

پدیده سلطه گری / سلطه پذیری Oppression در حرفه پرستاری و چگونگی مدیریت آن

محمدرضا دین محمدی^۱، عباس هوشمند^۲، محمدعلی چراغی^۳، حمید پیروی^۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۱۶

چکیده:

زمینه و هدف: سلطه گری / سلطه پذیری به عنوان پدیده ای شایع در میان اغلب پرستاران در مسیر حرفه ای می تواند ریشه در ساختارهای تاریخی، فرهنگی-اجتماعی، سیاسی و اقتصادی هر کشور داشته باشد. هدف این مقاله نقد و تحلیل پدیده سلطه گری / سلطه پذیری در ادبیات پرستاری و چگونگی مدیریت آن در حرفه پرستاری است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مروری، واژه های سلطه گری / سلطه پذیری، پرستار و پرستاری در بانک های اطلاعات علمی (Pub Med, CINAHL & Ovid) به شکل نظامند مورد جستجو قرار گرفت. در نهایت ۳۱ مقاله منتشر شده در دو دهه اخیر انتخاب و مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: این مطالعه ابتدا به واژه شناسی مفهوم سلطه گری / سلطه پذیری، پیشینه تاریخی، ویژگی ها و پیامدهای آن پرداخته و در ادامه به معرفی مدل ها و نظریه های موجود، راهکارهایی پیشگیری و مدیریت این پدیده در محیط های کاری پرستاران می پردازد.

نتیجه گیری: وجود ساختارهای سلسله مراتبی در محیط های بیمارستانی شرایط مساعدی را برای بروز پدیده ابرشن فراهم می کند. حضور و تداوم این پدیده و پیامدهای آن اثرات جبران ناپذیری بر حرفه پرستاری، سازمان های کاری و به ویژه بیماران و کیفیت ارائه مراقبت می گذارد. اتخاذ راهبردهای عملی و موثر در قالب اقدامات حمایتی، آگاهی بخشی، آموزشی و تدابیر مدیریتی از سوی مسئولین و سازمان های مربوطه می تواند فضای سازنده ای خلق نمایند که وحدت و انسجام حرفه ای، خودباوری و توانمند سازی پرستاران را در پی داشته باشد.

کلمات کلیدی: سلطه گری / سلطه پذیری، پرستار / پرستاری، خشونت جانی

^۱ - استادیار Ph.D، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۹۱۲۳۴۱۱۹۰۸
mdinmohammadi@yahoo.com

^۲ - مربی پرستاری MSc، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ - استادیار Ph.D، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ - دانشیار Ph.D، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

ادامه به بررسی و نقد پدیده اپرشن و آثار و پیامدهای آن در حرفه با مرور مدل‌ها و راهبردهای موجود در ادبیات در زمینه چگونگی مدیریت این پدیده پرداخته و در نهایت به معرفی راهکارهای پیشگیری و مدیریتی این پدیده در محیط‌های کاری پرستاران پرداخته شده است.

زمینه

فرهنگ مریام وبستر (۲۰۱۰) ورود واژه اپرشن به ادبیات را به دهه ۱۳۰۰ میلادی نسبت می‌دهد. این واژه از شکل لاتین میانه کلمه آپرسیون به معنای "سرکوب کردن" مشتق شده است. امروزه واژه اپرشن به دو شکل در فرهنگ لغات معنی می‌گردد، نخست به معنی "رفتار غیر منصفانه؛ نا عادلانه و ظالمانه" و بعد به معنای "احساس تحت فشار بودن، تنش روانی یا رنج و زحمت". بر این اساس، می‌توان استدلال کرد که استفاده غیر منصفانه و ناعادلانه از قدرت و اختیار، سرکوب کردن افراد یا گروه‌ها است و احساس بار و فشار روانی، سرکوب کردن روح و جان خویشتن است. در معنی اخیر، اپرشن کلمه‌ای با بار احساسی است که منجر به بروز معانی و تصورات ذهنی منفی می‌گردد (۳). نویسندگان واژه معادل سلطه‌گری/ سلطه‌پذیری را به این منظور انتخاب و در ادامه به جهت اختصار و زیبایی متن، واژه اپرشن بکار گرفته می‌شود.

اپرشن مجموعه‌ای از قید و بندها و محدودیت‌های مرتبط به هم است که با کم‌بینی، محدود کردن، و شکل دادن مردم، شرایط فرمانبرداری و اطاعت از دیگران را فراهم می‌نماید. اپرشن به عنوان تجربه‌ای که از الگوهای غالب عقاید یا ساختارها منشاء گرفته است با تمیز قائل شدن، هنجار نمایی و تداوم بخشیدن به مناسبات نابرابر و جزئیات نقش در درون نظام اجتماعی شکل می‌گیرد (۲، ۴، ۵). پدیده اپرشن محصول هنجارهای اجتماعی، قوانین و مفروضات پذیرفته شده است و برای تداوم آن، باید عدم تعادلی در قدرت نهادینه شده وجود داشته باشد. همچنین، برای تحت سلطه بودن نیز پیکربندی پیچیده‌ای از قدرت بین دو گروه سلطه‌گر و تحت سلطه لازم است. گروه تحت سلطه کسانی هستند که در ویژگی‌هایی چون جایگاه اجتماعی پایین، فقدان قدرت، استقلال پایین، محدودیت جنب و جوش، دسترسی محدود به منابع و دیگر محرومیت‌ها با یکدیگر مشترک می‌باشند (۲، ۶).

در مرور ادبیات علوم و دیسیپلین‌های مختلف تصویری از ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدهای اپرشن ظاهر می‌گردد. رفتار ناعادلانه، تنزل شأن انسانی و نادیده گرفتن حقوق انسانها از ویژگی‌های اپرشن هستند. رفتار ناعادلانه همواره برای افراد و گروه‌ها تجربه‌ای ناخوشایند محسوب می‌گردد. برای بروز این پدیده دو چیز لازم است: مجموعه‌ای از هنجارها که از سوی گروه غالب

ارائه مطلوب مراقبت سلامتی همواره در گرو کیفیت اتمسفر حاکم بر محیط کار پرستاری است و از سوی دیگر به توانمندی پرستاران برای ارائه مراقبت با استاندارد بالا در این محیط نیز وابسته است. احساس توانمندی فردی و انسجام پرستاران در ارائه مراقبت سلامتی و تداوم احساس سرزنده بودن و نشاط آنها در محیط‌های کاری، موضوعی حیاتی می‌باشد (۱). سلطه‌گری/ سلطه‌پذیری یا اپرشن Oppression، پدیده‌ای است که افراد و گروه‌ها را در سراسر دنیا تحت تاثیر قرار می‌دهد و پرستاری نیز به جهت ماهیت خاص حرفه، از اثرات آن بی‌نصیب نبوده است (۲). ادبیات پرستاری حاوی شواهد متعددی از وجود اپرشن و تبعات آن در حرفه پرستاری است. پدیده اپرشن طیف وسیعی از رده‌های مختلف پرستاری را با درجات متنوعی تحت تاثیر قرار می‌دهد و منجر به بروز پیامدهای فکری و رفتاری در آنها می‌گردد. این مطالعه قصد دارد با مرور ادبیات پرستاری در دو دهه اخیر، پدیده اپرشن و ماهیت آن را مورد بررسی قرار دهد و علاوه بر توصیف دیدگاه‌های علوم مختلف در زمینه پدیده اپرشن، انواع و ویژگی‌های پدیده و آثار و پیامدهای آن را نیز در حرفه پرستاری روشن نماید. در نهایت سعی می‌شود با معرفی نظریه‌ها و مدل‌های مربوطه، راهکارهای عملی برای پیشگیری یا اداره درست این پدیده در حرفه پرستاری ارائه شود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مروری، واژه‌های سلطه‌گری/ سلطه‌پذیری، پرستار و پرستاری در بانک‌های اطلاعات علمی (Pub Med, CINAHL & Ovid) به شکل جداگانه و سپس به صورت ترکیبی مورد جستجو قرار گرفت. در ادامه، برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر، معیارهای ورود متون به مطالعه تعیین گردید. معیارهای اصلی جهت ورود به بررسی نهایی، مقالاتی به زبان انگلیسی بودند که در دو دهه اخیر در حوزه ادبیات پرستاری و علوم سلامتی منتشر شده بودند. نتیجه اولیه جستجو حدود ۱۲۷ مقاله بود که با رعایت معیارهای ورود و حذف موارد تکراری به ۷۴ مورد تنزل پیدا کرد. در مرحله نهایی، ۳۱ مقاله که واژه‌های اصلی مطالعه در عنوان یا چکیده آنها وجود داشت و به صورت تمام متن قابل دسترسی بود، انتخاب و مورد بررسی و نقد قرار گرفت.

یافته‌ها

این مطالعه ابتدا ضمن تبیین زمینه تاریخی پدیده، به توصیف و واژه‌شناسی مفهوم سلطه‌گری/ سلطه‌پذیری در ادبیات پرستاری و علوم سلامتی پرداخته و سپس دیدگاه‌های علوم مختلف را در این زمینه تشریح نموده است. مطالعه در

اجتماعی با ایجاد معیارهای انحصاری با عث می شوند افراد بیرون از این هنجارها به عنوان مادون و تحت سلطه دیده شوند. وی ابرشن را محرومیت دیگران از حقوق مسلم خود توصیف نمود که با تظاهراتی چون احساس ناامنی، شرم زدگی، تردید نسبت به خود یا خود-تشکیکی و اضطراب همراه است. این وضعیت به نوبه خود منجر به استثمار Exploitation، خشونت افقی Horizontal violence و انزواطلبی بیشتر می‌گردد. وی همچنین معتقد است این شرایط تنها به درونی شدن ابرشن خلاصه نمی‌گردد، بلکه مقاومت گروهی (در مقابل مقاومت فردی) را به دنبال دارد که با کنش اجتماعی، همبستگی و انسجام افراد تحت سلطه علیه گروه سلطه‌گر همراه است.

در ادبیات فلسفی نیز مضمون بی‌عدالتی در حوزه بحث ابرشن مطرح می‌باشد. کاد Cudd (۲۰۰۵) در تحلیل خود از ابرشن، آشکارا بیان می‌کند ابرشن بی‌عدالتی است و آسیب و ضرر به همراه دارد. وی ابرشن را رفتار نظام مند ناعادلانه و غیرمنصفانه با دیگران توصیف می‌نماید که حاصل کارکرد و هنجارهای اجتماعی است. کاد، بی‌عدالتی را عامل تنزل شأن انسانی و رفتار نابرابر با دیگران می‌داند. کاد اضافه می‌کند که تعلق به گروه و بهره‌مندی از امتیازات عضویت در آن، ملاک سلطه‌گر بودن نیست، بلکه داشتن قصد و اراده سلطه‌گری برای این منظور لازم است. زاتلویکس Zutlevics (۲۰۰۲) در تایید نظر کاد می‌گوید ابرشن پدیده‌ای ناعادلانه است. وی تصریح می‌کند اگرچه ابرشن همیشه ناعادلانه است ولی بی‌عدالتی لزوماً ابرشن نیست. بی‌عدالتی زمانی ابرشن محسوب می‌گردد که حق افراد در انتخاب و برنامه‌ریزی زندگی کاری خود نادیده گرفته شود و این افراد به طور آشکار یا پنهان خود را تحت کنترل و نفوذ نگرش‌ها و باورهای دیگران (گروه سلطه‌گر) ببینند.

هالکو Hulko (۲۰۰۹) با دیدگاه فمینیستی معتقد است که ابرشن جدا سازی افراد بر اساس طبقه هویت اجتماعی آنها است. منظور از طبقه هویت اجتماعی یا جایگاه اجتماعی همان قومیت، نژاد، طبقه اجتماعی، جنس و سن می‌باشند. قابل توجه این‌که، هالکو بر این استدلال است که تجربه فرد از جایگاه اجتماعی (تجارب ممتاز بودن یا تحت سلطه بودن) امری سیال است که به بافت فرهنگی-اجتماعی آنها بستگی دارد. وی اضافه می‌کند که افراد به سادگی برچسب ممتاز بودن یا تحت سلطه بودن نمی‌گیرند، بلکه آنها (مثلاً زنان) ممکن است هم‌زمان در دو گروه قرار گیرند، یعنی از یک منظر فرد ممتاز و برخوردار و از منظر دیگر تحت سلطه باشند. وی این حالت را "میان‌بخشی Intersectionality" می‌نامد. هالکو به عنوان نمونه توضیح می‌دهد که چطور زنان به جهت جنسیت ممکن است به حاشیه زده شوند، در حالی که زنان غیر همجنس‌خواه، متاهل و سفید پوست می‌توانند در یک جامعه

تعیین می‌گردد و باور این گروه غالب مبنی بر این که افراد خارج از این گروه را مجموعه‌ای مادون یا دست‌پایین می‌پندارد. در اصل، این موارد، پیش‌درآمدهای پدیده به شمار می‌آیند. نتایج و پیامدهای ابرشن نیز شامل تخریب، آزادی محدود شده، ناتوانی در شناسایی و درک توانمندی‌های فردی و رفتارهای گروهی مانند خشونت جانبی Lateral violence می‌باشد (۳).

ابرنشن از دیدگاه علوم مختلف

برای فهم دقیق مفهوم ابرشن و درک بیشتر ماهیت آن لازم است دیدگاه‌های علوم مختلف را در مورد این مفهوم بررسی نماییم. فریر Freier (۱۹۷۰) از صاحب‌نظران و نظریه‌پردازان حوزه آموزش که کارهای وی از منابع غنی در زمینه ابرشن به شمار می‌آید، ادعا می‌کند که ابرشن با تنزل شأن انسانی، افراد تحت سلطه را از آزادی و استقلال بیمناک می‌کند. برای تحقق این پدیده به گروه غالبی نیاز است که افراد خارج از گروه را مادون تلقی نمایند. از نقطه نظر جامعه‌شناسی، دوچ Deutsch (۲۰۰۶) این دو گروه (غالب و مادون) را با برچسب‌های برخوردار و غیر برخوردار معرفی و اظهار می‌کند گروه برخوردار از مزایای جایگاه خود بهره‌مند و مایل به تداوم وضع موجود می‌باشند. محل اختلاف فریر و دوچ در پیامدهای پدیده ابرشن می‌باشد. دوچ استدلال می‌کند که خصومت و تمسخر و استهزاء پیامدی است که گروه غیر برخوردار در پاسخ به رفتار غیر محترمانه گروه برخوردار از خود بروز می‌دهند. در رابطه با ادعای فریر که افراد تحت سلطه از آزادی بیمناک هستند، دوچ اظهار می‌کند که ترس این افراد نه تنها ناشناخته است، بلکه عقوبت و تنبیه گروه سلطه‌گر، آنها را برای خاتمه دادن به وضع موجود به تلاش و ابرشن را بی‌عدالتی نظام مند، گسترده و تکرار شونده تعریف می‌نماید.

مفهوم "تنزل شأن انسانی" به عنوان ویژگی ابرشن در ادبیات روانشناسی نیز خودنمایی می‌کند. دونالد و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی تنوع فرهنگی-اجتماعی، بیان کردند که افراد معلول در هنجارهای فرهنگی به عنوان انسان ناکامل و نابالغ تلقی می‌شوند و از توجه، احترام و شمولیت کمتری نیز برخوردار هستند. پیامد این درک و دریافت‌های منفی، شرم زدگی، افکار و عقاید منفی و خروج از فرهنگ غالب می‌باشد. در حالی که دوچ به خصومت و تمسخر افراد تحت سلطه علیه گروه سلطه‌گر به عنوان پیامد ابرشن اشاره دارد؛ دونالد و همکارانش مقاومت فردی را به عنوان پیامد ابرشن معرفی می‌کنند. این وضعیت با بی‌توجهی به انگاره‌ها و مفروضات مربوط به هنجارهای فرهنگ غالب و جایگزین و درونی شدن پیام‌های منفی به منظور رد تصورات قالبی و کلیشه‌ای حاکم تظاهر می‌نماید.

در راستای دیدگاه‌های روانشناسی، پرللتنسکای Prilleltensky (۲۰۰۳) از این اندیشه حمایت کرد که هنجارهای

خطای اخلاقی و در واقع، نوعی سلطه گری است. همه اعضای گروه تحت سلطه به خاطر وابستگی های گروهی شان از احتمال فرارگیری در آماج خشونت آگاه می باشند. زندگی در سایه ترس از حمله و تعدی گروه سلطه گر، آنها را از آزادی و وقار محروم می سازد (۲، ۳).

نورث وی Northway (۱۹۹۷) شکل ششم اپرشن را تبعیض معرفی می کند. تبعیض به رفتار متفاوت که منجر به محرومیت و عدم بهره مندی فرد یا گروه می گردد، اطلاق می گردد (۴).

اپرشن و پرستاری به عنوان گروه تحت اپرشن

پیشینه پدیده اپرشن در پرستاری ریشه های تاریخی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی دارد. به اعتقاد رابرتز Roberts (۱۹۸۳ و ۲۰۰۰)، با تبدیل بیمارستان ها به مرکز اصلی مراقبت، بر اساس سلسله مراتب Hierarchy، پزشکان در راس و پرستاران در سطوح مادون قرار گرفتند و این مسئله آغاز از دست رفتن قدرت و کنترل پرستاران در محیط های کاری بود. در حالی که از دست رفتن کنترل و استقلال پرستاران به نفع پزشکان و بیمارستان ها بود، بعدها مشکلاتی برای پرستاران ایجاد نمود (۷). پزشکان در دهه های ۱۹۰۰ به بعد برنامه های پرستاری را به منظور ارائه خدمت به آنها در امر معالجه بیماران پایه گذاری نمودند و نتیجه آن، فراهم آمدن زمینه ی مناسبات و ارتباطات سلطه گرانه بین دوحرفه بود. علاوه بر این، تمایل پرستاران برای پذیرش مدل مراقبتی پزشکی محور که اغلب بر وظایف و تکنیک آنها تاکید داشت تا بر امر مراقبت و مراقبه Caring، خود پیامد آشکار این الگوی رفتاری سلطه گرانه می باشد (۷-۱۰). از نقطه نظر تاریخی نیز پرستاری حرفه ای زنانه بوده است و زنان در جایگاه پائین تری نسبت به مردان (پزشکان) قرار داشته اند. نقش سنتی پرستاری در این زمان حمایت از پزشکان بوده است که ارتباط نزدیکی با نقش و تجارب خاص آنها در حمایت از مردان در زندگی روزمره شان دارد (۲، ۸، ۹). از آنجائی که آنها، هم به عنوان پرستار و هم به عنوان زن، در این حرفه، اجتماعی می شوند، تحت سلطه مضاعف بوده و از دیگر گروه های تحت سلطه، شناخته شده تر هستند. رهبران پرستاری اغلب قادر به تغییر توازن قدرت نمی باشند که شاید یکی از مهمترین دلایل آن، به حاشیه رفتن آنها متعاقب انتخاب گزینشی آنها از طرف پزشکان و مدیران صاحب قدرت در موسسه است که مجبورند خواست ها و انتظارات آنها را به پرستاری ترجیح دهند (۷).

اسکیلینگ Skillings (۱۹۹۲) اپرشن را پدیده ای چند بعدی و زاده اجتماع معرفی می کند و در ارتباط با یافته های مطالعه خود می نویسد که افراد، تحت سلطه بودن خود را نتیجه کنش و واکنش توأم محیط سازمانی بیمارستان و ارتباط بین حرفه پرستاری و پزشکی می دانند. محیط سازمانی متشکل از

از امتیازی برخوردار شوند که زنان فاقد این خصوصیات از آن محروم هستند. هالکو در نگاه به ادبیات فمینیستی می نویسد افراد اغلب تمایل دارند تحت سلطه بودن خود را بزرگنمایی کنند، در حالی که جنبه های برخورداری و امتیازات خود را نمی شناسند. دلیل این امر شاید این است که به اعتقاد این افراد شناخت و تصدیق امتیازات و برخورداری خویش سخت تر از شناخت محرومیت ها و تحت سلطه بودن است (۳).

نمودها و تظاهرات اپرشن

دانگ Dong (۲۰۱۱) و لی Lee (۲۰۰۱) با استناد به یانگ Young (۲۰۰۰ و ۱۹۹۰) از منظر عدالت اجتماعی می نویسند اپرشن در گروه تحت سلطه به پنج شکل ظاهر می شود و حضور تنها یکی از این اشکال برای شروع پدیده کافی به نظر می رسد:

۱. استثمار، که به سوء استفاده از فرد به نفع گروه سلطه گر اطلاق می شود، با این فرض که افراد خارج از گروه برخوردار باید در خدمت این گروه قرار گیرند. استثمار افراد منجر به بروز احساس بی قدرتی و درماندگی می گردد و نتیجه این احساسات، دلسردی یا بی تفاوتی، عملکرد ضعیف و احساس تبعیض خواهد بود.
۲. به حاشیه رانده شدن Marginalization، که به اخراج و طرد افراد از گروه های اجتماعی بزرگ اطلاق می شود، فرایندی است که طی آن، فرد یا گروهی را از انجام نقش های اجتماعی معمول آن جامعه محروم می نمایند.
۳. بی قدرتی حالتی است که فرد یا گروه اجتماعی بر جنبه های زندگی کاری خود کنترل و اختیار کمتری دارد و به کرات منجر به دلسردی می گردد. در این شرایط، فرد برای تصمیم گیری مستقل کاری ناتوان است و از پیشرفت فردی بازداشته می شود. این افراد چون خارج از کلاس و طبقه حرفه ای دیده می شوند مورد بی احترامی گروه سلطه گر قرار می گیرند.
۴. استعمار فرهنگی Cultural Imperialism یک نوع ایدئولوژی است که اعتقاد دارد گروه غالب، مجموعه ای به هنجار و افراد خارج از این گروه، دسته ای مادون و ناهنجار هستند. از این رو پذیرش و قبول این فرهنگ به عنوان هنجار مسلم تلقی می گردد. گروه دیگر یا گروه مادون در جامعه دیده نمی شوند و ارزش و منزلت آنها از سمت گروه غالب پایمال می گردد. تقریباً همه گروه های تحت سلطه از امپراتوری فرهنگی گروه سلطه گر رنج می برند.
۵. خشونت حالتی است که فرد یا گروهی تهدید های باقوه و بالفعل جسمی، روانی یا روحی را تجربه می کنند. بدبهبی است که خشونت شکلی از رفتارهای تبعیض آمیز است؛ به ویژه اگر به آسیب و صدمه جسمی و روانی قربانی نیز منجر گردد. یانگ استدلال می کند که این خشونت بیشتر از یک

که از سوی گروه سلطه گر تعیین و تعریف شده است، مستحق سلطه پذیری می باشد (۲).

در بعضی از مطالعات، خودباختگی با همانند سازی معادل محسوب و عنوان شده است در این شرایط فرد سعی دارد خود را شبیه عضو گروه غالب کند و همانند او رفتار نماید. این حالت نوعی نادیده گرفتن و انکار خود تلقی می شود و با تنفر درونی شده از خود و گروه تظاهر می نماید. این افراد معمولاً به خاطر انکار ویژگی های ذاتی خود و پذیرفتن ویژگی های گروه سلطه گر از گروه جدا می شوند و به حاشیه می روند. قرارگیری در حاشیه به جهت بی ارزش دانستن و نپذیرفتن ویژگی های خویش، اعتماد به نفس پایین و خود بیزاری را به دنبال خواهد داشت. فرد تحت سلطه با مخفی کردن هویت خود و همزمان احساس شرمندگی از خود سعی می کند این همانندسازی اتفاق افتد. احساس خودبیزاری و پرخاشگری های بی نتیجه علیه گروه سلطه گر، منجر به تناقض و کشمکش در درون گروه می گردد (۱، ۲، ۱۱).

شرم و خجالت، احساساتی است که در گفتمان با دیگران نمایان می شود و به فرهنگ سکوت منتهی می گردد. اعضای گروه تحت سلطه زمانی که فرصت و دلیلی برای بیان نگرانی های خود پیدا می کنند، اغلب سکوت اختیار می کنند. این حالت ناشی از شرم و خجالت حاصل از سلطه پذیری آنها است (۲). پرستاران به طور سنتی یاد گرفته اند که "پرستار خوب بودن" به معنی عدم مبارزه با نظام حاکم است و از این رو به منظور پرهیز از تعارض، سکوت اختیار می کنند (۳، ۷). رفتارهایی چون دم فرو بستن و سکوت اختیار کردن و خشونت جانبی جنبه هایی از رفتارهای گروه تحت سلطه می باشند که به وفور در ادبیات پرستاری توصیف شده اند (۳، ۷، ۱۶، ۱۹-۲۱).

مفهوم خشونت جانبی یا خشونت افقی در محیط حرفه ای پرستاری که در مطالعات اخیر تحت عناوین قلندری کردن Bullying و پرخاشگری نیز نام برده می شود، موضوع بحث دو دهه اخیر ادبیات پرستاری می باشد (۲۰). مفهوم خشونت افقی در نتیجه کار پائولو فریر در زمینه ابرشن پدید آمده است. طبق تعریف فریر (۱۹۷۰) در خشونت افقی افراد تحت سلطه که با احساس بی قدرتی کنار آمده اند، عواطف و واکنش های منفی و پرخاشگری را به جای گروه غالب اجتماعی، متوجه همدیگر می نمایند. خشونت افقی شامل انواع تعارضات غیر جسمی بین گروهی است که به طور آشکار و پنهان در قالب رفتارهای خصومت آمیز ظاهر می شود (۲۲). در خشونت افقی پرستاران ناراضی خودشان را به سمت خود، همدیگر یا افراد ضعیف تر از خود معطوف می سازند. البته خشونت افقی اشکال جسمی نیز دارد که در پرستاری کمتر مشاهده می شود و نوع کلامی آن بسیار شایع تر است (۷، ۲۰، ۲۳، ۲۴). اگرچه هیچ یک از اعضای حرفه پرستاری حتی پرستاران با تجربه از تبعات

مناسبات نابرابر جنسیتی (مرد در مقابل زن)، طبقه ای (پزشک در برابر پرستار)، و قدرت موسسه می باشد. این عوامل همراه با فرهنگ غالب پزشکی، شرایط سلطه پذیری را برای پرستاران فراهم می نماید (۱۱، ۱۲). وجود ساختار سازمانی پزشکی سالاری Medical hierarchy در اغلب نظام های مراقبت سلامتی، توانمندی پرستاران را در انجام امور حرفه ای تحت تاثیر خود قرار داده و به طور روز افزون سایه های سلطه گرایانه خود را گسترش داده است. مطالعات متعددی این پدیده را از زوایای مختلف مورد بررسی و تحلیل قرار داده اند (۱-۳، ۷-۹، ۱۱-۱۶). پدیده ابرشن در پرستاری اساس و زمینه های اقتصادی نیز دارد. پرستاران از این جهت که درآمد و دریافت های ناکافی و ناعادلانه ای دارند، مورد سلطه و ظلم واقع شده اند. در بسیاری از نقاط دنیا، پرستاران با وجود گذراندن تحصیلات عالی دانشگاهی (اساتید، مدیران و متخصصین پرستاری) و کسب شایستگی های بیشتر، دریافت های کمتری در مقایسه با پزشکان همپای خود دارند (۲، ۱۷).

رابرتز (۱۹۸۳) ادعا می کند پدیده ابرشن در پرستاری با سه مکانیسم زیر تقویت می شود و تداوم پیدا می کند: (۱) تداوم آموزش پرستاری تحت مدل پزشکی، (۲) تشویق و دادن پاداش به پرستارانی که رفتارهای مورد انتظار و دلخواه پزشکان و مدیران بیمارستان را نشان می دهند، و (۳) دلجویی و تسکین های نمادین از افراد تحت سلطه در زمان های اعتراض و شورش آنها. این عوامل از شتاب حرکت حرفه می کاهد و آن را در بی قدرتی بیشتر فرو می برد (۱، ۱۱). رابرتز همچنین برای اولین بار "رفتارهای گروه تحت سلطه" را که پیامد پدیده ابرشن در پرستاری است، مورد تحلیل قرار داد. این موضوع اکنون بیش از دو دهه است که در ادبیات آموزش، خدمات و مدیریت پرستاری مطرح می شود و عمومیت آن افزایش می یابد (۱، ۲، ۷، ۱۱، ۱۸).

زندگی در شرایط تحت سلطه، آن دسته از روش های تفکر و الگو های رفتاری را خلق می کند که شرایط تحت سلطه بودن را تقویت و حفظ می نماید. این الگوهای رفتاری و تغییرات شیوه تفکر محصول آسیب به شان و احترام افراد تحت سلطه است و پیامدهایی چون خودباختگی، شرمساری و خجالت و خشونت جانبی را به دنبال دارد. این رفتارها در نتیجه هوشیاری کاذب و ابرشن درونی شده می باشد. هوشیاری کاذب ویژگی افراد و گروه های تحت سلطه می باشد. این افراد باور دارند که رفتارهای گروه سلطه گر در جهت علایق و خواست های آنها است. در واقع هوشیاری کاذب حاصل فرایندی پیچیده است که ماهیت و خصوصیات سلطه گرایانه فرهنگ یا موسسه را از دید گروه تحت سلطه مخفی می سازد. ابرشن درونی شده نیز فرایند تحولی است که افراد تحت سلطه به حاشیه رانده شدن خود را پذیرفته و باور کرده اند که گروه آنها به سبب برخی کاستی و کمبودها

فرایند مقابله با پدیده اپرشن و پیامد های آن برای هر حرفه، چالشی بزرگ محسوب می گردد. اگرچه به نظر می رسد وضعیت سلطه گرایانه کاملا در حرفه پرستاری نهادینه شده است؛ راهکارهایی وجود دارد که پرستاران برای دستیابی به کنترل روی زندگی حرفه ای شان اتخاذ نمایند. در ادامه به معرفی برخی نظریه ها، مدل ها و راهکارهای مناسب برای غلبه بر وضعیت موجود و توانمند سازی اعضای پرستاری اشاره می گردد.

مدل ها و راهکارهای مقابله با اپرشن

پرستاران با به کارگیری مفهومی هوشیاری انتقادی Conscientization فریر (۱۹۶۸) و مدل های مرتبط با آن قادر هستند برنامه ای عملی برای ارتقاء توانمندی و تغییر در وضعیت موجود طراحی نمایند (۲). کایزر Kaiser (۱۹۹۰) سه مدل برای کاهش اثرات پدیده اپرشن معرفی می نماید: ایجاد وحدت و انسجام حرفه ای، یادگیری زدایی، و هم افزایی فرهنگی. این مدل ها دارای چارچوب مفهومی مرتبط با هم هستند و ترکیب عناصر آنها در کنار هم راهکارهایی را برای غلبه بر اپرشن فراهم می نماید (۲).

در مدل ایجاد وحدت و پیوستگی تاکید بر گفتمان بین دو گروه سلطه گر و تحت سلطه می باشد. از این طریق رفتارهای گروه تحت سلطه (خودباختگی، شرمساری و خشونت افقی) و تفکرات (هوشیاری کاذب و اپرشن درونی شده) به چالش کشیده می شوند و از طریق گفتمان صحیح بین دو گروه تغییر پیدا می کنند. هدف از این مدل، تسهیل گفتمان صحیح و قابل اعتماد از طریق برگزاری جلسات می باشد. تمرکز این جلسات بر دیده شدن Visibility (کاهش رفتارهای خودباختگی)، سربلندی و احساس افتخار Pride (کاهش شرمساری و خجالت)، انسجام Solidarity (توسعه وحدت و تعهد برای درک و خاتمه اپرشن)، و ایجاد همبستگی است. طبق این مدل، وحدت زمانی حاصل می شود که افراد دیده شوند، افتخار کسب نمایند و متحد و یکپارچه شوند (۲، ۱۴).

یادگیری زدایی بر اساس نظریه رفتار انسانی و اپرشن بنا شده است که عنوان می کند فرد می تواند از هوشیاری کاذب، اپرشن درونی شده، تعصب، و اطلاعات نادرستی که از طریق فرایند اجتماعی شدن کسب کرده است، یادگیری زدایی شود. فراهم نمودن جوی عاری از احساس گناه برای تسهیل یادگیری مجدد بسیار اهمیت دارد. طبق این مدل، هم افراد گروه تحت سلطه و هم گروه سلطه گر هر دو در جریان اجتماعی شدن، دچار بدفهمی هایی شده اند. در این شرایط افراد یاد گرفته اند که چگونه تحت سلطه دیگران قرار گرفته یا دیگران را به سلطه خود درآورند. بنابراین، با یادگیری زدایی از مهارت ها و اطلاعات نادرست حاصل از اپرشن می توان با خود پدیده اپرشن مقابله نمود (۲).

خشونت افقی بی نصیب نمی باشند، در این میان پرستاران کم تجربه، جوان و دانشجویان پرستاری معمولا قربانی اصلی و آماج این رفتارهای ویرانگر می باشند (۴، ۱۴، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۵). دایسکی Diaski (۲۰۰۴) در نتایج مطالعه خود می نویسد وقتی پرستاران نگرانی های خود را در مورد فقدان احترام از سوی دیگران بیان می کردند، روابط درون حرفه ای آنها نیز خیلی خوب به نظر نمی رسید. اغلب در جریان مصاحبه ها عبارت " پرستاران اعضای جوان خود را می خورند" را به کار می بردند. منظور از کلمه جوان، همان دانشجویان پرستاری یا پرستاران تازه وارد می باشند. این وضعیت در نتیجه فقدان حمایت مدیران پرستاری از کارکنان ناشی می گردد. داچر Duchscher و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود بر روی پرستاران تازه کار می نویسند: وجود روابط سلسله مراتبی بین پرستاران و پزشکان شرایطی را فراهم می کند که پزشکان با آنها رفتار غیر محترمانه داشته باشند، آنها را مورد سرزنش قرار دهند و حتی بر سر آنها فریاد بکشند. این پرستاران اغلب در معرض سوء استفاده کلامی پرستاران با سابقه، پزشکان، رزیدنت ها و دیگر اعضای تیم سلامتی قرار دارند. جالب توجه است که مدیران و پرستاران با سابقه، تمایلی به گزارش این مسائل و چالش ها نشان نمی دهند. تجربه چنین شرایطی از سوی پرستاران جوان منجر به سرخوردگی، تنفر و رنجش و تنش روانی می گردد (۴، ۱۶). میزان خشونت افقی در محیط کار پرستاری ۴۶ تا ۱۰۰ درصد برآورد می گردد و همکاران به عنوان شایع ترین منبع موجد خشونت افقی گزارش شده اند (۱۳، ۲۲، ۲۶).

خشونت افقی در قالب انواع رفتارهای آزار دهنده روحی، روانی و عاطفی از قبیل ترساندن، بی علاقه کردن، دلسرد کردن، تهدید کردن، هتاک، بدگویی، سخن چینی، بد دهنی، تحقیر کردن، عیب جویی، بی ادبی، غیبت، طعنه زدن، شایعه پراکنی و ممانعت از دسترسی به فرصت ها تظاهر می نماید (۱۸، ۲۲، ۲۷، ۲۸).

بدیهی است حضور و تداوم چنین رفتارهای ویرانگری در محیط های کاری، آثار زیان بار جسمی و روانی برای پرستاران و سازمان آنها به همراه خواهد داشت. سازمان ها از این جهت که پرسنل شوق و حرارت در انجام وظایف خود ندارند، متضرر می شوند و جابجایی پرسنل و غیبت از کار و ترک شغل افزایش می یابد. در این سازمان ها، علاوه بر اینکه ناراضیاتی بیماران و خانواده آنها افزایش می یابد، پرستاران نیز با ناخوشی هایی از قبیل افسردگی، اضطراب حاد و سندروم های استرس پس از حادثه و حتی افکار خودکشی روبرو خواهند شد. اختلالات خواب، خستگی مزمن، سردرد و کمردرد، پرفشاری خون، تپش قلب، افزایش یا کاهش وزن و سندروم روده تحریک پذیر از آثار جسمی این رفتارها خواهد بود (۱۵، ۱۸، ۲۷، ۲۹).

- تدوین برنامه‌های رسانه‌ای برای آموزش عمومی در خصوص حرفه پرستاری از طریق نمایش تصاویر ذهنی منفی و کلیشه‌ای، آشکار کردن ریشه این مسائل و تاکید بر نقش منحصر به فرد پرستاران در نظام مراقبت سلامتی (۲)
- یکی از مهمترین و شایع ترین پیامدهای پدیده پرشن در پرستاری خشونت افقی یا خشونت جانبی می‌باشد. در متون، اقدامات متنوعی بر حسب مورد برای پیشگیری یا مقابله با خشونت جانبی در محیط‌های کاری پرستاران پیشنهاد شده اند که مهمترین آنها به شرح زیر هستند:
- افزایش آگاهی در مورد مشکل و نامیدن آن به عنوان - خشونت جانبی - اولین قدم اساسی است. وقتی پرستاران رفتارهای خشونت جانبی را شناسایی نمایند، افراد خطاکار فرصت ادامه این رفتارها را نخواهند داشت.
- در حوزه مدیریت نیز باید از سیاست عدم تحمل Zero tolerance علیه خشونت جانبی استفاده شود و به خشونت جانبی اجازه داده نشود تا به عنوان هنجار رفتاری تبدیل شود.
- مدیران پرستاری باید مهارت‌های مدیریت خشونت جانبی در بین پرستاران را آموزش دهند و همچنین در اجرای کامل سیاست عدم تحمل مورد حمایت قرار گیرند.
- از کارهای پیشگیرانه موثر، تدوین و اجرای استانداردهای رفتار حرفه‌ای می‌باشد (داشتن دستورالعمل‌های استاندارد حرفه‌ای و منشور اخلاق پرستاری و ...).
- اساتید، پرستارها و دیگر مربیان پرستاری باید دانشجویان و پرستاران تازه کار را در مورد خشونت جانبی آموزش دهند و فنون رفتاری ویژه‌ای را برای مواجهه با آن آموزش دهند.
- از دیگر اقدامات موثر در فرایند مبارزه با پدیده خشونت جانبی ارتقاء عملکردهای پرستاران و دادن فرصت به آنها در تصمیم گیری‌ها است. این اقدامات آنها را توانمند و نقش منحصر به فرد آنها را در سرنوشت بیماران پررنگ می کند و به آنها در ارج گذاری خود و کارشان کمک می‌نماید (۷، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۶).

بحث و نتیجه گیری

پرشن پدیده‌ای است که از طرف اغلب پرستاران در سراسر دنیا تجربه و گزارش شده است. این پدیده با تعیین یک سری از هنجارها از طرف گروه غالب و باوری که افراد خارج از این گروه مادون هستند، شکل می‌گیرد. ویژگی‌های اصلی پدیده پرشن، رفتار ناعادلانه، نادیده گرفتن حقوق افراد و تنزل شأن انسانی آنها می‌باشد. وجود ساختارهای سلسله مراتبی در محیط‌های بیمارستانی شرایط مساعدی را برای بروز این پدیده

در مدل هم افزایی فرهنگی، کایزر گفتمان گروهی را برای خلق سازمان‌های هم افزا پیشنهاد می‌کند. سازمان‌های هم افزا معتقدند تنوع فرهنگی جنبه‌های مثبت و منفی دارند. گفتمان از طریق برجسته کردن تنوع فرهنگی، بهبود هوشیاری انتقادی و تسهیل مهارت حل مسئله خلاقانه توسعه می‌یابد. گام‌های فرایند توسعه گفتمان عبارت از انتخاب افراد از هر دو گروه فرهنگی، بحث در مورد درک آنها از اهداف گفتمان، تعیین مشابهنها و تفاوت‌های موجود در برداشت‌های آنها، طوفان مغزی برای حل مسائل مشکل و آموزش دیگران به بحث و گفتگو در مورد تفاوت‌هایشان هستند (۲).

فریبر (۱۹۷۱) راهکارهایی را برای رهایی Liberation گروه‌های تحت سلطه معرفی می‌نماید. درک و شناخت چرخه پرشن اولین گام در فرایند رهایی به شمار می‌آید. گام دوم کنار گذاشتن این تفکر که گروه غالب ذاتاً ممتاز هستند را شامل می‌شود. فعالیت‌های دیگر شامل رهایی، زدودن پنداشت و تصاویر ذهنی منفی از فرهنگ خود و جایگزین کردن آنها با افتخارات و سربلندی‌ها است (۱، ۷).

لی و همکاران (۲۰۰۱) راهکارهای زیر را برای کاهش پرشن توصیه نمودند:

- سازماندهی گروه‌های خلق کننده وحدت برای تحلیل ریشه‌ها و اشکال پرشن
- حل مسئله و تحلیل گروهی برای تدوین راهکارهایی به منظور مرتفع کردن زیربنای قدرت نابرابر موجود
- گفتمان قابل اعتماد بین پرستاران و گروه‌های سلطه گر برای بررسی شرایطی که پرستاران زندگی و کار می‌کنند. به علاوه، کمک به اعضای گروه تا از اطلاعات نادرست و رفتارهای سلطه گرانه یادگیری زدایی گردد.
- ایجاد وحدت بین گروهی به طوری که قدرت حاصل از آن برای به چالش کشیدن وضعیت موجود به کار بسته شود.
- مفهوم سازی مجدد قدرت و استفاده از این مفاهیم جدید در تحقیق، آموزش و فعالیت پرستاری
- سازماندهی پرستاران در گروه‌های متحد برای شرکت در سیاست گذاری‌های سلامتی
- تولید مقالات رسمی مسائل حرفه در خصوص کیفیت برنامه‌های آموزش پایه و پیشرفته پرستاری یا واقعیات محیط کار پرستاری
- پیشنهاد تخصیص بودجه‌های کافی برای حوزه پرستاری
- کمک در تدوین و طراحی برنامه‌های راهبردی طولانی مدت در حوزه سلامت کشور
- تحقیق برای شناسایی مسائل و مشکلات و توصیف کمی و کیفی محیط‌های کار حوزه سلامت

می‌شوند. آنها در محیط‌های بالینی با مشکلات فراوانی روبرو هستند. دانشجویان برای اینکه در این محیط‌ها پذیرفته شوند، سخت کار می‌کنند. آنها یاد می‌گیرند که وضع موجود را بپذیرند، همچنین درک می‌کنند که چه موقع حرف بزنند یا سکوت اختیار کنند. بنابراین، از همان دوران دانشجویی تلاش می‌نمایند با پرستاران همانند سازی کنند و با هنجارهای محیط کارشان کنار بیایند (۳۱). از این رو، به جرات می‌توان گفت که اساس سلطه پذیری پرستاران از همان زمان شروع تحصیل در این حرفه پایه ریزی می‌گردد. این موضوع مسئولیت برنامه ریزان آموزش پرستاری و دست اندر کاران آموزش، اساتید و مربیان پرستاری را در امر آموزش، پرورش، حمایت و راهنمایی دانشجویان در محیط‌های آموزشی و بالینی سنگین تر می‌نماید. همکاری و هماهنگی نزدیک بین دانشکده‌های پرستاری و بیمارستان‌ها منافع متقابل زیادی به دنبال دارد. استفاده از پرستاران شایسته بیمارستان‌ها به عنوان راهنما، الگوی نقشی و مربی بالینی در ایجاد جو پذیرا و عاری از تنش و خشونت از دیگر تدابیر لازم به شمار می‌آیند. اصلاح برنامه و الگوهای آموزشی باید در جهتی باشد که از دانشجویان، پرستارانی متکی به نفس و خود آگاه تربیت نماید تا با کسب توانمندی‌های لازم، خود و حرفه پرستاری را از قید و بند فشارها رهایی بخشند. به هر حال هوشیاری و خودآگاهی، همبستگی حرفه‌ای را به دنبال دارد و این همبستگی، خودباوری و هویت حرفه‌ای را به ارمغان می‌آورد. مرور ادبیات پرستاری موجود و مشاهده شواهدی مبنی بر حضور و تداوم پدیده اپرشن و آثار آن در حرفه پرستاری بسیاری از نقاط دنیا و احساس شرایطی کم و بیش مشابه در پرستاری ایران، ضرورت طراحی و انجام مطالعات پژوهشی را در این حوزه از طرف محققین پرستاری کشور حیاتی می‌داند. از این رو پیشنهاد می‌گردد محققین پرستاری با انجام چنین مطالعاتی به سوالاتی از قبیل؛ ریشه‌ها، ویژگی‌ها، و تبعات پدیده اپرشن در پرستاری ایران چیستند؟ شیوع و گستردگی این پدیده در پیکره پرستاری ایران تا چه حد است؟ چه عواملی حضور و تداوم این پدیده را در جامعه پرستاری ایران تسهیل و تقویت می‌نمایند؟ رفتارهای گروه‌های تحت سلطه در اعضای حرفه پرستاری ایران چگونه تظاهر می‌نمایند؟ و اینکه با توجه به پیشینه‌های فرهنگی اجتماعی ایران و ساختار نظام سلامت و پرستاری آن چه ساز و کارهای عملی برای پیشگیری، کنترل و اداره صحیح و موثر این پدیده و پیامدهای آن پیشنهاد می‌گردد؟ پاسخ و راهکارهای مناسبی ارائه نمایند.

و آثار مخرب آن در بین پرستاران فراهم می‌نماید. شایع‌ترین پیامد پدیده اپرشن در این حرفه، خشونت جانبی است که به اشکال بسیار متنوع کلامی و غیر کلامی تظاهر پیدا می‌کند. حضور و تداوم چنین رفتارهایی، اثرات زیان بار و جبران ناپذیری بر پرستاران و حرفه پرستاری، سازمان‌های کاری و به ویژه بیماران و کیفیت ارائه مراقبت می‌گذارد. خشونت افقی در رشته‌ای که مأموریت آن ارائه هنر مراقبت به دیگران است، واقعیتی تلخ و گزنده است. چگونه است که پرستاران با بیماران خود مهربانانه رفتار می‌کنند و آنها را مورد احترام قرار می‌دهند، در حالی که با خودشان این چنین بیمارگونه رفتار می‌کنند. چگونه است که پرستاران در حمایت از حقوق و خواست‌های بیماران خود، فریاد و صدای آنها می‌شوند، در حالی که در مورد چالش‌ها و نگرانی‌های خود و حرفه پرستاری موضع سکوت اختیار می‌کنند. منطقی به نظر می‌رسد که پرستاران علاوه بر ارائه مراقبت سلامتی به بیماران و جامعه، خودشان و حرفه پرستاری را نیز مورد مراقبت و حمایت قرار دهند.

لازم است پرستاران با خودآگاهی و هوشیاری انتقادی، ریشه‌های سلطه‌پذیری را در حرفه پرستاری شناسایی کنند و با درک و فهم درست پدیده اپرشن و آثار آن در زندگی حرفه‌ای خود، راهکارهای موثری را برای رهایی از آن اتخاذ نمایند. مسئولیت رهبران حرفه پرستاری در این خصوص بسیار تعیین کننده و حیاتی می‌باشد. آنها با تدوین و اجرای راهکارهای عملی و موثر در قالب اقدامات حمایتی، آگاهی بخشی، آموزشی و تدابیر مدیریتی، فضایی سازنده خلق می‌نمایند که وحدت و انسجام بین گروهی (گروه سلطه‌گر و تحت سلطه) و درون گروهی (بین پرستاران)، خودباوری، و توانمندسازی اعضای حرفه را به ارمغان می‌آورد. یادگیری زدایی از باورها، هنجارها و تصورات ذهنی نادرست و یادگیری مجدد، امکان تغییر فرهنگ حاکم را مهیا می‌نماید. گفتمان سازنده بین گروه‌های سلطه‌گر و تحت سلطه؛ خودباوری، افتخار و همبستگی حرفه‌ای را به دنبال دارد.

بسیاری از مطالعات، آغاز و ادامه پدیده اپرشن را از زمان دانشجویی پرستاران گزارش کرده‌اند (۲۲، ۳۰، ۳۱). فرش ووتر Freshwater (۲۰۰۰) می‌نویسد: اساتید پرستاری چون خود احساس سلطه‌پذیری دارند، دانشجویان را طوری اجتماعی می‌کنند که صدایی از آنها بلند نمی‌شود (۳۰). راندل Randel (۲۰۰۳) در مطالعه طولی خود روی اعتماد به نفس دانشجویان پرستاری اظهار می‌کند که اغلب دانشجویان در جریان فرایند پرستار شدن، تنش روانی زیادی متحمل

References

1. Roberts SJ. Breaking the cycle of oppression: Lessons for nurse practitioners? *J Am Acad Nurse Pract.* 1996;8(5):209-14.
2. Lee MB, Saeed I. Oppression and horizontal violence: the case of nurses in Pakistan. *Nurs Forum (Auckl).* 2001;36(1):15-24.
3. Dong D, Temple B. Oppression: A Concept Analysis and Implications for Nurses and Nursing. *Nurs Forum (Auckl).* 2011;46(3):169-76.
4. Duchscher JB, Myrick F. The prevailing winds of oppression: understanding the new graduate experience in acute care. *Nurs Forum (Auckl).* 2008;43(4):191-206.
5. Mooney M, Nolan L. A critique of Freire's perspective on critical social theory in nursing education. *Nurse Educ Today.* 2006;26(3):240-4.
6. Northway R. Disability and oppression: some implications for nurses and nursing. *J Adv Nurs.* 1997;26(4):736-43.
7. Roberts SJO, Demarco R, Griffin M. The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: A review of the evidence and interventions for change. *J Nurs Manag.* 2009;17(3):288-93.
8. Brann M. Leading nursing from its dark side of history: oppression. *Nev Rnformation.* 2010;19(4):6.
9. Fletcher K. Beyond dualism: leading out of oppression. *Nurs Forum (Auckl).* 2006;41(2):50-9.
10. Matheson LK, Bobay K. Validation of oppressed group behaviors in nursing. *J Prof Nurs.* 2007;23(4):226-34.
11. Matheson L. Oppression in 21st century nursing [3306518]. United States -- Wisconsin: Marquette University; 2008.
12. Skillings LN. Perceptions and feelings of nurses about horizontal violence as an expression of oppressed group behavior. Critique, resistance, and action: Working papers in the politics of nursing. 1992:167-85.
13. McCall E. Horizontal violence in nursing: the continuing silence. *The Lamp.* 1996;53(3):28.
14. Pope BG. Transforming oppression in nursing education: towards a liberation pedagogy: University of North Carolina at Greensboro; 2008.
15. Crabbs NA, Smith CK. Healthy work environments. From oppression to opportunity: eliminating lateral violence and bullying in the workplace. *Med-Surg Matters.* 2011;20(2):8-9.
16. Daiski I. Changing nurses' disempowering relationship patterns. *J Adv Nurs.* 2004;48(1):43-50.
17. Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Human Resources for Health.* 2004;2(1):9.
18. Woelfle CY, McCaffrey R. Nurse on nurse. *Nurs Forum (Auckl).* 2007;42(3):123-31.
19. Dunn H. Horizontal violence among nurses in the operating room. *AORN.* 2003;78(6):977-88.
20. Griffin M. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing.* 2004;35(11):257.
21. McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH. Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *J Adv Nurs.* 2003;42(1):90-6.
22. King-Jones M. Horizontal Violence and the Socialization of New Nurses. *Creat Nurs.* 2011;17(2):80-6.
23. Bartholomew K. Ending nurse-to-nurse hostility: Why nurses eat their young and each other: Hcpro Inc.; 2006.
24. Farrell GA. Aggression in clinical settings: nurses' views—a follow up study. *J Adv Nurs.* 1999;29(3):532-41.
25. Lash AA, Kulakaç O, Buldukoglu K, Kukulcu K. Verbal abuse of nursing and midwifery students in clinical settings in Turkey: 1. *The Journal of nursing education.* 2006;45(10):396.
26. Stanley KM, Dulaney P, Martin MM. Nurses "eating our young"—It has a name: Lateral violence. *S C Nurse.* 2007;14(1):17-8.
27. Embree JL, White AH. Concept analysis: nurse-to-nurse lateral violence. *Nurs Forum (Auckl).* 2010;45(3):166-73.
28. Thomas SP, Burk R. Junior nursing students' experiences of vertical violence during clinical rotations. *Nurs Outlook.* 2009;57(4):226-31.
29. Tinsley C, France NEM. The trajectory of the registered nurse's exodus from the profession: a phenomenological study of the lived experience of oppression. *International Journal for Human Caring.* 2004;8(1):8-12.
30. Freshwater D. Crosscurrents: against cultural narration in nursing. *J Adv Nurs.* 2000;32(2):481-4.
31. Randle J. Bullying in the nursing profession. *J Adv Nurs.* 2003;43(4):395-401.

Oppression in Nursing Profession and The Way of its Management

Dinmohammadi MR¹, Hushmand A.², Cheraghi MA.³, Peyrovi H.⁴

Submitted: 2012.11.6

Accepted: 2013.2.5

Abstract

Background: Oppression as a phenomenon experienced by most of nurses might have a background in the historical, social, cultural, political and economic structures of a country. This study aimed to criticize and explore the phenomenon of oppression in nursing literature in order to find an explanation to manage the problem.

Materials & Methods: A literature review was conducted by performing a search on scientific databases (Pub Med, CINAHL & Ovid) using the key terms such as “nurse/ nursing”, and “oppression” systematically. Eventually 31 articles published during recent two decades were selected to get reviewed.

Results: In this study, there has been an effort to define the terminology of oppression`s concepts and its historical background, attributes, and consequences. Furthermore, this study considered introducing available models and theories and preventive approaches and managing this phenomenon in nursing profession.

Conclusion: Hierarchal structures in hospital environment provide conducive conditions for the oppression to emerge. Presence and consistency of the phenomenon and its consequences have irreparable effects on nurses as well as their organization, patients and care quality. Adopting practical and effective strategies in a framework of supportive, informative, and educational actions and managerial policies from authorities and related organizations could create an effective environment, which will result in unity, empowerment and self-confidence of nurses.

Key words: Oppression, Nurse/ Nursing, lateral Violence

¹Assistant Professor, PhD., Nursing and Midwifery School, Zanjan University of Medical sciences, (*Corresponding author); email:mdinmohammadi@yahoo.com

Phone: +98 241 7272513, Tel: 09123411908, Fax: +98 2417270305, PO Box 448, Zanjan, Iran

²Nursing instructor (MSc), Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences

³Assistant Professor, PhD., Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences

⁴Associate Professor, PhD., Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences