پیامدهای جسمی و عاطفی افشاگری تخلف سازمانی در پرستاران

نرجس منجوقی[1]، ابوالقاسم نوری[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مشاهده خطا و تخلف در محیط کار و تصمیم‌گیری جهت افشا یا عدم افشای خطا و تخلف، استرس‌زا است و این استرس می‌تواند پیامدهای جسمی و عاطفی را به همراه داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی پیامدهای جسمی و عاطفی افشاگری تخلف سازمانی در پرستاران بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بود و در آن ۲۴۵ نفر از پرستاران بیمارستان‌های خصوصی و دولتی شهر اصفهان به صورت خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند و با استفاده از چک‌لیست افشاگری و همچنین، دو چک‌لیست پیامدهای جسمی و عاطفی افشاگری McDonald و Ahern مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: ۶۲ درصد از پرستاران، افشاگر و ۳۸ درصد غیر افشاگر بودند. در زمینه پیامدهای جسمی، پرستاران افشاگر از مشکلات بالاتری رنج می‌بردند و فقط مشکلات گوارشی در پرستاران غیر افشاگر بیشتر بود. در زمینه پیامدهای عاطفی، احساس ترس و خشم در پرستاران افشاگر و احساسات مرتبط با بی‌ارزشی و احساس گناه در پرستاران غیر افشاگر بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، افراد افشاگر به طور کلی از مشکلات جسمی و عاطفی بیشتری رنج می‌برند، اما افراد غیر افشاگر نیز مشکلات خاصی (گوارشی و احساس بی‌ارزشی و گناه) دارند که بیانگر لزوم توجه بیشتر به این گروه می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: تخلف، افشاگری، پرستار، پیامدهای جسمی، پیامدهای عاطفی

ارجاع: منجوقی نرجس، نوری ابوالقاسم. **پیامدهای جسمی و عاطفی افشاگری تخلف سازمانی در پرستاران.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۲): ۱۷۹-۱۷۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۳/۱۲

Proof Version

مقدمه

هدف اصلی حرفه پرستاری، تأمین بهبودی و سلامت جامعه است. پرستاران بنا به رسالت کاری خود، باید هنگام مشاهده تخلف از سوی اعضای سازمان، نسبت به گزارش آن اقدام نمایند (۱). اگرچه نتایج مطالعات نشان داده است که آگاهی پرستاران از مسؤولیت‌های اخلاقی خود در ارایه مراقبت‌ها در حال افزایش است، اما آن‌ها هنوز هم در شناسایی تنگناهای اخلاقی و تعیین روش مناسب عملکرد در این موقعیت‌ها، مشکلات زیادی دارند (۲). افشاگری (اظهار عمومی خطاهای سازمان) برای پرستاران، نوعی تنگنای اخلاقی و عملی محسوب می‌شود (۳). آن‌ها باید تصمیم بگیرند که عمل خطا و نادرست مشاهده شده را بنا به وظیفه اخلاقی و حرفه‌ای خود گزارش کنند (۴) و یا این که برای حفظ امنیت خود و خانواده خود، سکوت اختیار نمایند. طبق نظر Lindblom، تنگنای اخلاقی افشاگری عبارت است از «تعارض بین درست بودن عمل افشای رفتارهای غیر اخلاقی و تخلفات و نادرست بودن این عمل به علت وظیفه وفاداری فرد به سازمانی که در آن کار می‌کند» (۵). این تعارض، منبع مهمی از ابهام برای پرستاران تلقی می‌شود (۶).

تحقیقات نشان می‌دهد، اندکی پس از افشاگری، احساس تردید و دودلی در افراد مشاهده می‌شود که شامل عذاب وجدان، ترس از انتقام و احساس فخر و غرور می‌باشد و این حالات پس از مدتی به احساسات پایداری همچون تسکین و آرامش و از سوی دیگر ندامت به جهت تأخیر در گزارش خطا، تبدیل می‌شود (۷). به عبارت دیگر، افراد افشاگر اغلب خود را افراد خیانتکاری می‌دانند؛ در حالی که در واقع آنان شجاع و دلیر هستند (۸). به طور قطع، قرار گرفتن در چنین شرایطی استرس‌آفرین است. در این زمینه، ابراهیمی و همکاران استرس را به عنوان واکنش عمده پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی ذکر نموده‌اند که با علایمی مانند ترس، تندخویی، عصبانیت، جابه‌جایی احساسات منفی، احساس گناه و حتی افسردگی همراه است (۹).

افشاگری تخلف (Whistle-blowing) از دهه ۱۹۸۰ مطرح گردید و معنای تحت اللفظی آن، دمیدن در سوت یا همان آشکار سازی خطا و افشاگری می‌باشد. Miceli و Near افشاگری را تحت عنوان نوعی گزارش‌دهی توسط اعضای سازمان تعریف می‌کنند که فعالیت‌های غیر قانونی، غیر اخلاقی و نامشروع به افراد یا سازمان‌هایی منتقل می‌شود که توانایی تأثیر بر آن فعالیت‌ها و یا کنترل آن را داشته باشند (۱۰). در تعریف دیگری، Bouville افشاگران را به عنوان پیام‌آوران حقیقت و افرادی که همواره با انتقام از سوی دیگران مواجه

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: نرجس منجوقی Email: narjesman@yahoo.com

هستند، تعریف می‌کند (۱۱). بیش از ۲۵ سال است که محققان پدیده افشاگری را مورد مطالعه قرار داده‌اند. Miceli و Near به عنوان پایه‌گذاران این مفهوم، تحقیقات متعددی را در زمینه‌هایی همچون ارتباط بین جایگاه سازمانی و افشاگری، ویژگی‌های جو سازمانی مرتبط با افشاگری (۱۲)، ویژگی‌های مشترک افراد افشاگر (۱۳) و پیش‌بینی کننده‌های افشاگری (۱۵، ۱۴) انجام داده‌اند. دیگر محققان، پژوهش‌هایی را در زمینه عوامل ترغیب کننده فرد به افشاگری در موقعیت (۱۶)، مشکلات ایجاد شده برای فرد افشاگر و خانواده وی و دیگر هزینه‌ها و مشکلات فردی افشاگری شامل از دست دادن شغل (داوطلبانه یا غیر داوطلبانه)، مشکلات مربوط به سلامتی، از دست دادن درامد، از دست دادن اعتبار و از دست دادن دوستان انجام داده‌اند (۱۸، ۱۷).

نتایج پژوهش Jackson و همکاران حاکی از تأثیرات منفی افشاگری در حوزه سلامت عاطفی و روانی پرستاران افشاگر (مانند ناراحتی، افسردگی، حملات وحشت‌زدگی، اضطراب حاد و مزمن، کابوس و افکار مزاحم) می‌باشد (۱۹). Arszulowicz و Gasparski نیز به این نتیجه رسیدند که حدود ۶۲ درصد از افشاگران، افزایش سطح استرس و ۴۳ درصد از آن‌ها استرس بسیار شدیدی را تجربه نموده‌اند (۲۰). یکی از مهم‌ترین علل این استرس در افراد افشاگر، ترس از انتقام می‌باشد (۲۱). البته مطالعاتی که بر روی این موضوع صورت گرفته است، نشان می‌دهد که میزان استرس در همه سطوح فرایند افشاگری در حد بالایی است؛ از شناسایی خطا و مشکل گرفته تا تصمیم برای افشا یا عدم افشای خطا (۲۳، ۲۲). این نتایج را می‌توان از طریق الگوی استرس- تطابق Lazarus و Folkman نیز تبیین نمود. طبق این الگو، دو شیوه مهم برخورد با موقعیت افشاگری وجود دارد که شامل اقدام مستقیم مانند افشاگری یا عدم افشاگری و اقدام تسکین دهنده مانند مکانیسم‌های دفاعی (اجتناب، انکار و تفکر غیر منطقی) است (۲۴). تحقیقات در این زمینه نشان داده است که هر دو روش در اقدام مستقیم، به صورت بالقوه استرس‌زا می‌باشد (۲۴، ۲۲).

به طور قطع، استرس پیامدهای زیادی را در بعد جسمانی برای فرد در پی خواهد داشت. بنا بر نظر van Dijk، استرس مزمن با برخی از مشکلات گوارشی شامل معده درد، سوزش معده، زخم و کولیت معده و تحریک‌پذیری روده ارتباط دارد. هورمون‌های استرس، ترشح اسیدهای معده را به تأخیر می‌اندازد و در نتیجه، این اسیدها مدت زمان بیشتری در معده باقی می‌مانند. از سوی دیگر، این هورمون‌ها روده بزرگ را تحریک می‌کنند و باعث می‌شوند محتویات روده خیلی سریع عبور کند که در هر صورت مشکلات گوارشی رخ خواهد داد. علاوه بر این، سطوح مازاد هورمون کورتیزول، باعث افزایش یا کاهش اشتها می‌گردد. از دیگر تأثیرات هورمون کورتیزول، می‌توان به افزایش ضربان قلب، فشار خون، اسپاسم‌های عضلانی در قسمت‌های فک و گردن و کمر، بیماری‌های پوستی و حملات آسمی اشاره نمود (۲۵). یافته‌های پژوهش McDonald و Ahern نیز حاکی از بروز دردهای شکمی، اختلالات گوارشی و تحریک‌پذیری روده بزرگ در افراد غیر افشاگر است (۲۶).

با توجه به مشکلات متعدد جسمی و عاطفی که افراد افشاگر و غیر افشاگر به دلیل مواجهه با خطا و تخلف و در پی آن، تصمیم‌گیری برای افشاگری یا سکوت در برابر تخلف مواجه هستند، انجام پژوهشی در زمینه مشکلات خاص این افراد و به دنبال آن چاره‌اندیشی برای کاهش این پیامدهای منفی، ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی پیامدهای جسمی و عاطفی افشاگری تخلف انجام شد و فرضیه پژوهشی عبارت است از این که افشاگری تخلف سازمانی پیامدهای جسمی و عاطفی در پی خواهد داشت.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری این پژوهش را ۲۲۶۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹ تشکیل داد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی انجام شد؛ به این صورت که ابتدا از بین بیمارستان‌های شهر اصفهان، ۸ بیمارستان [۴ بیمارستان خصوصی (سعدی، سپاهان، سینا و بهارستان) و ۴ بیمارستان دولتی (الزهرا (س)، کاشانی، چمران، نور و حضرت علی‌اصغر (ع)] به صورت خوشه‌ای انتخاب شد و نمونه‌گیری در هر بیمارستان نیز به صورت تصادفی ساده و با استفاده از فهرست پرستاران شاغل بر اساس اطلاعات نظام جامع نیروی انسانی، انجام گرفت. با توجه به این که پرسش‌نامه مورد استفاده در پژوهش برای اولین بار در ایران ترجمه و استفاده شد، به منظور افزایش اعتبار صوری گویه‌ها و روان‌سازی ترجمه، نمونه‌ای مقدماتی با حجم ۳۰ نفر انتخاب و پس از تأیید نهایی فرم پرسش‌نامه، نمونه اصلی با استفاده از فرمول حجم نمونه Cochran برآورد گردید. در نهایت، ۳۰۰ نفر از پرستاران به صورت تصادفی انتخاب شدند که از این میان، ۲۴۵ پرسش‌نامه کامل و قابل بررسی استخراج شد (میزان بازگشت ۸۱/۶ درصد).

پرستاران شرکت کننده در تحقیق بر اساس تعاریف ارایه شده از افشاگری و با توجه به شناخت ذهنی از خود، در هر یک از دو گروه افشاگر یا غیر افشاگر قرار گرفتند. خودسنجی افراد، در واقع نوعی برداشت ذهنی آن‌ها از این مسأله است که آیا افشاگر هستند یا خیر. برای روشن ساختن پیامدهای جسمی و عاطفی تجربه شده توسط پرستاران افشاگر و غیر افشاگر، از چک‌لیست پیامدهای جسمی و عاطفی McDonald و Ahern استفاده گردید (۲۶). چک‌لیست پیامدهای جسمی شامل ۲۱ گویه و چک‌لیست پیامدهای عاطفی شامل ۲۸ گویه بود که شرکت کنندگان به صورت بله و خیر به هر گویه پاسخ دادند. تحلیل عاملی صورت گرفته توسط McDonald و Ahern بیانگر آن است که پیامدهای جسمی شامل پنج طبقه اصلی اختلالات مرتبط با فقدان انرژی و مشکلات خواب، سیستم گوارشی، قلبی، سردرد و کمردرد، لکنت زبان یا تیک می‌شود و پیامدهای عاطفی شامل پنج طبقه اصلی احساسات مرتبط با خشم، ناراحتی، ترس، بی‌ارزشی و محیط کار است. پایایی هر یک از دو پرسش‌نامه پیامدهای جسمی و عاطفی با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۸۱ گزارش گردید.

با توجه به این که مقدار ضریب Cronbach's alpha بیشتر از ۰/۷۰ به دست آمد، این پرسش‌نامه‌ها از اعتبار لازم برخوردار بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Independent t (برای مقایسه میانگین نمرات پیامدها در دو گروه) و آنالیز کواریانس (بعد از تعدیل برای جنسیت و سن) تجزیه و تحلیل گردید. معیارهای ورود و خروج به این صورت بود که پرسش‌نامه‌هایی که به صورت کامل و با دقت پاسخ داده شده بودند، وارد مطالعه شدند و پرسش‌نامه‌های ناقص و نادرست از مطالعه خارج شدند.

یافته‌ها

بر اساس ملاک سنجش افشاگری و تعاریف ارایه شده از دو گروه افشاگر و غیر

Proof Version

www.mui.ac.ir

افشاگر، ۱۵۲ نفر (۶۲ درصد) خود را به عنوان افشاگر و ۹۳ نفر (۳۸ درصد) غیر افشاگر معرفی نمودند.

یافته‌های مربوط به بخش پیامدهای افشاگری و عدم افشاگری در دو سطح جسمی و عاطفی در جداول ۱ و ۲ به تفکیک نشان داده شده است. به طور کلی، افراد افشاگر از مشکلات جسمی و عاطفی بیشتری رنج می‌بردند. آنان در مشکلات فقدان انرژی (پیامدهای جسمانی) و همچنین، در احساسات مرتبط با محیط کار همچون فقدان رضایت شغلی، تعهد سازمانی و... و احساسات مرتبط با خشم، ترس، ناراحتی (پیامدهای عاطفی) در سطح بالاتری نسبت به افراد غیر افشاگر قرار داشتند، اما مشکلات گوارشی در افراد غیر افشاگر میزان بالاتری را نسبت به افشاگران نشان داد. این امر بیانگر آن است که افراد وقتی تخلف یا خطایی را مشاهده می‌کنند، صرف نظر از این که آن را گزارش کنند یا خیر، دستخوش تغییرات جسمی و عاطفی خواهند شد.

با توجه به یافته‌های جداول ۱ و ۲، می‌توان به صورت مجزا به بررسی هر یک از پیامدهای جسمی و عاطفی در دو گروه پرداخت. در مقایسه انواع مشکلات جسمانی بین پرستاران دو گروه، مشخص گردید که مشکلات مربوط به سردرد و کمردرد، خواب ناآرام و خستگی و فرسودگی به ترتیب بیشترین میزان فراوانی را داشت و البته باز هم، افشاگران بیش از غیر افشاگران متأثر از این مسأله بودند. نکته قابل توجه این که مشکلات گوارشی مانند تحریک‌پذیری روده بزرگ، دردهای شکمی و اختلالات گوارشی و همچنین، استعمال دخانیات در کل پرستاران میزان ناچیزی را به خود اختصاص داد، اما در مقایسه این دو گروه، این موارد در بین غیر افشاگران سطح بالاتری را داشت و در نهایت، اختلالات مربوط به لکنت زبان و تیک از کمترین فراوانی در هر دو گروه برخوردار بود. در مقایسه انواع مشکلات عاطفی نیز خشم و استرس و اضطراب بیشترین فراوانی را در هر دو گروه به ویژه در گروه افشاگر داشت و تنها احساس شرم و گناه در گروه غیر افشاگر بیشتر بود.

با توجه به جدول ۳، میانگین پیامد جسمی فقدان انرژی در گروه افشاگر بیشتر از گروه غیر افشاگر بود و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت. بعد از تعدیل سن و جنسیت نیز تفاوت معنی‌داری بین میانگین پیامد جسمی فقدان انرژی در گروه افشاگر و غیر افشاگر مشاهده شد. میانگین اختلالات گوارش در گروه افشاگر کمتر از غیر افشاگر بود، اما این اختلاف معنی‌دار نبود. سایر پیامدهای جسمی در گروه افشاگر بیشتر از گروه غیر افشاگر بود، اما هیچ یک در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبود. با توجه به جدول ۳، میانگین پیامدهای عاطفی خشم و ناراحتی، افزایش معنی‌داری را در گروه افشاگر نسبت به گروه غیر افشاگر نشان داد. بعد از تعدیل سن و جنسیت، این میانگین در گروه افشاگر بیشتر از گروه غیر افشاگر و تفاوت نیز معنی‌دار بود. سایر پیامدهای عاطفی در گروه افشاگر بیش از گروه غیر افشاگر مشاهده شد، اما هیچ یک قبل از تعدیل در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبود. پیامد عاطفی احساسات مرتبط با محیط کار در گروه افشاگر بیش از گروه غیر افشاگر به دست آمد و بعد از تعدیل برای سن و جنسیت، این تفاوت در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود.

جدول ۱. پیامدهای جسمی افشاگری و عدم افشاگری

		افشاگر	غیر افشاگر	زیرمجموعه	افشاگر	غیر افشاگر
پیامدهای جسمی	فقدان انرژی و مشکلات خواب	۱۴۶/۱	۱۰۲/۵	خواب ناآرام	۴۰/۱	۳۰/۱
				خستگی	۳۶/۲	۲۱/۵
				بی‌خوابی	۳۲/۹	۳۰/۵
				فرسودگی	۲۳/۷	۱۱/۸
				کابوس شبانه	۱۳/۲	۸/۶
	مشکلات سیستم گوارشی	۴۵/۴	۶۲/۴	تحریک‌پذیری روده بزرگ	۵/۳	۷/۵
				اختلالات گوارشی	۹/۲	۱۵/۱
				درد یا زخم معده	۶/۲	۸/۶
				دردهای شکمی	۴/۶	۸/۶
				از دست دادن اشتها	۲۰/۳	۲۲/۳
	مشکلات قلبی	۵۳/۲	۴۴/۱	افزایش فشار خون	۷/۱	۳/۲
				تپش قلب	۳۶/۳	۳۴/۶
				درد قفسه سینه	۷/۸	۶/۳
	سردرد و کمردرد	۶۹/۰	۵۷/۱	سردرد	۵۲/۶	۴۶/۲
				افزایش استعمال دخانیات	۰/۷	۲/۲
				کمردرد	۵/۳	۲/۱
				کاهش وزن	۶/۵	۴/۳
				افزایش وزن	۴/۳	۲/۳
	لکنت زبان یا تیک	۸/۶	۳/۳	آسم	۰/۷	۰
				لکنت	۳/۳	۱/۱
				تیک	۴/۶	۲/۲

Proof Version

www.mui.ac.ir

جدول ۲. پیامدهای عاطفی افشاگری و عدم افشاگری

		افشاگر	غیر افشاگر	زیرمجموعه	افشاگر	غیر افشاگر
پیامدهای عاطفی	احساسات مرتبط با خشم	۱۰۶/۵	۷۲/۱	خشم	۴۲/۸	۲۵/۸
				بدبینی	۱۵/۱	۷/۵
				تندی یا تلخی	۱۹/۷	۱۴/۰
				زودرنجی	۱۸/۴	۱۶/۴
				بدگمانی	۱۰/۲	۸/۴
	احساسات مرتبط با ناراحتی	۱۰۲/۵	۶۷/۹	سرخوردگی	۱۰/۶	۹/۸
				کاهش دیدگاه مثبت	۲۹/۶	۱۵/۱
				غم و اندوه	۳۲/۲	۲۲/۶
				آشفتگی و پریشانی	۲۶/۳	۱۴/۰
				بی‌عاطفگی	۳/۵	۶/۵
	احساسات مرتبط با ترس	۱۳۲/۲	۱۰۵/۴	اضطراب	۳۷/۵	۳۳/۳
				استرس	۴۰/۱	۳۱/۲
				بی‌اعتمادی	۲۹/۶	۲۱/۵
				ترس	۱۱/۲	۶/۵
				ناتوانی در آرامش یافتن	۱۳/۸	۱۳/۴
	احساسات مرتبط با بی‌ارزشی	۷۱/۰	۶۶/۸	احساس گناه	۳۰/۹	۴۲/۰
				احساس شرم	۸/۶	۱۰/۸
				احساس بی‌کفایتی	۸/۱	۳/۴
				شک به خود	۸/۹	۴/۵
				احساس درماندگی	۴/۹	۳/۲
				از دست دادن اعتماد به نفس	۶/۱	۲/۳
				فقدان عزت نفس	۶/۹	۲/۲
				افکار خودکشی	۰/۷	۰
	احساسات مرتبط با محیط کار	۸۲/۳	۵۷/۰	فقدان رضایت شغلی	۳۵/۴	۲۵/۳
				فقدان احترام در محیط کار	۹/۰	۵/۵
				کاهش تعهد به شغل	۷/۵	۴/۶
				عدم اطمینان از آینده	۲۱/۱	۱۶/۱
				ناتوانی در عملکرد کاری	۹/۲	۶/۰

Proof Version

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که موقعیت افشاگری صرف نظر از این که فرد در آن افشاگری کند یا خیر، پیامدهای جسمی و عاطفی متعددی را به دنبال خواهد داشت. این نتیجه از آن جهت قابل توجه است که در نگاه نخست ممکن است به نظر برسد فقط افشاگران از این مشکلات رنج می‌برند؛ در حالی که نتایج حاکی از وجود این مشکلات در هر دو گروه (با سهم متفاوت در برخی پیامدها) می‌باشد. پیامدهای جسمی ناشی از قرار گرفتن در موقعیت افشاگری، به حیطه اختلالات روان‌تنی مربوط است که در آن اختلال بدنی تحت تأثیر ذهن قرار می‌گیرد و یا در شدیدترین حالت، توسط ذهن ایجاد می‌شود. بیماری‌های جسمانی مانند زخم معده، بیماری‌های قلبی- عروقی و آسم از این نوع هستند (۲۷).

همان‌گونه که یافته‌ها نشان داد، افراد افشاگر در پیامدهای جسمانی همچون اختلالات مرتبط با فقدان انرژی و خواب، مشکلات قلبی، اختلالات مربوط به سردرد و کمردرد و اختلالات مربوط به لکنت زبان و تیک در سطح بالاتری نسبت به افراد غیر افشاگر قرار دارند و تنها در مشکلات گوارشی، افراد غیر افشاگر در سطح بالاتری بودند. این نتایج با یافته‌های پژوهش McDonald و Ahern (۲۶) همخوانی داشت. وجود سطوح بالاتری از اختلالات گوارشی در افراد غیر افشاگر تا حدودی قابل پیش‌بینی است؛ چرا که افراد غیر افشاگر پس از مشاهده خطا و تخلف، این موارد را به کسی گزارش نمی‌کنند و شاید درون‌ریزی می‌نمایند و همین امر منجر به اختلالات گوارشی بیشتر در این گروه می‌گردد. تحقیقات دیگری نیز نشان داده‌اند که شروع، دوام و عود زخم معده به عنوان یک اختلال گوارشی، با وقایع استرس‌زای زندگی مرتبط است (۲۸). جهت تبیین بهتر این موضوع، می‌توان از مدل استرس و تطابق Lazarus و Folkman استفاده نمود که طبق آن، انفعال (سکوت و عدم گزارش) درست به اندازه فعالیت (افشاگری) برای فرد استرس‌زا می‌باشد و به خصوص برای افرادی که به کدهای اخلاقی سازمانی متعهد هستند، استرس ناشی از سکوت شدیدتر است و می‌تواند مشکلات عمیق‌تری را ایجاد نماید (۲۴).

www.mui.ac.ir

جدول ۳. میانگین نمره هر یک از دسته‌های پیامدهای جسمی و عاطفی در دو گروه افشاگر و غیر افشاگر

		گروه	تعداد	میانگین ± انحراف معیار	P	میانگین ± انحراف معیار	P
پیامدهای جسمی	فقدان انرژی	افشاگر	۱۵۲	۱۳۱/۶۶ ± ۱۴۶/۰۵	۰/۰۰۵	۱۹/۸۲ ± ۱۶۴/۷۴	۰/۰۰۸
		غیر افشاگر	۹۳	۱۰۹/۳۲ ± ۱۰۲/۱۵		۲۲/۵۲ ± ۱۲۱/۷۱	
	مشکل گوارش	افشاگر	۱۵۲	۹۰/۶۱ ± ۵۱/۳۱	۰/۴۱۱	۱۵/۷۶ ± ۶۷/۷۳	۰/۲۶۴
		غیر افشاگر	۹۳	۱۰۸/۲۶ ± ۶۲/۳۶		۱۷/۹۱ ± ۸۲/۰۴	
	اختلال قلب	افشاگر	۱۵۲	۶۹/۹۳ ± ۵۳/۲۹	۰/۲۹۳	۱۰/۸۲ ± ۵۵/۳۶	۰/۲۹۹
		غیر افشاگر	۹۳	۵۹/۸۳ ±۴۴ /۰۸		۱۲/۲۹ ± ۴۶/۲۲	
	اختلال سردرد و کمردرد	افشاگر	۱۵۲	۷۱/۱۶ ± ۶۹/۰۸	۰/۱۸۰	۱۰/۹۸ ± ۷۴/۰۱	۰/۲۵۷
		غیر افشاگر	۹۳	۶۳/۲۴ ±۵۶ /۹۹		۱۲/۴۸ ± ۶۳/۸۹	
	اختلال لکنت	افشاگر	۱۵۲	۳۲/۴۴ ± ۸/۵۶	۰/۰۹۹	۴/۵۰ ± ۱۸/۱۴	۰/۲۴۵
		غیر افشاگر	۹۳	۱۷/۷۶ ± ۳/۲۳		۵/۱۲ ±۱۳ /۸۸	
پیامدهای عاطفی	خشم	افشاگر	۱۵۲	۱۱۹/۴۲ ± ۱۰۶/۵۸	۰/۰۲۴	۱۹/۰۵ ± ۱۱۲/۴۲	۰/۰۲۶
		غیر افشاگر	۹۳	۱۰۹/۷۱ ± ۷۲/۰۴		۲۱/۶۵ ± ۷۷/۸۲	
	ناراحتی	افشاگر	۱۵۲	۱۱۷/۳۴ ± ۱۰۲/۶۳	۰/۰۰۴	۱۷/۳۴ ± ۱۰۳/۶۸	۰/۰۰۴
		غیر افشاگر	۹۳	۸۱/۹۸ ± ۶۲/۳۶		۱۹/۶۹ ± ۶۲/۷۸	
	ترس	افشاگر	۱۵۲	۱۲۴/۲۷ ± ۱۳۲/۲۴	۰/۰۸۸	۱۹/۱۵ ± ۱۲۳/۹۰	۰/۱۱۸
		غیر افشاگر	۹۳	۱۰۹/۷۱ ± ۱۰۵/۳۷		۲۱/۷۶ ± ۹۹/۵۷	
	بی‌ارزشی	افشاگر	۱۵۲	۱۱۷/۱۶ ± ۷۱/۰۵	۰/۷۲۸	۱۶/۹۷ ± ۱۰۷/۹۶	۰/۹۰۹
		غیر افشاگر	۹۳	۷۹/۸۶ ± ۶۶/۶۷		۱۹/۲۸ ± ۱۰۶/۳۹	
	احساسات مرتبط با محیط کار	افشاگر	۱۵۲	۱۱۵/۱۵ ± ۸۲/۲۴	۰/۰۷۰	۱۷/ ۱۰±۵۷/۴۹	۰/۰۴۱
		غیر افشاگر	۹۳	۸۶/۴۷ ± ۵۶/۹۹		۱۹/۴۳ ±۲۹/۰۳	

در پژوهش حاضر حدود ۶۸ درصد از افراد افشاگر و ۳۲ درصد از افراد غیر افشاگر از پیامدهای عاطفی ناشی از موقعیت افشاگری رنج می‌بردند. به نظر می‌رسد که پیامدهای عاطفی ناشی از افشاگری بسیار بیشتر و شدیدتر باشد. سطوح بالای پیامدهای عاطفی برای افراد افشاگر با یافته‌های تحقیقات de Maria (۸۰ درصد) (۲۲)، Soeken و Soeken (۸۶ درصد) (۲۹) و Lennane (۸۳ درصد) (۳۰) مشابهت داشت.

منطقی است که افراد غیر افشاگر پیامدهای عاطفی کمتری را تجربه کنند؛ چرا که آن‌ها با سکوت خود، پا را از انتظارات گروهی فراتر نگذاشته‌اند و ترس کمتری دارند، اما شاید از درون خود را به دلیل سکوت سرزنش خواهند کرد و احساس شرم و گناه بیشتری دارند؛ به دلیل این که سکوت آن‌ها در مقابل خطا، عواقب جبران‌ناپذیری برای سازمان یا دیگران خواهد داشت. البته این نکته در مورد پرستاران اهمیت دو چندانی دارد؛ چرا که سکوت و عدم افشای به موقع خطا و تخلف، می‌تواند مرگ بیماران را به همراه داشته باشد. این در حالی است که افشاگران از انتقام توسط افراد خاطی یا سازمان می‌ترسند و به همین دلیل احساسات مرتبط با ترس و خشم و ناراحتی در آن‌ها بیشتر می‌باشد. بنابراین، از مجموع یافته‌های تحقیق حاضر و مباحث پیرامونی آن، به سهولت می‌توان دریافت که مقوله افشاگری در حوزه پرستاری به عنوان یک چالش جدی مطرح است؛ به گونه‌ای که پرستاران هنگامی که در جریان یک تخلف سازمانی در محیط کار خود قرار می‌گیرند، با دو گزینه «افشا و گزارش یا خاموشی و سکوت دشوار» مواجه هستند. قرار گرفتن در این تنگنای اخلاقی و در نهایت، تصمیم‌گیری برای افشا یا عدم افشا، می‌تواند منجر به بروز مشکلات جسمی و عاطفی متعددی شود که در پژوهش حاضر به مواردی از آن اشاره شد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، طرح و اجرای تمهیداتی همچون ایجاد سیستم ثبت خطا و گزارش‌دهی صحیح آن‌ها به سازمان و نیز تدابیری مانند افشاگری بدون نام (سیستم‌های الکترونیکی سازمان)، می‌تواند عامل مهمی در کاهش پیامدهای منفی افشاگری (جسمی و عاطفی) باشد؛ چرا که افراد از این طریق استرس کمتری را درک می‌کنند و فارغ از ترس، از انتقام به این عمل مبادرت می‌نمایند. از سوی دیگر، تغییر دیدگاه سازمان‌ها و مدیران آن‌ها نسبت به افراد افشاگر، فرهنگ‌سازی عمیق در مورد نگاه و نگرش افراد نسبت به فرد افشاگر و ایجاد فرهنگ انتقادپذیری نیز می‌تواند افراد را به انجام این عمل راغب‌تر نماید و به دنبال آن، پیامدهای منفی کمتری را تجربه کنند.

محدودیت‌ها

ابزار مورد استفاده برای بررسی افشاگری تخلف سازمانی و تأثیرات افشاگری در پژوهش حاضر، برای اولین بار در ایران ترجمه و اجرا گردید. بر این مبنا، با وجود شواهد حاکی از اعتبار این ابزار، قطعیت کامل و نهایی این پرسش‌نامه منوط به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه می‌باشد. علاوه بر این، با توجه به ماهیت پرسش‌نامه افشاگری و قرار گرفتن آن در حیطه‌های اخلاقی، شاید برخی از شرکت کنندگان به دلیل لزوم حفظ امنیت شغلی و وجود پدیده مطلوبیت اجتماعی، در تکمیل پرسش‌نامه دچار شک و تردید شده باشند و در مواردی این موضوع را در نوع پاسخ‌های خود منعکس نموده‌اند.

پیشنهادها

با توجه به این که پیامدهای گزارش خطا متعدد بود و این رفتار به عنوان عملی

Proof Version

www.mui.ac.ir

اخلاقی و ضروری برای سلامت سازمان‌ها مطرح است و این که تحقیقات سیستماتیک و منظم اندکی در زمینه میزان تخلفات مشاهده شده و گزارش شده سازمانی و نیم‌رخ اجتماعی افراد افشاگر و پیامدهای افشاگری برای آن‌ها انجام گرفته است، به نظر می‌رسد که انجام تحقیقات دقیق‌تر در مورد این عوامل و اندیشیدن به راهکارهایی جهت رفع این پیامدها، ضروری است و محققان و سازمان‌ها باید به این بعد اخلاقی توجه بیشتری نشان دهند.

References

1. Vinten G. Whistleblowing: the UK experience. Part 2. Management Decision 2004; 42(1): 139-51.
2. Yung HH. Ethical decision-making and the perception of the ward as a learning environment: a comparison between hospital-based and degree nursing students in Hong Kong. Int J Nurs Stud 1997; 34(2): 128-36.
3. Wilmot S. Nurses and whistleblowing: the ethical issues. J Adv Nurs 2000; 32(5): 1051-7.
4. Johnstone MJ, Kanitsaki O. The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. Int J Nurs Stud 2006; 43(3): 367-76.
5. Lindblom L. Dissolving the moral dilemma of whistleblowing. J Bus Ethics 2007; 76(4): 413-26.
6. Ray SL. Whistleblowing and organizational ethics. Nurs Ethics 2006; 13(4): 438-45.
7. Ohnishi K, Hayama Y, Asai A, Kosugi S. The process of whistleblowing in a Japanese psychiatric hospital. Nurs Ethics 2008; 15(5): 631-42.
8. Pomeroy A, Kaupins G. Whistleblowing: When it works—and why. Acad Manage Perspect 2006; 20(3): 128-30.
9. Ebrahimi H, Nikravesh M, Oskouie F, Ahmadi F. Stress: major reaction of nurses to the context of ethical decision making. Razi J Med Sci 2007; 14(54): 7-15. [In Persian].
10. Miceli MP, Near JP. The relationships among beliefs, organizational position, and whistle-blowing status: A discriminant analysis1. Acad Manage J 1984; 27(4): 687-705.
11. Bouville M. Whistle-blowing and morality. J Bus Ethics 2008; 81(3): 579-85.
12. Miceli MP, Near JP. Characteristics of organizational climate and perceived wrongdoing associated with whistle-blowing decisions. Pers Psychol 1985; 38(3): 525-44.
13. Miceli MP, Near JP. Individual and situational correlates of whistle-blowing. Pers Psychol 1988; 41(2): 267-81.
14. Miceli MP, Near JP, Schwenk CR. Who blows the whistle and why? Ind Labor Relat Rev 1991; 45(1): 113-30.
15. Miceli M, Near JP. Blowing the whistle: the organizational and legal implications for companies and employees. Lanham, MD: Rowman and Littlefield; 1992.
16. Mesmer-Magnus JR, Viswesvaran C. Whistleblowing in organizations: an examination of correlates of whistleblowing intentions, actions, and retaliation. J Bus Ethics 2005; 62(3): 277-97.
17. Ellis S, Arieli S. Predicting intentions to report administrative and disciplinary infractions: applying the reasoned action model. Hum Relat 1999; 52(7): 947-67.
18. Ayers S, Kaplan SE. Wrongdoing by consultants: an examination of employees' reporting intentions. J Bus Ethics 2005; 57(2): 121-37.
19. Jackson D, Peters K, Andrew S, Edenborough M, Halcomb E, Luck L, et al. Trial and retribution: a qualitative study of whistleblowing and workplace relationships in nursing. Contemp Nurse 2010; 36(1-2): 34-44.
20. Arszulowicz M, Gasparski WW. Whistleblowing: In defense of proper action. New York, NY: Transaction Publishers; 2011.
21. Rothschil J, Miethe T. Whistle-blower disclosures and management retaliation. The battle to control information about organization corruption. Work Occup 1999; 26(1): 107-28.
22. de Maria W. Unshielding the shadow culture: queensland whistleblower study [Thesis]. Brisbane, Queensland: University of Queensland; University of Queensland; 1994.
23. McDonald S. Reporting misconduct: a descriptive study of whistleblowing in nursing [Thesis]. Joondalup WA: School of Community Services, Education and Social Sciences, Edith Cowan University; 1999.
24. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer Publishing Company; 1994.
25. van Dijk J. Curing sleep disorders and stress problems. London, UK: Epitome Books; 2009.
26. McDonald S, Ahern K. Physical and emotional effects of whistleblowing. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2002; 40(1): 14-27.
27. Seligman MEP, Rosenhan DL, Walker EF. Abnormal psychology. New York, NY: W. W. Norton and Company; 2000.
28. Levenson JL. Essentials of psychosomatic medicine. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2007.
29. Soeken KL, Soeken DR. A survey of whistleblowers: Their stressors and coping strategies [Online]. [cited 1998]; Available from: URL: http://www.whistleblower-net.de/pdf/Soeken.pdf
30. Lennane KJ. "Whistleblowing": a health issue. BMJ 1993; 307(6905): 667-70.

Proof Version

Physical and Emotional Effects of Whistleblowing in Nurses

Narges Manjoughi[1], Aboulghasem Nouri[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Observing error and misconduct in the work place and deciding whether to report it or not is stressful and this stress can have physical and emotional effects. The aim of this study was to investigate the emotional and physical effects of whistleblowing among nurses in private and public hospitals of Isfahan, Iran, in 2011.

Methods and Materials: This was a descriptive and analytical study. The study participants consisted of 245 nurses of private and public hospitals of Isfahan. The subjects were selected using cluster sampling method and evaluated using the Whistleblowing Checklist and the two checklists of Physical and Emotional Effects of Whistleblowing of McDonald and Ahern.

Findings: 62% of nurses were whistleblowers and 38% were non-whistleblowers. In terms of physical effects, whistleblowers suffered from more problems and only the rate of digestive problems was higher among non-whistleblowers. In terms of emotional effects, feelings of fear and anger were more common in whistleblowers and feelings of unworthiness and guilt in non-whistleblowers.

Conclusions: The results indicated that whistleblowers, generally, suffer from more physical and emotional problems, but non-whistleblowers also have specific problems (digestive problems and feelings of unworthiness and guilt) which show the necessity of paying more attention to this group.

Keywords: Misconduct, Whistleblowing, Nurse, Physical effects, Emotional effects

Citation: Manjoughi N, Nouri A. **Physical and Emotional Effects of Whistleblowing in Nurses.** J Res Behav Sci 2016; 14(2): 173-9.

Received: 06.04.2016 Accepted: 01.06.2016

Proof Version

1- Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2- Professor, Department of Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Narges Manjoughi, Email: narjesman@yahoo.com