم را انجام دهند. از سوی دیگر، ایجاد جو مناسب جهت ابراز انتقاد و ارزش قایل شدن برای پرستار تأثیر مهمی در کاهش بدیبنی سازمانی خواهد داشت. از این‌رو، می‌توان با توجه به جنبه‌های معنوی حرفه پرستاری و تشویق پرستاران در مراسم‌های مختلف در جهت افزایش تعهد و کاهش بدیبنی سازمانی در میان پرستاران کمک کرد. در واقع، این مطالعه نشان داد که توجه به زمینه‌های کاهش بدیبنی سازمانی می‌تواند زمینه افزایش رضایت شغلی، تعهد سازمانی، بروز رفتارهای فراتر از مشارکت در تصمیم‌گیری و همراهی با مدیریت را فراهم نماید. از این‌رو، بر اساس یافته‌های مطالعه پیشنهاد می‌شود که از حضور پرستاران در جلساتی که جهت تصمیم‌گیری برای حل مشکلات و مسایل بیمارستان تشکیل می‌گردد، به صورت مرتب استفاده گردد تا از این طریق از تجربه‌های آنان استفاده گردیده و از این منظر باعث تشویق آنان به مشارکت کردن در تصمیمات و نشان دادن اهمیت آنان برای سیستم خدمات درمانی گردد. در نهایت، این کار باعث کاهش بدیبنی سازمانی پرستاران، افزایش رضایت مراجعہ‌کنندگان و افزایش عملکرد بیمارستان خواهد گردید. از سوی دیگر، نتایج تحقیق

References

1. Kalagan G, Aksu MB. Organizational cynicism of the research assistants: A Case of Akdeniz University. *Procedia Soc Behav Sci* 2010; 2(2): 4820-5.
2. Polatcan M, Titrek O. The relationship between leadership behaviors of school principals and their organizational cynicism attitudes. *Procedia Soc Behav Sci* 2014; 141: 1291-303.
3. Albrecht S. Understanding employee cynicism toward change in healthcare contexts. *Int J Inf Syst Change Manag* 2010; 4(3): 194-209.
4. Cartwright S, Holmes N. The meaning of work: The challenge of regaining employee engagement and reducing cynicism. *Hum Resour Dev Rev* 2006; 16(2): 199-208.
5. Nafei WA. Examining the relationship between organizational cynicism and organizational change: A study from Egyptian context. *Journal of Business Administration Research* 2013; 2(2): 25-32.
6. Simons KV, Jankowski TB. Factors influencing nursing home social workers' intentions to quit employment. *Adm Soc Work* 2007; 32(1): 5-21.
7. Gkorezis P, Petridou E, Krouklidou T. The detrimental effect of Machiavellian leadership on employees' emotional exhaustion: Organizational cynicism as a mediator. *Eur J Psychol* 2015; 11(4): 619-31.
8. Kath LM. How cynicism about organizational change can influence the effectiveness of socialization training:

- Sexual harassment awareness training as exemplar [PhD Thesis]; Mansfield, Connecticut: University of Connecticut; 2005.
9. Rubin RS, Dierdorff EC, Bommer WH, Baldwin TT. Do leaders reap what they sow? Leader and employee outcomes of leader organizational cynicism about change. *Leadersh Q* 2009; 20(5): 680-8.
 10. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3(2): 77-101.
 11. Bernerth JB, Armenakis AA, Feild HS, Walker JH. Justice, cynicism, and commitment: A study of important organizational change variables. *J Appl Behav Sci* 2007; 43(3): 303-26.
 12. Konstantinos N, Christina O. Factors influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatric units: A research review. *Health Sci J* 2008; 2(4): 281-95.
 13. Lee HR. An empirical study of organizational justice as a mediator in the relationships among leader-member exchange and job satisfaction, organizational commitment, and turnover intentions in the lodging industry [PhD Thesis]. Blacksburg, VA: Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University; 2000.
 14. Byrne ZS, Hochwarter WA. Perceived organizational support and performance: Relationships across levels of organizational cynicism. *Journal of Managerial Psychology* 2008; 23(1): 54-72.
 15. Wu C, Neubert MJ, Yi X. Transformational leadership, cohesion perceptions, and employee cynicism about organizational change: The mediating role of justice perceptions. *J Appl Behav Sci* 2007; 43(3): 327-51.
 16. Reichers AE, Wanous JP, Austin JT. Understanding and managing cynicism about organizational change. *Acad Manag Exe* 1997; 11(1): 48-59.
 17. Esfandiari GR. Survey of the rate of occupational burnout between nursing staff of Sanandaj hospitals affiliated to Kurdistan University of Medical Sciences in 2001. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2001; 6(1): 31-5. [In Persian].
 18. Mirzabeigi G, Salemi S, Sanjari M, Shirazi F, Heidari S, Maleki S. Job Satisfaction among Iranian Nurses. *Hayat* 2009; 15(1): 49-59. [In Persian].
 19. Wolf ZR, Hoerst B. Professional commitment in RN-BSN and basic BSN students: Program evaluation. *Nurse Educ* 2007; 32(2): 61-5.
 20. Tummers GE, Landeweerd JA, van Merode GG. Work organization, work characteristics, and their psychological effects on nurses in the Netherlands. *Int J Stress Manag* 2002; 9(3): 183-206.
 21. Westendorf JJ. The nursing shortage: Recruitment and retention of current and future nurses. *Plast Surg Nurs* 2007; 27(2): 93-7.
 22. Abd El-Fattah Mohamed AN, Maha G, Safaa ES. Organizational cynicism and its consequences on nurses and quality of care in critical care and toxicology units. *J Educ Pract* 2016; 7(8): 85-96.
 23. Yang HH, Huang F, Lai YH, Hsieh CJ, Liao YS, Chao WC, et al. Perceived organizational culture, professional commitment, advice network and job satisfaction of novice nurses. *WSEAS Transactions on Communications* 2010; 9(9): 595-604.
 24. Nikbakht Nasrabady A, Parsa Yekta Z, Emamy A, Seyed Bager Maddah S. The nursing experience in Iran: A phenomenology. *Teb va Tazkiyeh* 2002; 11(3): 15-24. [In Persian].
 25. Nikbakht Nasrabadi A, Emami A. Perceptions of nursing practice in Iran. *Nurs Outlook* 2006; 54(6): 320-7.
 26. Chiaburu DS, Peng AC, Oh IS, Banks GC, Lomeli LC. Antecedents and consequences of employee organizational cynicism: A meta-analysis. *J Vocat Behav* 2013; 83(2): 181-97.
 27. Ma JC, Lee PH, Yang YC, Chang WY. Predicting factors related to nurses' intention to leave, job satisfaction, and perception of quality of care in acute care hospitals. *Nurs Econ* 2009; 27(3): 178-84, 202.
 28. DeCelles KA, Tesluk PE, Taxman FS. A field investigation of multilevel cynicism toward change. *Org Sci* 2018; 24(1): 154-71.
 29. Gentile MC. Combating ethical cynicism and voicing values in the workplace. *Ivey Business Journal* 2011; 75(3): 13.
 30. Speziale HS, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
 31. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 678-81.
 32. Abedi HA, Yousefi H, Ravanipour M, Karimollahi M. *Research methodology in nursing*. Tehran, Iran: Boshra Publications; 2006. p. 124-29.
 33. Gholami A, Beshlideh K. The effect of spiritual therapy on mental health of divorced women. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy* 2012; 1(3): 331-48. [In Persian].

34. Landmark BT, DrPolit AW. Living with newly diagnosed breast cancer: A qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *J Midwifery Womens Health* 2002; 40(1): 112-21.
35. Giles S. Transformations: A phenomenological investigation into the life-world of home haemodialysis. *Soc Work Health Care* 2003; 38(2): 29-50.
36. Gurm BK, Stephen J, MacKenzie G, Doll R, Barroetavena MC, Cadell S. Understanding Canadian Punjabi-speaking South Asian women's experience of breast cancer: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(2): 266-76.
37. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing*. Hoboken, NJ: Wiley; 2002. p. 86.
38. Burns N, Grove SK. *Understanding nursing research*. 3rd ed. Philadelphia, PA: W B Saunders Co; 2003. p. 50.
39. Mete YA. Relationship between organizational cynicism and ethical leadership behaviour: A study at higher education. *Procedia Soc Behav Sci* 2013; 89: 476-83.
40. Davis WD, Gardner WL. Perceptions of politics and organizational cynicism: An attributional and leader-member exchange perspective. *Leadersh Q* 2004; 15(4): 439-65.
41. Grama BS. Cynicism in organizational change. *SEA-Practical Application of Science* 2013; (2): 107-11.
42. Baghaei Sarabi A. The effect of social status on perceived job performance. *Social Science Studies* 2006; 2(8): 124-44. [In Persian].
43. Macey JR. Cynicism and trust in politics and constitutional theory. *Cornell Law Rev* 2002; 87(2): 280-307.
44. Yousef DA. Organizational commitment as a mediator of the relationship between Islamic work ethic and attitudes toward organizational change. *Human Relations* 2000; 53(4): 513-37.
45. Barrett L, Yates P. Oncology/haematology nurses: A study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. *Aust Health Rev* 2002; 25(3): 109-21.
46. Gilsing VA, Duysters GM. Understanding novelty creation in exploration networks-Structural and relational embeddedness jointly considered. *Technovation* 2008; 28(10): 693-708.
47. Lawrence TB, Robinson SL. Ain't misbehavin: Workplace deviance as organizational resistance. *J Manage* 2007; 33(3): 378-94.

Organizational Cynicism of the Nurses: A Phenomenological Study

Vahid Mirzaei¹, Fariborz Rahimnia², Saeid Mortazavi², Ali Shirazi³

Original Article

Abstract

Introduction: Organizational cynicism, as newly conceived concept of staff-manager relations, and as one of the most important attitudes of employees, has recently received considerable attention from many researchers and managers. Provided that pessimistic feelings grow among nurses with respect to the hospital they serve, their workplace suffers severe damages and hardships which lead to a substantial decline in its performances. Given the key role of nurses as valuable human resources in providing services to people, the main purpose of this study was to explore the experiences of nurses about organizational cynicism.

Method: This was a qualitative research, with phenomenological approach. The participants were selected from nurses employed in public hospitals of North Khorasan Province, Iran. Purposive sampling was used to select 19 participants. In-depth semi-structured interviews were the data collection method. In addition, data were analyzed using Colaizzi's method.

Results: The results of this study revealed 3 main themes including cognitive factors (disrespecting the nurses, injustice, hypocrisy, unexceptionable environment, nepotism, violation of the psychological contract, and incompetent authorities of the hospital), feeling factors (hospital politicization, lack of social means, and feeling an imposed forced labor on nurses), and behavior factors (not recommending the nursing profession to the others, no tendency to an early retirement, no desire to see the progress of others, criticizing and not accompanying the management decisions, and allowing to personally utilize the hospital's facilities).

Conclusion: The findings indicate that preventing the nepotism, organizational justice, respecting nurses, and reducing political games of the hospital have a significant impact on the reduction of organizational cynicism among the nurses. As a result, the emphasis on aspects of procedural, interactional, and interactive justice could reduce organizational cynicism of nurses. On the other hand, reverence and respect for nurses will have a significant effect on reduction of organizational cynicism. Therefore, having nurses incentivized in different events, it is possible to mitigate their organizational cynicism feelings.

Keywords: Nurses, Organizational culture, Qualitative research

Citation: Mirzaei V, Rahimnia F, Mortazavi S, Shirazi A. **Organizational Cynicism of the Nurses: A Phenomenological Study.** J Qual Res Health Sci 2018; 7(1): 88-102.

Received date: 03.08.2016

Accept date: 14.01.2017

1- PhD Student, Department of Management, School of Economics and Administrative Sciences, International campus, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

2- Professor, Department of Management, School of Economics and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

3- Associate Professor, Department of Management, School of Economics and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Corresponding Author: Fariborz Rahimnia, Email: r-nia@ um.ac.ir