پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال نوزدهم، شماره ۶، پی در پی ۱۰۲، صفحات ۳۲۸ تا ۳۳۴
بهمن و اسفند ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۳/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۹/۲۳

بررسی همبستگی قلدری در بیمارستان با شکایات جسمانی و بهزیستی عاطفی در پرستاران زن

دکتر محسن گل‌پرور[1*]، هاله رفیع‌زاده[2]، دکتر مژگان عارفی[3]*

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: قلدری در محیط‌های بیمارستانی، از جمله عوامل تهدیدکننده‌ی سلامتی پرستاران است. این پژوهش، با هدف تعیین همبستگی قلدری با شکایات جسمانی و بهزیستی عاطفی در پرستاران اجرا شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر، توصیفی- همبستگی و جامعه‌ی آماری پژوهش را پرستاران زن بیمارستان‌های شهر یزد تشکیل می‌دادند که از میان آنها به روش در دسترس، ۲۵۰ نفر انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، از بین پرسشنامه‌های ساخته شده‌ی قبلی، شامل پرسشنامه‌ی قلدری، پرسشنامه‌ی شکایات جسمانی و عواطف وابسته به شغل بودند که روایی و پایایی آنها تأیید شده بود. داده‌ها، با استفاده از آزمون آماری رگرسیون چندگانه، تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین قلدری در محیط بیمارستان (اهانت و تحقیر، خشم و کینه‌توزی، غفلت، آزار کلامی، تهدید و فشارکاری غیرمتعارف) با شکایات جسمانی و عاطفه‌ی منفی وابسته به شغل و بین اهانت و تحقیر، خشم و کینه‌توزی، آزار کلامی و فشارکاری غیرمتعارف با عاطفه‌ی مثبت وابسته به شغل، همبستگی معناداری وجود داشت. همچنین، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که فشار کاری غیرمتعارف، قادر به پیش‌بینی (معنادار) شکایات جسمانی و اهانت و تحقیر، تهدید و فشار کاری غیرمتعارف قادر به پیش‌بینی (معنادار) عاطفه‌ی منفی وابسته به شغل هستند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که قلدری در محیط بیمارستان توسط همکاران و سرپرستان، می‌تواند منجر به شکایات جسمانی و تجربه‌ی حالات عاطفی منفی پرستاران زن شود. این مهم لازم است توسط مدیران بیمارستان‌ها مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: قلدری در محیط بیمارستان، شکایات جسمانی، بهزیستی عاطفی، پرستاران زن

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Golparvar M, Rafizadeh H, Arefi M. The study of the correlation between bullying at workplaces and psychosomatic complaint and affective wellbeing among women nurses. Pejouhandeh 2015;19(6):328-334.

مقدمه

یکی از پدیده‌هایی که طی سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، قلدری (bullying) است (۲،۱). قلدری رفتاری است که طی آن در یک ارتباط دوطرفه، یک طرف با اعمال قدرت کلامی و غیرکلامی همراه با پرخاشگری، سعی در ترساندن، مطیع‌کردن و دست‌یابی به منافع محسوس و غیرمحسوسی از طرف دیگر می‌کند (۵-۳). عوامل متعددی نظیر داشتن تعارض با سرپرست و همکاران، ارزیابی بد عملکرد، تغییرات عمده در شیوه‌های کاری و عوامل شخصیتی و رفتاری، می‌توانند باعث بروز قلدری شوند(۸-۶). در بسیاری از شرایط، افرادی که دست به قلدری می‌زنند، به دنبال سود یا منفعت خاصی هستند. آنها ممکن است به دنبال جلب توجه و یا دریافت خدماتی بهتر و سریع‌تر باشند، یا برای به‌دست آوردن پول و کالای دیگری که به آنها تعلق ندارد، دست به قلدری بزنند (۱۱-۶). ابعاد شناسایی شده در ایران برای قلدری، شامل اهانت و تحقیر، غفلت و فشار کاری، خشم و کینه‌توزی، تهدید، فشارکاری کسل‌کننده و غیرمتعارف و آزار

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر محسن گل‌پرور؛ اصفهان، خوراسگان، خیابان جی شرقی، بلوار ارغوانیه، بلوار دانشگاه، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی؛ تلفن: ۵۳۵۴۰۰۱-۹ (۰۳۱۱)؛ پست الکترونیک: drmgolparvar@gmail.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

می‌باشد (۱۲). تاکنون، همبستگی متغیرهای پیامد متعددی (از جمله دو متغیر شکایات جسمانی و عواطف مثبت و منفی وابسته به شغل که در این مطالعه بررسی شده‌اند) با قلدری مورد بررسی قرار گرفته است. شکایات جسمانی، شکایاتی هستند که در بدن انسان نمود پیدا می‌کنند اما منشأ آنها عموماً روان‌شناختی است (۱۵-۱۳).

متغیر پیامد بعدی در پژوهش حاضر، عاطفه‌ی وابسته به شغل است. برخی نظریه‌پردازان معتقدند، عواطف افراد در محیط‌های کار، نحوه و چگونگی تفکر آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر اساس مدل نظری القای عاطفه (affect infusion model)، عاطفه‌ی افراد در تعامل با فرآیندهای شناختی آنها، اثرات خود را بر رفتارهای مختلف اعمال می‌کند (۱۷،۱۶). براساس این مدل نظری، خُلق افراد، نحوه‌ی مواجهه‌ی آنها را با تکالیف در محیط‌های کار و سپس نحوه‌ی بازیابی اطلاعات و به تبع نحوه‌ی داوری و رفتارهای آنها را جهت‌دهی می‌کند (۱۸). در این راستا، شواهد پژوهشی ارایه شده نشان می‌دهند که عواطف، چه به صورت مثبت و چه به صورت منفی، عملکرد و تمایلات رفتاری، به ویژه گرایش افراد را به رفتارهای سازنده یا مخرب، به طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۸-۱۶). شواهد در حوزه‌ی قلدری حاکی از آن است که وقتی افراد، مورد قلدری واقع می‌شوند، از سطح عواطف مثبت آنها کاسته شده و عواطف منفی آنها افزایش می‌یابد (۶). عواطف منفی در مطالعات انجام شده اغلب شامل مواردی نظیر عصبانیت، اضطراب، احساس ملال و اندوه، احساس افسردگی، احساس یأس، احساس تنفر و خستگی و احساس برافروختگی و وحشت و در مقابل، عواطف مثبت اغلب مشتمل بر احساساتی نظیر آسودگی و راحتی، احساس آرامش، خشنودی، احساس تأمین نیازها (تشفی نیازها)، احساس به وجد آمدن، احساس انرژی، احساس روحیه داشتن، احساس برانگیختگی و نشاط همراه با احساس تهییج می‌باشند (۱۶).

شواهد پژوهشی در دسترس نشان می‌دهد که قلدری و خشونت، امری شایع در محیط‌های کاری پرستاران بوده (۱۹) و باعث می‌شود تا افرادی که با قلدری مواجه می‌شوند، اضطراب و برانگیختگی بیشتر (۲۱،۲۰)، تمایل بیشتر به ترک محل کار، افزایش میزان ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، مرگ زودرس، خودکشی، خشونت خانوادگی، مصرف سنگین سیگار، نوشیدن افراطی مشروبات، پرخوری و از دست دادن روابط خود با دیگران (۲۳،۲۲) را تجربه کنند. علاوه بر این، در پژوهش‌های گذشته، بین قلدری و کاهش توانایی کنترل امور و وظایف، عدم توانایی مقابله‌ی مؤثر با دیگر عوامل فشارآور، کاهش میزان اعتماد به افراد و سازمان، افزایش افسردگی و اضطراب، شکایات روان‌تنی و رفتارهای پرخاشگرانه‌ی انفعالی همراه با افزایش افسردگی و مشکلات اسکلتی و استخوانی نیز، همبستگی گزارش شده است (۲۵،۲۴). بررسی‌های به عمل آمده روی موضوع قلدری در مراجع اطلاعاتی داخلی نشان داد که تاکنون در کمتر پژوهشی به موضوع قلدری و تبعات آن در جامعه‌ی پرستاران (به ویژه پرستاران زن) توجه شده است.

با توجه به آنچه بیان شد، این پژوهش با هدف یافتن پاسخی علمی به دو سؤال زیر طراحی و اجرا شده است: آیا قلدری در محیط بیمارستان با شکایات جسمانی و عواطف مثبت و منفی در پرستاران زن همبستگی دارد؟ و در صورت وجود همبستگی، کدام یک از ابعاد قلدری در محیط بیمارستان، قادر به پیش‌بینی شکایات جسمانی و عواطف مثبت و منفی هستند؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، توصیفی- همبستگی و جامعه‌ی آماری آن را کلیه‌ی پرستاران زن بیمارستان‌های شهر یزد در زمستان ۱۳۹۱ تشکیل دادند. از جامعه‌ی آماری مورد اشاره، بر اساس جدول تناست حجم نمونه با حجم جامعه‌ی آماری، ۲۵۰ نفر به عنوان نمونه، از طریق نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند (۲۶). پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش، از بخش‌های مختلف نظیر ICU، CCU، مغز و اعصاب، جراحی و زنان بودند. مدت زمان کاری پرستاران نمونه‌گیری شده در دوره‌ی زمانی انجام این پژوهش، یک شیفت کاری در یک روز بود. میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش، ۳۱/۹۲ سال (با انحراف معیار ۶/۳۱ سال) و میانگین سابقه‌ی شغلی آنها برابر با ۹ سال (با انحراف معیار ۶/۶۶) بود.

برای سنجش قلدری در محیط بیمارستان، از پرسشنامه‌ی ۳۰ سؤالی قلدری در محیط کار که توسط گل‌پرور و همکاران ساخته و معرفی شده است (۱۲)، استفاده شد. مقیاس پاسخ‌گویی این پرسشنامه‌ی پنج گزینه‌ای (سالی یک بار = ۱ تا هفته‌ای یک بار = ۵) بوده و تحلیل عاملی اکتشافی ۲۷ سؤال از ۳۰ سؤال را بر شش عامل به نام‌های اهانت و تحقیر (۷ سؤال)، غفلت و فشار کاری (۶ سؤال)، خشم و کینه‌توزی (۵ سؤال)، تهدید (۴ سؤال)، فشار کاری غیرمتعارف (۳ سؤال) و آزار کلامی (۲ سؤال) قرار داده است. پایایی این پرسشنامه، در پژوهش گل‌پرور و همکاران بر حسب آلفای کرونباخ برای اهانت و تحقیر، غفلت و فشار کاری، خشم و کینه‌توزی،

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

تهدید، فشارکاری غیرمتعارف و آزار کلامی به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸، ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۷ و ۰/۷۸ و بر حسب پایایی بازآزمایی به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۵۱، ۰/۷۳، ۰/۸۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۱ (P<۰/۰۰۱) گزارش شده است (۱۲). همچنین روایی سازه‌ی عاملی، روایی سازه‌ی همگرا و واگرا و روایی پیشین پرسشنامه نیز توسط گل‌پرور و همکاران، مطلوب گزارش شده است (۱۲). در پژوهش حاضر، پس از تحلیل عاملی مجدد (در این تحلیل KMO=۰/۹۲، آزمون کرویت بارتلت برابر با ۴۵۳۳/۹۹ و معنادار در سطح P<۰/۰۰۱ و کل واریانس تبیین شده پرسشنامه (R^2) برابر با ۶۰/۸۶ درصد بود)، ۲۵ سؤال از ۳۰ سؤال بر همان شش عامل استخراج شده توسط گل‌پرور و همکاران (۱۲) قرار گرفت. آلفای کرونباخ برای اهانت و تحقیر (۴ سؤال)، خشم و کینه‌توزی (۴ سؤال)، غفلت (۳ سؤال)، آزار کلامی (۴ سؤال)، تهدید (۴ سؤال)، و فشارکاری غیرمتعارف (۶ سؤال) به ترتیب برابر با ۰/۷، ۰/۷۹، ۰/۷۲، ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۴ به دست آمد. برای سنجش شکایات جسمانی در محیط کار، از پرسشنامه‌ی ۱۸ سؤالی ساخته و معرفی شده توسط گل‌پرور که ۱۸ شکایت جسمانی رایج را پوشش می‌دهد و مقیاس پاسخ‌گویی آن سه درجه‌ای (هرگز چنین علامت و شکایتی را تجربه نکرده‌ام=۱ تا چنین علامتی را تجربه و به پزشک هم مراجعه نموده‌ام=۳) است، استفاده شد (۲۸). این پرسشنامه، از لحاظ روایی صوری و سازه همراه با پایایی بر حسب آلفای کرونباخ در این پژوهش به دقت بررسی گردید. نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی در این پژوهش (در این تحلیل KMO=۰/۸۷، آزمون کرویت بارتلت برابر با ۱۵۵۰/۵۳ و معنادار در سطح P<۰/۰۰۱ و کل واریانس تبیین شده (R^2) برابر با ۵۷/۹۳ درصد بود) نشان داد که ۱۸ سؤال این پرسشنامه، روی یک عامل قرار گرفته و آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

برای سنجش عواطف مثبت و منفی، از پرسشنامه‌ی ۲۰ سؤالی معرفی شده توسط Van Katwyk و همکاران (۲۹) که دو حوزه‌ی عواطف منفی (۱۰ سؤال) و عواطف مثبت (۱۰ سؤال) را مورد سنجش قرار می‌دهد، استفاده شد. مقیاس پاسخ‌گویی برای پرسشنامه‌ی مذکور در این پژوهش، پنج‌درجه‌ای (هرگز=۱ تا همیشه=۵) بود. Van Katwyk و همکاران طی سه مطالعه گزارش‌شده در یک مقاله، شواهد گسترده و وسیعی از روایی و پایایی این پرسشنامه گزارش نمودند (۲۹). برای مثال و به عنوان شواهدی از روایی ابعادی این پرسشنامه، تحلیل مقیاس‌بندی چندبعدی نشان داده که این پرسشنامه، دو بعد عواطف منفی و مثبت را به خوبی پوشش می‌دهد. همچنین شواهد ارایه شده توسط Van Katwyk و همکاران حاکی از آن است که عواطف منفی و مثبت این پرسشنامه با لذت و عدم لذت به عنوان شواهد از روای همگرا و واگرا دارای همبستگی معنادار هستند (۲۹). در پژوهش حاضر تحلیل عاملی اکتشافی (در این تحلیل KMO=۰/۹۱، آزمون کرویت بارتلت برابر با ۳۸۷۳/۰۵ و معنادار در سطح P<۰/۰۰۱ و کل واریانس تبیین شده (R^2) برابر با ۶۴/۷۲ درصد بود) نشان داد که بیست سؤال این پرسشنامه، بر همان دو عامل عاطفه‌ی مثبت و منفی قرار می‌گیرد و آلفای کرونباخ پرسشنامه در عواطف مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۹۱ به دست آمد.

در تحلیل داده‌ها، از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون معناداری آن و تحلیل رگرسیون چندگانه (به شیوه‌ی همزمان) از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ استفاده شد. با توجه به این که در مطالعات تحلیل رگرسیون (همچون پژوهش حاضر) لازم است به ازای هر متغیر پیش‌بین (با در نظر گرفتن ۶ مؤلفه‌ی قلدری که به عنوان متغیر پیش‌بین در این مطالعه استفاده شده‌اند)، حداقل ۱۵ تا ۳۵ نفر در مطالعه حاضر باشند (۲۷). بر همین اساس، چون حداکثر نمونه مربوط به هر یک از این بخش‌ها در مطالعه، بین ۳۰ تا ۵۰ نفر بود، این امکان وجود نداشت تا بتوان برای هر یک از بخش‌ها تحلیل‌های جداگانه انجام داد.

یافته‌ها

در جدول ۱ فراوانی گروه نمونه پژوهش در متغیرهای جمعیت‌شناختی ارائه شده است.

جدول ۱. فراوانی گروه نمونه پژوهش در متغیرهای جمعیت‌شناختی.

متغیر		فراوانی	درصد
تحصیلات	فوق‌دیپلم	۱۱	۴/۴
	لیسانس و فوق‌لیسانس	۲۳۷	۹۴/۸
	اعلام نشده	۲	۰/۸
سن	تا ۳۰ سال	۱۱۸	۴۷/۲
	۳۱ تا ۴۰ سال	۹۶	۳۸/۴
	۴۱ سال به بالا	۲۴	۹/۶
	اعلام نشده	۱۲	۴/۸
سابقه‌ی شغلی	تا ۱۰ سال	۱۴۹	۵۹/۶
	۱۱ تا ۲۰ سال	۷۴	۲۹/۶
	۲۱ سال و بالاتر	۱۳	۵/۲
	اعلام نشده	۱۴	۵/۶
وضعیت تأهل	مجرد	۵۰	۲۰
	متاهل	۱۹۳	۷۷/۲
	اعلام نشده	۷	۲/۸

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

در جدول ۲، نتایج حاصل از گروه‌بندی انجام شده برای ۶ بعد قلدری که بر مبنای تا یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین به عنوان قلدری پایین، تا یک انحراف معیار بالاتر از میانگین به عنوان قلدری متوسط و بالاتر از یک انحراف معیار از میانگین به عنوان قلدری بالا تعریف گردیده، ارایه شده است. درصد بالای تجربه‌ی قلدری برای اهانت و تحقیر، غفلت و آزار کلامی برابر با ۱۱/۶ درصد، برای خشم و کینه‌توزی برابر با ۱۲/۸ درصد، برای تهدید ۱۵/۲ درصد و برای فشار کاری غیرمتعارف، ۱۵/۶ درصد بوده است. در جدول ۳، ماتریس همبستگی بین مؤلفه‌های قلدری در محیط بیمارستان با شکایات جسمانی و عواطف مثبت و منفی همراه با میانگین و انحراف معیار متغیرها، ارایه شده است.

جدول ۲. درصد فراوانی ۶ بعد قلدری در سه سطح پایین، متوسط و بالا.

مؤلفه‌های قلدری	پایین (٪)	متوسط (٪)	بالا (٪)	کل (٪)
اهانت و تحقیر	۱۶/۴	۷۲	۱۱/۶	۱۰۰
خشم و کینه‌توزی	۰	۸۷/۲	۱۲/۸	۱۰۰
غفلت	۰	۸۸/۴	۱۱/۶	۱۰۰
آزار کلامی	۱۷/۶	۷۰/۸	۱۱/۶	۱۰۰
تهدید	۰	۸۴/۸	۱۵/۲	۱۰۰
فشارکاری غیرمتعارف	۲۰/۴	۶۴	۱۵/۶	۱۰۰

جدول ۳. همبستگی بین مؤلفه‌های قلدری در محیط بیمارستان با شکایات جسمانی و عواطف مثبت و منفی.

متغیرهای پژوهش	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
اهانت و تحقیر	۱/۶۸	۰/۶۳	–							
خشم و کینه‌توزی	۱/۵۹	۰/۶۵	۰/۵۹**	–						
غفلت	۱/۴۸	۰/۶	۰/۴۹**	۰/۵۳**	–					
آزار کلامی	۱/۷۶	۰/۷۲	۰/۶۳**	۰/۸۷**	۰/۵۶**	–				
تهدید	۱/۲۳	۰/۴۴	۰/۳۵**	۰/۴۵**	۰/۵۶**	۰/۴۲**	–			
فشار کاری غیرمتعارف	۱/۷۵	۰/۷۴	۰/۵۶**	۰/۶۳**	۰/۵۷**	۰/۵۱**	۰/۴۹**	–		
عواطف منفی	۲/۳۱	۰/۸۵	۰/۳۸**	۰/۳۳**	۰/۳۱**	۰/۳۴**	۰/۱۵*	۰/۵۱**	–	
عواطف مثبت	۲/۴۶	۰/۹۴	-۰/۱۲	-۰/۱۱	-۰/۰۳	-۰/۱۲*	۰/۰۲	-۰/۱۴*	-۰/۲۲**	–
شکایات جسمانی	۱/۶۱	۰/۳۲	۰/۲**	۰/۲۵**	۰/۱۷**	۰/۲۱**	۰/۱۴*	۰/۲۸**	۰/۳۵**	-۰/۲۱**

اهانت و تحقیر، خشم و کینه‌توزی، غفلت، آزار کلامی، تهدید و فشار کاری غیرمتعارف، با شکایات جسمانی و با عاطفه‌ی منفی در پرستاران زن، همبستگی معناداری داشت (P<۰/۰۵). همچنین، آزار کلامی و فشار کاری غیرمتعارف، با عاطفه‌ی مثبت، همبستگی ضعیف و معناداری داشت (p<۰/۰۵، جدول ۳). از ۶ مؤلفه‌ی قلدری در محیط کار، فشار کاری غیرمتعارف (β=۰/۲۹ ،p<۰/۰۵) پیش‌بینی‌کننده‌ی شکایات جسمانی بود (جدول ۴). از ۶ مؤلفه‌ی قلدری در محیط کار، تهدید (β=-۰/۱۸ ،p<۰/۰۱) و فشارکاری غیرمتعارف (β=۰/۴۸ ،p<۰/۰۱)، پیش‌بینی‌کننده‌ی عاطفه‌ی منفی بودند (جدول ۵، ردیف ۱). از ۶ مؤلفه‌ی قلدری در محیط کار، هیچ یک پیش‌بینی‌کننده‌ی عاطفه‌ی مثبت نبودند (جدول ۵، ردیف ۲).

بحث

این پژوهش که با هدف بررسی همبستگی بین قلدری در محیط بیمارستان با شکایات جسمانی و عواطف منفی و مثبت در میان پرستاران زن به مرحله‌ی اجرا درآمد، حمایت نسبی را برای نقش قلدری در بروز شکایات جسمانی و عواطف منفی در پرستاران زن به دست داد. در درجه‌ی نخست، یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از آن بود که بین اهانت و تحقیر، خشم و کینه‌توزی، غفلت، آزار کلامی، تهدید و فشار کاری غیرمتعارف، با شکایات جسمانی در پرستاران، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (جدول ۳).

جدول ۴. پیش‌بینی شکایات جسمانی از طریق مؤلفه‌های قلدری در پرستاران.

مؤلفه‌های قلدری	B	SE	β	t	P	R	R^2	F
اهانت و تحقیر	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۸۳	۰/۲۹۶	۰/۰۸۸	۳/۸۹**
خشم و کینه‌توزی	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۱	۱/۰۵	۰/۲۹			
غفلت	-۰/۰۱	۰/۰۵	-۰/۰۱	-۰/۱۵	۰/۸۸			
آزار کلامی	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۵	۰/۶۲			
تهدید	-۰/۰۲	۰/۰۶	-۰/۰۲	-۰/۲۹	۰/۷۷			
فشار کاری غیرمتعارف	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۲	۲/۲۴	۰/۰۳			

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۵. پیش‌بینی عواطف مثبت و منفی از طریق مؤلفه‌های قلدری در محیط بیمارستان.

ردیف	مؤلفه‌های قلدری	B	SE	β	t	P	R	R^2	F
		عواطف منفی							
۱	اهانت و تحقیر	۰/۱۷	۰/۱۱	۰/۱۱	۱/۴۷	۰/۱۴	۰/۵۴۴	۰/۲۹۶	۱۷/۰۱**
	خشم و کینه‌توزی	-۰/۰۸	۰/۱۲	-۰/۰۵	-۰/۶۵	۰/۵۲			
	غفلت	۰/۱	۰/۱۲	۰/۰۶	۰/۸۳	۰/۴۱			
	آزار کلامی	۰/۱۳	۰/۱۱	۰/۱	۱/۱۹	۰/۲۳			
	تهدید	-۰/۳۹	۰/۱۵	-۰/۱۸	-۲/۶۲	۰/۰۰۹			
	فشار کاری غیرمتعارف	۰/۶۲	۰/۱	۰/۴۸	۶/۲۱	۰/۰۰۱			
		عواطف مثبت							
۲	اهانت و تحقیر	-۰/۰۵	۰/۱۲	-۰/۰۴	-۰/۴	۰/۵۸	۰/۲۰۴	۰/۰۴۱	۱/۷۵
	خشم و کینه‌توزی	-۰/۰۲	۰/۱۳	-۰/۰۲	-۰/۱۷	۰/۸۷			
	غفلت	۰/۱	۰/۱۲	۰/۰۷	۰/۸۱	۰/۴۲			
	آزار کلامی	-۰/۱۲	۰/۱۱	-۰/۱	-۱/۰۵	۰/۳			
	تهدید	۰/۲۳	۰/۱۵	۰/۱۲	۱/۵	۰/۱۳			
	فشار کاری غیرمتعارف	-۰/۱۹	۰/۱	-۰/۱۶	-۱/۷۹	۰/۰۷			

همچنین، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های قلدری در محیط بیمارستان، فشار کاری غیرمتعارف، پیش‌بینی‌کننده‌ی شکایات جسمانی در پرستاران می‌باشد (جدول ۴).

در مجموع یافته‌های این بخش از پژوهش، به مقدار زیادی با یافته‌های گزارش شده توسط پژوهشگران دیگر همسویی دارد (۱۰-۱). البته تاکنون در کمتر پژوهشی، همبستگی قلدری در محیط بیمارستان با متغیرهایی نظیر شکایات جسمانی و عواطف مثبت و منفی، آن هم فقط در پرستاران زن، به طور مستقیم مورد بررسی قرار گرفته است. با این‌حال، در پژوهش‌های قبلی نظیر مطالعه‌ی Niedl، به رابطه‌ی بین مواجه شدن با قلدری و گزارش شکایات جسمانی بیشتر، نظیر اضطراب و برانگیختگی اشاره شده است (۲۰). همچنین، در پژوهش Maarit و Vartia، رابطه‌ی بین مواجه شدن با قلدری و کاهش سطح بهزیستی روانی و عاطفی، گزارش شده است (۲۱). در پژوهش Speedy نیز آمده است، پرستارانی که مورد قلدری واقع می‌شوند، ۲۵ درصد بیش از دیگران، محیط بیمارستان خود را ترک می‌کنند و در معرض اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، مرگ زودرس، خودکشی، خشونت خانوادگی، مصرف سنگین سیگار، نوشیدن افراطی مشروبات، پرخوری و از دست دادن روابط خود با دیگران، قرار دارند (۲۲).

به لحاظ نظری دلیل وجود همبستگی بین مؤلفه‌های قلدری با شکایات جسمانی در پرستاران این است که قلدری، موجودیت روانی و جسمی افراد را تهدید نموده و به مخاطره می‌افکند (۱۱-۱). پرستاران نیز همچون دیگر افراد، در فضایی مخاطره‌آمیز که احساس می‌کنند از نظر روانی و جسمی مورد تعدی قرار گرفته‌اند، شکایات جسمانی را تجربه می‌کنند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون (جدول ۴) خود حاکی از آن است که فشار کاری غیرمتعارف، تنها پیش‌بینی‌کننده‌ی عوامل مربوط به قلدری برای شکایات جسمانی در پرستاران است. فشار کاری غیرمتعارف که در بسیاری از شرایط بسیار ماهیت پوشیده و پنهان دارد، می‌تواند از جمله مخاطره‌آمیزترین عوامل مربوط به قلدری برای سلامتی جسمی زنان پرستار باشد. به نظر می‌رسد که تخصیص عمدی وظایف و امور کاری فراوان به افراد در محیط‌های کاری و از جمله به پرستاران زن، علی‌رغم ماهیت معقول خود، شیوه‌ی بسیار مؤثر و کارآمد و البته غیرانسانی و غیراخلاقی است که می‌تواند با ماهیتی انسان‌دوستانه اما دارای مقاصد غیرانسانی، سلامتی و نشاط پرستاران را با بروز علایم جسمانی، مورد تهدید قرار دهد. برهمین اساس توصیه می‌شود که در پژوهش‌های بعدی در یک الگوی علّی- زنجیره‌ای، همبستگی قلدری با شکایات جسمانی و سلامتی ادراک شده و واقعی، مورد بررسی قرار گیرد تا بدین‌وسیله مشخص شود که آیا پس از شکایات جسمانی، سلامتی ادراک شده و واقعی پرستاران زن، به مخاطره می‌افتد یا خیر و در صورت بروز چنین مخاطراتی آیا این مخاطرات در نظام‌های بدنی خاصی بروز می‌کند یا خیر.

در بخش دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر، نشان داده شد که اهانت و تحقیر، خشم و کینه‌توزی، غفلت، آزار کلامی، تهدید و فشار کاری غیرمتعارف، با عاطفه‌ی منفی و آزار کلامی، و فشار کاری غیرمتعارف با عاطفه‌ی مثبت، دارای همبستگی معنادار هستند (جدول ۳). نتایج تحلیل رگرسیون

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

نیـز نشـان داد کـه تهدیـد و فشـار کـاری غیـرمتعـارف، پیش‌بینی‌کننـده‌ی عاطفـه‌ی منفـی در پرسـتاران زن بـوده و هیچ‌یک از ۶ مؤلفه‌ی قلدری در محیط کار، پیش‌بینی‌کننده‌ی عاطفه‌ی مثبـت نمـی‌باشـند (جـدول ۵). بـرای ایـن بخـش از یافته‌های پژوهش حاضر، مطالعه‌ی مشابهی حتـی در خـارج از ایران هم در دسترس قرار نداشت تا نتایج آنها با یکدیگر، مورد مقایسه قرار گیرد. با این‌حال، در رابطه با نقش‌هایی کـه بـرای برخی مؤلفه‌های قلدری در تحلیل رگرسیون به دست آمد، بـه لحاظ نظری می‌توان توضـیحاتی ارایـه کـرد. در درجـه‌ی اول، عدم توانایی پیش‌بینی عاطفه‌ی مثبـت از طریـق هـیچ یـک از مؤلفه‌های قلـدری، بـه احتمـال زیـاد حـاکی از آن اسـت کـه عاطفه‌ی مثبت در محیط‌هـای کـاری پرسـتاران زن، بـه طـور جدی تحت تأثیر مؤلفه‌های قلدری قرار نمی‌گیرد. دلیل بسـیار محتمل این امر آن است که عواطف مثبت صـرف نظـر از ایـن که پرستاران زن با قلدری مواجه بشوند یا نه، بـه عنـوان یـک سازوکار مقابله‌ای عاطفی برای مقابلـه بـا جنبـه‌هـای مختلـف شغل آنها عمل کرده و چندان زمینـه‌ی تضـعیف آن از طریـق قلدری، فراهم نمـی‌شـود. امـا وضـعیت بـرای عواطـف منفـی، متفاوت است.

چنان‌که در بالا اشاره شد، تهدید و فشار کاری غیرمتعـارف، پـیش‌بینـی‌کننـده‌ی عاطفـه‌ی منفـی هسـتند. فشـارکـاری غیرمتعارف برای پیش‌بینی شکایات جسمانی نیـز دارای تـوان پیش‌بینی معناداری بود. توان پیش‌بینی فشارکاری غیرمتعارف برای عاطفه‌ی منفی خود در درجـه‌ی اول، حکایـت از اهمیـت این بعد از قلدری در محیط‌های کاری پرسـتاران زن دارد. بـه نظر، کاملاً منطقی است که وقتی افراد از طریق وظایف و امـور غیرمتعارف، تحت فشار عمدی آزار رسان قـرار مـی‌گیرنـد، بـه دلیل تجربه تدریجی احساس فرسودگی و ناتوانی در غلبـه بـر مشکلات، عواطف منفی نظیر عصبانیت، اضـطراب، افسـردگی، دلسردی، نا امیدی، خسـتگی، وحشـت، برافروختگـی و غـم و اندوه را تجربه کنند. همین مهم، از طریق نقـش تهدیـد بـرای عاطفه‌ی منفی در پرستاران زن نیـز اتفـاق مـی‌افتـد. بـه ایـن ترتیب که وقتی تهدیدهای آشکار و نهان، پرستاران زنی را کـه از طریق فشارکاری غیرمتعارف در آستانه‌ی فرسودگی هستند، هدف قرار می‌دهد، با افزایش سطح نگرانی، اضـطراب کـاری و اضطراب عمومی، شرایط برای تجربه‌ی عواطـف منفـی فـراهم می‌شود. از چنین منظری بسیار محتمـل اسـت کـه عاطفـه‌ی منفی، متغیر واسـطه‌ای در همبسـتگی تهدیـد و فشـار کـاری غیرمتعارف با شکایات جسمانی در پرستاران زن باشد.

نتیجه‌گیری

بر مبنای یافته‌های این پژوهش، توصیه مـی‌شـود کـه یـک نظام دریافت اطلاعات مربوط به موارد قلدری در بیمارستان‌هـا به وجود آید تـا از آن طریـق، از اشـاعه‌ی فرهنـگ رفتارهـای قلدرمآبانـه کـه تهدیـدی بـرای سـلامت جسـمی و عـاطفی پرستاران زن محسوب می‌شود، جلوگیـری بـه عمـل آیـد. بـه معنای دیگر، لازم است تا از طریق نظام‌های مدیریت پرستاری در بیمارستان‌هـا، کـانون یـا مرجعـی بـرای دریافـت شـکایات پرستارانی که با قلدری در اشـکال مختلـف مواجـه مـی‌شـوند، پدید آید. فعالیت چنین دفاتری عـلاوه بـر قـانونی بـودن، لازم است تا با رازداری کامل، معطوف به بررسی مـوارد بـه صـورت میدانی و در صورت تأیید، انجام اقدامات بازدارنـده مبتنـی بـر دسـتورالعمل‌هـای روشـن نظیـر تـذکر در مـوارد اول، سـپس اجرایی نمودن برخی مقابله‌های بازدارنده باشد. همچنین، لازم است در بیمارستان‌ها بـرای پرسـتاران زن دوره‌هـای آمـوزش مدیریت قلدری از طرف همکاران و سرپرست برگـزار شـود تـا آنها بتوانند هنگام مواجهه بـا ایـن‌گونـه رفتارهـا، بـا مقابلـه‌ی صحیح و مسأله‌محور، از تبعات منفی قلـدری بـرای بهزیسـتی خود، جلوگیری به عمـل آورنـد. اصـول اخلاقـی مطـرح بـرای پژوهش، از جمله گمنامی پاسخ‌گویـان، کسـب موافقـت بـرای اجرای پژوهش و استفاده از داده‌های حاصل از اجرای پـژوهش فقـط بـرای تحلیـل آمـاری در راسـتای اهـداف پـژوهش، در پژوهش حاضر مد نظر قرار گرفته است.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی پرستاران زن شـرکت‌کننـده در پـژوهش همراه با مدیران بیمارستان‌هایی که امکان اجرای این پـژوهش را فراهم نمودند، تشـکر و قـدردانی نمـوده و از خداونـد منـان برای همه ایشان، آرزوی سعادت و موفقیت می‌نماییم.

REFERENCES

1. Bandow D, Hunter D. Developing policies about uncivil workplace behavior. Bus Commun Q 2008; 71: 103-6.

2. Altman B. Workplace bullying and the racially diverse urban context: Implications for adult education. Multicultural Learn Teach 2009; 4(1): 36-44.

3. Bowie V, Fisher B, Cooper CL. Workplace violence: Issues, trends, strategies. Devon, U.K: Willan Publishing; 2005.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

4. Heames J, Harvey M. Workplace bullying: A cross-level assessment. Manage Decis 2006; 44(9): 1214-30.

5. Branch S, Ramsay S, Barker M. Workplace Bullying. New York: Palgrave MacMillan; 2008.

6. Matthiesen SB, Einarsen S. Perpetrators and targets of bullying at work: role stress and individual differences. Violence Victim J 2007; 22(6): 735-53.

7. Meglich P. Gender effects of interpersonal workplace harassment. J Appl Bus Econ 2008; 8(4): 9-24.

8. Kauppinen K, Tuomola T. Work-related violence, bullying, and sexual harassment. In: Linos A, Kirch W, editors. Promoting health for working women. New York, U.S.A.: Springer Publishing; 2008. p. 161.

9. Olafsson RF, Johannsdottir HL. Coping with bullying in the workplace: the effect of gender, age and type of bullying. Br J Guid Couns 2004; 32(3): 319-33.

10. Griffin-Smith R, Gross AM. Bullying: Prevalence and the effect of age and gender. Child Fam Behav Ther 2006; 28(4): 13-37.

11. Djurkovic N, McCormack D, Casimir G. Neuroticism and the psychosomatic model of workplace bullying. J Manage Psychol 2006; 21(1): 73-88.

12. Golparvar M, Sadeghi S, Mosahebi MR. Construction and validation of general bullying at workplace questionnaire. Unpublished research, Islamic Azad University, Isfahan; 2012. (Full Text in Persian)

13. Beck JE. A developmental perspective on functional somatic symptoms. J Pediatr Psychol 2008; 33(5): 547-62.

14. Kane PP. Stress causing psychosomatic illness among nurses. Ind J Occup Environ Med 2009; 13(1): 28-32.

15. Abdelrahim I, Humaida I. Relationship between stress and psychosomatic complaints among nurses in Tabarjal Hospital. Open J Med Psychol 2012; 1: 15-9.

16. Golparvar M, Karami M. The relationship between trait positive and negative affect with injustice and destructive behaviors of employees. Q J Psychol Studies 2011; 7(3): 97-131. (Full Text in Persian)

17. Golparvar M, Karami M. Moderating role of positive and negative affect on the relationship between organizational injustice and destructive behaviors of employees. Q J Appl Psychol 2010; 4(3/15): 7-23. (Full Text in Persian)

18. Walter F, Bruch H. The positive group affect spiral: a dynamic model of the emergence of positive affective similarity in work groups. J Organiz Behav 2008; 29: 239-61.

19. Ghasemi M, Rezaei M, Fathi-Ashtiani A, Mirzaei P, Jonaidi N. Exposure of nurses with physical violence in academic hospitals of Baqiyatallah Medical University. J Milit Med 2008; 9(2): 113-21. (Full Text in Persian)

20. Niedl K. Mobbing and well-being: Economic and personnel development implications. Eur J Work Organiz Psychol 1996; 2: 239-49.

21. Maarit A-L, Vartia MA. Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. Scand J Work Environ Health 2001; 27(1): 63-9.

22. Speedy S. Workplace violence: The dark side of organizational life. Contemp Nurs 2006; 21(2): 239-50.

23. Glaso L, Nielsen MB, Einarsen S. Interpersonal problems among perpetrators and targets of workplace bullying. J Appl Soc Psychol 2009; 39: 1316-33.

24. Razzaghian M, Shah A. Prevalence, antecedents, and effects of workplace bullying: A review. Afr J Bus Manage 2011; 5(35): 13419-27.

25. Vie LT, Glaso L, Einarsen S. Health outcomes and self-labeling as a victim of workplace bullying. J Psychol Res 2011; 70: 37-43.

26. Hassanzadeh R. Research methods for behavioral sciences. 1st ed. Tehran: Savalan Press; 2004. (Text in Persian).

27. Algina J, Olejnik S. Determining sample size for accurate estimation of the squared multiple correlation coefficient. Multivar Behav Res 2000; 35(1): 119-36.

28. Golparvar M. Preliminary construction and validation of psychosomatic questionnaire. Unpublished Research, Islamic Azad University, Isfahan; 2012. (Full Text in Persian)

29. Van Katwyk PT, Fox S, Spector PE, Kelloway EK. Using the Job-Related Affective Well-Being Scale (JAWS) to investigate affective responses to work stressors. J Occup Health Psychol 2000; 5(2): 219-30.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]