



Design and Validation of a Strategic Causal Model of the Experience of Rejection in the Nursing

Davood Rahimishad¹, Saeed Baghersalimi^{2*}, Mohammadreza Azadehdel³,
Ruhollah Alikhan Gorgani⁴

1- Department of Public Administration, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2- Department of Public Administration, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

3- Department of Public Administration, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

4- Department of Public Administration, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Corresponding author: Saeed Baghersalimi., Department of Public Administration, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Email: s.b.salimi@iau.ac.ir

Received: 2025/06/1

Accepted: 2025/06/30

Abstract

Introduction: Rejection in the workplace means being left out or ignored by colleagues and the organization, which has numerous negative consequences. This experience can have lasting effects on the psychological, behavioral, and organizational dimensions of the individual and lead to reduced self-esteem, reduced job performance, burnout, job abandonment, and even deviant behaviors. This study aimed to design and validate a strategic causal model of the experience of rejection in nursing.

Methods: The present study was conducted with a mixed approach (qualitative and quantitative) to investigate and analyze the driving factors of rejection in nurses and its consequences in the workplace in 1403-1404. In the qualitative section, the statistical population included 12 academic experts and experienced nurses who were selected in a purposeful manner. The research tool in the qualitative section is the use of in-depth interviews and empirical data analysis to identify the mechanisms and processes experienced by nurses. The analysis method of this section was thematic analysis using Atlas T software. Then, in the quantitative section, the proposed model was designed and evaluated. In the quantitative section, the statistical population was nurses from public hospitals in Qazvin, 400 of whom were randomly selected using the Morgan table. In this section, a researcher-made questionnaire was used after validating its validity and reliability. The analysis method of this section was conducted using confirmatory factor analysis using IMOS software.

Results: The results of the qualitative section showed that exclusion in the nurses' workplace is affected by factors such as heavy workload, lack of social support, opaque managerial decision-making, psychosocial pressures, and lack of professional development. Also, exclusion can lead to behaviors such as organizational silence, reduced motivation, social isolation, and reduced quality of care services. Given the key role of nurses in the health system, this experience can have widespread consequences on the entire health care system, especially during stressful times such as pandemics. The results of the quantitative part showed that the path coefficients were greater than 0.7 and the t-coefficients were greater than 1.96, therefore, the path analysis of the qualitative model was approved and the model has sufficient validity.

Conclusions: Finally, the research has concluded that managing the experience of exclusion by strengthening a supportive organizational culture, training communication skills and conflict management, and improving working conditions can help reduce the negative effects of exclusion in the workplace of nurses. The model designed in this research provides a comprehensive framework for better understanding the factors and strategies for dealing with cognitive-behavioral exclusion and introduces practical solutions for improving the working conditions of nurses and increasing the productivity of human resources.

Keywords: Workplace exclusion, Cognitive-behavioral exclusion, nurses, Experience management, Health system.



طراحی و اعتبار سنجی مدل علی راهبردی تجربه پردشدگی در پرستاری

داود رحیمی شاد^۱، سعید باقرسلیمی^{۲*}، محمدرضا آزاد دل^۳، روح الله علیخان گرگانی^۴

۱. گروه مدیریت دولتی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۲. گروه مدیریت دولتی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۳. گروه مدیریت دولتی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۴. گروه مدیریت دولتی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

نویسنده مسئول: سعید باقرسلیمی، گروه مدیریت دولتی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

ایمیل: s.b.salimi@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۴/۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۱۱

چکیده

مقدمه: پردشدگی در محیط کار به معنای کنار گذاشته شدن یا نادیده گرفتن فرد توسط همکاران و سازمان است که پیامدهای منفی متعددی دارد. این تجربه می‌تواند بر ابعاد روان‌شناختی، رفتاری، و سازمانی فرد اثرات ماندگاری داشته باشد و به کاهش عزت‌نفس، کاهش عملکرد شغلی، فرسودگی شغلی، ترک شغل، و حتی رفتارهای انحرافی منجر شود. این پژوهش با هدف طراحی و اعتبارسنجی مدل علی راهبردی تجربه پردشدگی در پرستاری انجام گرفته است.

روش کار: مطالعه حاضر با رویکرد ترکیبی (کیفی و کمی) به بررسی و تحلیل عوامل پیش‌برنده پردشدگی در پرستاران و پیامدهای ناشی از آن در محیط کار در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ انجام شد. در بخش کیفی، جامعه آماری شامل ۱۲ نفر از خبرگان دانشگاهی و پرستاران مجرب بودند که به شیوه هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش در بخش کیفی، استفاده از مصاحبه‌های عمیق و تحلیل داده‌های تجربی برای شناسایی مکانیسم‌ها و فرآیندهای تجربه‌شده توسط پرستاران است. روش تجزیه و تحلیل این بخش به شیوه تحلیل مضمون با استفاده از نرم افزار اطلس تی بوده است. سپس در بخش کمی، مدل پیشنهادی طراحی و ارزیابی شد. در بخش کمی، جامعه آماری پرستاران بیمارستان‌های دولتی قزوین می‌باشد که به شیوه تصادفی و با استفاده از جدول مورگان ۴۰۰ نفر انتخاب شدند. در این بخش از پرسشنامه محقق ساخته بعد از تایید روایی و پایایی استفاده شده است. روش تحلیل این بخش با استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی و با نرم افزار ایموس انجام شده است.

یافته‌ها: نتایج بخش کیفی نشان داد که پردشدگی در محیط کاری پرستاران متأثر از عواملی چون بارکاری شدید، نبود حمایت اجتماعی، تصمیم‌گیری غیرشفاف مدیریتی، فشارهای روانی-اجتماعی و فقدان پیشرفت حرفه‌ای است. همچنین، پردشدگی می‌تواند منجر به رفتارهایی نظیر سکوت سازمانی، کاهش انگیزه، انزوای اجتماعی، و کاهش کیفیت خدمات مراقبتی شود. با توجه به نقش کلیدی پرستاران در نظام سلامت، این تجربه می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای بر کل سیستم بهداشت و درمان به‌ویژه در دوران پرتنش مانند همه‌گیری‌ها داشته باشد. نتایج بخش کمی نشان داد که ضرایب مسیر بیشتر از ۰٫۷ و ضرایب t بیشتر از ۱٫۹۶ بوده است از این رو تحلیل مسیر مدل کیفی مورد تایید بوده است و مدل از اعتبار کافی برخوردار است.

نتیجه‌گیری: در نهایت، پژوهش به این نتیجه رسیده است که مدیریت تجربه پردشدگی از طریق تقویت فرهنگ سازمانی حمایتی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و مدیریت تعارضات، و ارتقای شرایط کاری می‌تواند به کاهش اثرات منفی پردشدگی در محیط کاری پرستاران کمک کند. مدل طراحی‌شده در این تحقیق، چارچوبی جامع را برای درک بهتر عوامل و راهبردهای مقابله با پردشدگی شناختی-رفتاری ارائه می‌دهد و راهکارهای عملی برای بهبود شرایط کاری پرستاران و افزایش بهره‌وری منابع انسانی معرفی می‌کند. **کلیدواژه‌ها:** پردشدگی محیط کاری، پردشدگی شناختی-رفتاری، پرستاران، مدیریت تجربه، نظام سلامت.

مقدمه

طرد شدگی (ostracism) در پرستاری به معنی اخراج یا کنار گذاشتن یک پرستار از کار، به دلیل عملکرد نامناسب، نقض قوانین، یا عدم تطابق با ارزش‌ها و اهداف سازمانی است. این تجربه می‌تواند پیامدهای روانی و حرفه‌ای جدی برای پرستار طرد شده داشته باشد و بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی نیز تأثیر منفی بگذارد (۱،۲). طردشدگی می‌تواند پیامدهای منفی قابل توجهی داشته باشد و بر سلامت روان، عملکرد شغلی، و حتی رفتارهای اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد (۳). در محیط‌های کاری، طردشدگی به اشکال مختلفی بروز پیدا می‌کند؛ از جمله کنار گذاشته شدن در تصمیمات گروهی، دعوت نشدن به جلسات یا فعالیت‌های جمعی و بی‌توجهی همکاران (۴). تحقیقات نشان می‌دهد تعداد زیادی از کارکنان تجربه طردشدگی در محل کار را داشته‌اند و نمی‌توان آثار و عواقب آن را نادیده گرفت (۵).

این پدیده می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعدد فرهنگی، اجتماعی و سازمانی قرار گیرد (۶). طردشدگی نه تنها موجب تضعیف عزت نفس و سلامت روان کارکنان می‌شود، بلکه روابط میان‌فردی، بهره‌وری و تعهد شغلی را هم تهدید می‌کند (۷). پاسخ‌های رفتاری به طردشدگی می‌تواند از رفتارهای کاملاً منفعلانه تا اقدامات خشم‌آلود و انتقام‌جویانه متغیر باشد (۸). در برخی موارد، حتی ادراک حضور در معرض طرد شدن یا قربانی بودن، کافی است تا واکنش‌های عاطفی و روانی شدیدی در فرد برانگیخته شود (۹). طردشدگی در محیط کار، از آنجا که غالباً تحت عنوان “خشونت سرد” (cold violence) و مخفیانه رخ می‌دهد، نظارت و کنترل آن دشوار است و معمولاً هیچ جریمه‌ای برای رفتارهای مربوط به طردشدگی در نظر گرفته نمی‌شود (۱۰).

برخلاف سایر اشکال رفتارهای مخرب شغلی که ممکن است آشکارا بروز یابند، طردشدگی معمولاً ماهیتی پنهان و لطیف دارد و این ویژگی باعث می‌شود پیامدهای بلندمدت و عمیق‌تری بر ساختار روان‌شناختی کارکنان داشته باشد (۱۱). افرادی که در محیط‌های سازمانی طرد می‌شوند غالباً به تدریج به رفتارهای ضدسازمانی، اعم از آشکار یا پنهان، تمایل پیدا می‌کنند (۱۲). این رفتارها، علت اصلی بخش عمده‌ای از اختلالات سازمانی، افزایش ترک شغل، کاهش بهره‌وری، و تحمیل هزینه‌های آشکار و پنهان بر سازمان‌ها محسوب می‌شود (۱۳).

مطالعه طردشدگی به دو بعد شناختی و رفتاری تقسیم می‌شود (۱۴). بعد شناختی مربوط به ادراک، باورها و

احساسات فرد نسبت به طردشدگی در محیط کار است، در حالی که بعد رفتاری، به رفتارهای آشکار و قابل مشاهده ناشی از طردشدگی اشاره دارد (۱۵). ممکن است فردی صرفاً بر اساس برداشت و تفسیر ذهنی خود احساس طردشدگی کند، یا اینکه به طور عینی با رفتارهایی مواجه شود که مؤید کنار گذاشته شدن اوست (۱۶). هر دوی این وجوه می‌توانند زمینه‌ساز بروز رفتارهای جبرانی یا حتی تخریبی علیه سازمان شوند (۱۷).

در حوزه سلامت، به ویژه در دوره همه‌گیری کووید-۱۹، شدت و عمق طردشدگی میان پرستاران و کادر درمان بیشتر مشاهده شد (۱۸). پرستاران نه تنها بار کاری و روانی فراوان تحمل کردند، بلکه در مواردی به علت شرایط خاص استخدامی یا سیاست‌های مدیریت، احساس بی‌ارزشی یا واگذاری کوتاه‌مدت را تجربه نمودند (۱۹). پیامد این طردشدگی‌ها افزایش بی‌انگیزگی، تمایل به ترک شغل و افت کیفیت مراقبت از بیماران بود (۲۰).

لذا، توجه و حمایت از کارکنان بویژه پرستاران - چه از نظر روانی و چه از منظر ساختاری سازمانی - امری ضروری است تا اثرات مخرب طردشدگی کاهش یابد و ارتقاء بهره‌وری و کیفیت عملکردی سازمان تضمین شود (۲۱). باوجود اهمیت این موضوع، در فضای پژوهشی داخل کشور، عمدتاً مطالعات به تحلیل کمی طردشدگی بسنده کرده‌اند و کمتر به ابعاد عمیق‌تر شناختی و رفتاری و مدیریت تجربه طردشدگی از منظر عملی و نظری پرداخته‌اند (۲۲).

El-Sayed و همکاران (۲۰۲۵) به بررسی تأثیر سکوت سازمانی در رابطه میان تجربه طردشدگی در محیط کار و رفتار تعلل پرستاران پرداخته است. نتایج مدل معادلات ساختاری نشان داد که سکوت سازمانی نقش میانجی مهمی دارد که باعث تشدید اثرات منفی طردشدگی بر رفتارهای تعلل در پرستاران می‌شود. به عبارت دیگر، پرستارانی که احساس طردشدگی و همزمان ناتوانی در بیان مشکلات خود دارند، رفتار تعلل بیشتری از خود نشان می‌دهند که این موضوع می‌تواند به کاهش کیفیت خدمات منجر شود (۱). Elliothey و همکاران (۲۰۲۴) به بررسی رابطه میان اخلاق کاری، تجربه طردشدگی در محل کار و رفتارهای ضد خدماتی در بین پرستاران پرداخته است. اخلاق کاری بالا به عنوان یک عامل محافظتی در برابر تجربه طردشدگی و کاهش رفتارهای ضد خدماتی معرفی شده است. همچنین تجربه طردشدگی باعث افزایش رفتارهای منفی از جمله غیبت، کاهش انگیزه و کاهش تعهد سازمانی می‌شود. مدل

باعث افزایش اعتبار و کاربردی بودن نتایج در محیط‌های پرستاری می‌شود. ۳- ضعف در شناسایی راهبردهای مقابله‌ای و پیشگیرانه اثربخش که مطالعات پیشین به طور کل به بررسی احساس طردشدگی بسنده کرده و کمتر به توسعه راهبردهای مقابله‌ای و پیشگیرانه پرداخته‌اند. نقش پژوهش حاضر در رفع این خلاء، تعریف و تبیین راهبردهای علمی مبتنی بر مدل علی که می‌تواند به شکل هدفمند به کاهش تجربه طردشدگی و افزایش کارآمدی پرستاران کمک کنند. ۴- نبود داده‌های کمی و کیفی تلفیقی برای تحلیل دقیق که اکثر تحقیقات به صورت کیفی و یا صرفاً کمی بوده‌اند و تلفیق این دو روش برای درک کامل‌تر از ساختار علی غایب است. نقش پژوهش حاضر در رفع این خلاء، استفاده از روش‌های تلفیقی (میکس متد) برای استخراج اطلاعات غنی‌تر و تحلیل جامع‌تر روابط علی در تجربه طردشدگی.

بر این اساس، سوال مطالعه حاضر این است که الگوی علی راهبردی برای مدیریت تجربه طردشدگی در میان پرستاران چیست؟ و آیا از اعتبار کافی برخوردار است؟ این رویکرد، ضمن ارائه بینش عمیق‌تر به پژوهشگران، می‌تواند راهنمایی مؤثر برای مدیران و تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت باشد تا با بهبود وضعیت روابط سازمانی و حمایت‌های روانی، از بروز و تداوم طردشدگی و آثار مخرب آن جلوگیری کنند.

روش کار

در این پژوهش، روش‌شناسی بر اساس مدل پیاو پژوهش ساندروز طراحی و اجرا شد. این مدل که شامل لایه‌های مختلفی از فلسفه پژوهش تا روش‌های جمع‌آوری و تحلیل داده است، چارچوبی سیستماتیک برای پیشبرد پژوهش فراهم می‌کند. پژوهش حاضر از نوع آمیخته (کمی-کیفی) است و به‌منظور دستیابی به هدف اصلی پژوهش، از ترکیب بخش کیفی و کمی استفاده شده است که به‌صورت مکمل یکدیگر عمل کرده‌اند.

در بخش کیفی این پژوهش ماهیتی اکتشافی دارد و از فلسفه تفسیرگرایانه و رویکرد استقرایی برای شناسایی و فهم عمیق مقوله‌های زیربنایی پدیده مورد مطالعه بهره گرفته شده است. این بخش با استفاده از استراتژی مطالعه تک‌موردی انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل خبرگان دانشگاهی و پرستاران مجرب و طرد شده بود. نمونه‌گیری در این بخش به روش هدفمند انجام شد و ۱۲ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته

معادلات ساختاری نشان می‌دهد که افزایش اخلاق کاری می‌تواند اثرات منفی طردشدگی محیط کار را کاهش دهد (۲۳). Basuny و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی رابطه تجربه طردشدگی با ادراک پرستاران از رفتارهای مغایر با مسئولیت در محیط کار مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌ها نشان داد که هرچه پرستاران بیشتر احساس طردشدگی کنند، ادراک منفی بیشتری نسبت به مسئولیت‌پذیری با همکارانشان دارند و خود نیز احتمال بروز چنین رفتارهایی در آنها افزایش می‌یابد. این موضوع تاثیر مضر بر روحیه کاری، تعاملات تیمی و کیفیت مراقبت پرستاری دارد (۲۴). تجربه طردشدگی در پرستاری یکی از موضوعات کم‌توجه به حساب می‌آید که تأثیرات روانی، رفتاری و حتی حرفه‌ای عمیقی بر پرستاران دارد. علیرغم اهمیت بالای این موضوع در بهبود سلامت روانی و کارایی پرستاران، پژوهش‌های پیشین به اندازه کافی به بررسی ابعاد علی و راهبردی این تجربه نپرداخته‌اند. از این رو، شناسایی مدل‌های علی دقیق که بتوانند عوامل، فرایندها، و پیامدهای تجربه طردشدگی را به صورت راهبردی توضیح دهند، ضروری است. Elksas و همکاران (۲۰۲۴) به بررسی رابطه میان تجربه طردشدگی محیط کار و عملکرد شغلی و همچنین بیگانگی کاری در پرستاران پرداخته است. نتایج نشان داد که تجربه طردشدگی به طور مستقیم منجر به کاهش عملکرد شغلی و افزایش بیگانگی پرستاران از محیط کار می‌شود. بیگانگی شغلی خود نیز می‌تواند زمینه‌ساز ترک شغل و کاهش رضایت شغلی باشد، که آثار جدی بر سیستم‌های مراقبتی دارد. پیشگیری و مدیریت طردشدگی محیط کار برای بهبود عملکرد پرستاران تاکید شده است (۱۴).

خلأهای موجود در مطالعات پیشین شامل: ۱- فقدان مدل علی راهبردی جامع است که بیشتر مطالعات گذشته به صورت جزئی و توصیفی به تجربه طردشدگی پرداخته‌اند و رویکرد علی و راهبردی در تحلیل این موضوع مغفول مانده است. نقش پژوهش حاضر در رفع این خلاء، ارائه یک مدل علی ساختاریافته که به‌صورت راهبردی متغیرهای دخیل در تجربه طردشدگی را شناسایی و روابط علی آن‌ها را تحلیل می‌کند. ۲- کمبود مطالعات بومی مبتنی بر زمینه حرفه پرستاری است که بسیاری از تحقیقات بیشتر در زمینه‌های روانشناسی عمومی و یا سایر گروه‌های شغلی انجام شده‌اند و کمتر به بستر خاص پرستاری توجه شده است. نقش پژوهش حاضر در رفع این خلاء، تمرکز دقیق بر پرستاری در بستر فرهنگی-اجتماعی ایران، که

با افراد مطلع و مرتبط صورت گرفت. فرآیند مصاحبه‌ها تا رسیدن به نقطه اشباع نظری ادامه یافت، به گونه‌ای که اطلاعات جدیدی برای تحلیل به دست نیامد. ابزار اصلی گردآوری اطلاعات در این مرحله، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بود که بر اساس پرسش‌های کلیدی و باز طراحی شده بود. در این بخش سوالات مصاحبه در سه بخش شامل سوالات عمومی و ۴ سوال اختصاصی در حوزه عوامل سازمانی و ۳ سوال اختصاصی درباره عوامل راهبردی طراحی شد. محل مصاحبه شهر قزوین بوده است. روایی صوری و محتوایی سوالات مصاحبه توسط هیئت داوران متشکل از سه خبره پرستاری انجام شد. پایایی و اعتبارسنجی کدگذاری با روش بازآزمون روی دو مصاحبه و توافق بیش از ۸۰٪ بین کدگذاران تایید شد. داده‌های کیفی با استفاده از روش تحلیل مضمون با استفاده از نرم افزار اطلس تی (Atlas ti) بررسی شدند.

در بخش کمی این پژوهش بر اساس فلسفه اثبات‌گرایی و رویکرد قیاسی طراحی و اجرا شد. جامعه آماری این بخش شامل کلیه آماری شامل تمام پرستاران بیمارستان‌های شهر قزوین بود که نمونه‌گیری آن به روش تصادفی ساده با استفاده از جدول مورگان انجام شد. در این بخش، از میان مشتریان در دسترس، نمونه‌ای به حجم ۴۰۰ نفر با استفاده از فرمول کوکران انتخاب شد. ابزار اصلی گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق ساخته بود که بر اساس مضامین و ابعاد استخراج شده از بخش کیفی طراحی و تدوین شد. این پرسشنامه شامل گویه‌هایی برای سنجش متغیرهای اصلی پژوهش بود. به این منظور سوالات پرسشنامه محقق ساخته شامل سوالات عمومی، ۱۸ سوال اختصاصی در حوزه عوامل سازمانی و ۱۵ سوال اختصاصی در حوزه راهبردها

بوده است. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات خبرگان حوزه مدیریت و خبرگان پرستاری بررسی شد و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ تأیید شد که عدد آن بالاتر از ۰.۷ بود و نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار بود. داده‌های کمی با روش تحلیل عاملی تاییدی و با استفاده از نرم افزار AMOS و SPSS تحلیل شدند.

در پژوهش کیفی، ملاحظات اخلاقی از اهمیت بالایی برخوردار هستند. این ملاحظات در پژوهش حاضر شامل احترام به شرکت‌کنندگان، حفظ حریم خصوصی، محرمانگی اطلاعات، عدم سوگیری و مسئولیت پذیری می‌باشد. پژوهشگر در طول فرایند تحقیق، از جمله طراحی، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل، و انتشار یافته‌ها، به این اصول اخلاقی پایبند بوده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۲ نفر از خبرگان دانشگاهی و پرستاران مجرب و طرد شده مطرح مصاحبه شد. شایان ذکر است که فرآیند مصاحبه در زمستان ۱۴۰۳ انجام شد. در این قسمت، مصاحبه شونده‌گان را بر اساس سطح تحصیلات، سابقه کار و جنسیت طبقه بندی شده اند و فراوانی مربوط به هر دسته به همراه درصد آن نمایش داده می شود. بر اساس اطلاعات آماری و جمعیت شناسی، بیشتر مصاحبه شونده‌گان مرد می باشد ۵۸٪ و کمترین زن ۴۲٪ هستند. طبق جدول ۱، همچنین به تفکیک سابقه کار افراد ۵-۱۰ سال ۹٪ و ۱۱-۲۰ سال ۶۴٪ و ۲۰ سال به بالا ۲۷٪ را به خود اختصاص داده اند و بر اساس تحصیلات ۴۱٪ دکتری و کارشناسی ارشد و ۵۹٪ کارشناسی می باشند.

جدول ۱. آمار توصیفی پژوهش

متغیر	دسته‌بندی	فراوانی	درصد (%)
جنسیت	مرد	۷	۵۸
	زن	۵	۴۲
سابقه کار	۵ تا ۱۰ سال	۱	۹
	۱۱ تا ۲۰ سال	۸	۶۴
	بیشتر از ۲۰ سال	۳	۲۷
تحصیلات	دکتری و کارشناسی ارشد	۵	۴۱
	کارشناسی	۷	۵۹

فرایند شکل‌گیری زیرطبقات، طبقات فرعی، طبقات اصلی و تم‌های اصلی

مرحله اول: استخراج کدهای اولیه (Sub-categories / Codes)

یا مفهومی ختم می‌شوند که چارچوب کلی مدل را تشکیل می‌دهند.

• در پژوهش حاضر، تم‌های اصلی شامل:

۱. عوامل درون سازمانی و عوامل برون سازمانی در ۴۴ مضمون

پایه (به عنوان پیش‌برنده یا پایه پدیده پردشدگی)

۲. راهبردها و استراتژی‌های مقابله با پردشدگی در ۳۴

مضمون پایه.

جستجوی تم‌ها

فرآیند تحلیل مضمون در این پژوهش با هدف استخراج ابعاد پنهان و عمیق تجربه پردشدگی در پرستاران انجام شد.

در این راستا، پس از انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و

کدگذاری اولیه، داده‌ها در قالب سه مقوله سازمان‌دهنده

اصلی شامل «عوامل درون سازمانی»، «عوامل برون سازمانی»

و «راهبردها و استراتژی‌های مقابله» طبقه‌بندی گردید.

برای هر یک از مقوله‌های استخراج‌شده، زیرمضامین

(شبکه مضامین) با تجمیع کدهای مشابه و تحلیل محتوایی

اظهارات مشارکت‌کنندگان شکل گرفت.

به‌منظور افزایش روایی و شفافیت یافته‌ها، نمونه‌هایی

از عین‌گویی‌های منتخب شرکت‌کنندگان (کوئیشن‌ها)

برای هر مضمون پایه ارائه شده است تا تصویری واقعی

و عینی از تجربه زیسته پرستاران در مواجهه با پردشدگی

و راهبردهای مقابله با آن به دست دهد. جدول ۲، شبکه

مضامین شناسایی‌شده، طبقه‌بندی مضمون‌ها و نمونه‌هایی

از کوئیشن‌های مشارکت‌کنندگان را نمایش می‌دهد:

• شروع کار با مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته یا متون جمع‌آوری شده انجام می‌شود.

• هر عبارت، جمله یا پاراگراف که حامل معنایی مرتبط با

پدیده مورد نظر باشد، یک کد اولیه دریافت می‌کند.

• در تحقیق تم (براساس متن)، در مرحله اول ۲۳۲ مقوله یا

کد پایه احصا شده است.

مرحله دوم: تشکیل طبقات فرعی (Sub-themes)

• کدهای مشابه یا مرتبط با یک مضمون مشترک، در کنار

هم قرار می‌گیرند و یک طبقه فرعی (یا زیرمضمون) را

تشکیل می‌دهند.

• مثلاً کدهایی مانند «بارکاری زیاد»، «کمبود منابع»،

«فقدان حمایت مدیریتی»، زیر طبقه‌ای به نام مشکلات

محیط کار قرار می‌گیرند.

مرحله سوم: شکل‌گیری طبقات اصلی (Organizing

Themes/MainCategories)

• طبقات فرعی که معنای گسترده‌تری را پوشش می‌دهند

و بیانگر بخش مهمی از پدیده هستند، ذیل یک طبقه

اصلی مرتب می‌شوند.

• مثلاً طبقات فرعی «فرهنگ سازمانی»، «ساختار مدیریت»

و «فرصت‌های توسعه حرفه‌ای» می‌توانند همگی در طبقه

اصلی عوامل درون سازمانی دسته‌بندی شوند.

مرحله چهارم: استخراج تم‌های اصلی (Global/Main

Themes)

• طبقات اصلی با هم به یک یا چند تم (Theme) کلان

جدول ۲. کدهای نهایی بعد از غربالگری

مقوله فراگیر	مقوله سازمان‌دهنده	شبکه مضامین (مضمون پایه)	کوئیشن (نمونه عین‌گویی مشارکت‌کننده)
مدل تجربه پردشدگی شناختی رفتاری پرستاران	عوامل درون سازمانی	فرهنگ سازمانی و سیاست‌گذاری‌ها	«در اینجا همه تصمیم‌ها پشت درهای بسته گرفته می‌شود، ما هیچ‌وقت در جریان قرار نمی‌گیریم.» (م۲، زن، ۱۶ سال سابقه)
		بارکاری و منابع	«واقعاً تعداد نیرو نسبت به حجم کار کم است، گاهی بدون استراحت چند شیفت پشت هم کار می‌کنم.» (م۵، زن، ۱۲ سال سابقه)
	عوامل برون سازمانی	مدیریت و توسعه حرفه‌ای	«خیلی کم پیش میاد که برای آموزش جدید یا ارتقاء، پیشنهادی به پرستارها بدهند.» (م۸، مرد، ۲۰ سال سابقه)
		فشارهای اقتصادی و اجتماعی	«شرایط اقتصادی باعث شده خیلی وقت‌ها روی شغلم تمرکز نداشته باشم، دغدغه‌های مالی زیاد شده.» (م۱۰، زن، ۱۰ سال سابقه)
راهبرد و استراتژی	راهبرد و استراتژی	سیاست‌های کلان نظام سلامت	«برنامه‌ها و تصمیمات کلان همیشه با نگاه پزشک‌محور انجام می‌شود، نقش پرستار را فقط مجری می‌بینند.» (م۳، مرد، ۱۸ سال سابقه)
		تأثیر رسانه‌ها و دیدگاه عمومی	«در رسانه‌ها خیلی کم از واقعیت کار ما می‌گویند، همه فکر می‌کنند پرستار فقط ابزار دست پزشک است.» (م۶، زن، ۱۴ سال سابقه)
		تقویت توانمندی‌های فردی و روان‌شناختی	«سعی می‌کنم با مطالعه و آموزش مهارت‌های جدید خودم را قوی نگه دارم.» (م۴، زن، ۹ سال سابقه)

تقویت روابط اجتماعی و ایجاد حمایت	«همیشه سعی می‌کنم شبکه‌ای از دوستان همکار داشته باشم تا بهم انرژی بدهند.» (م، ۷، مرد، ۱۳ سال سابقه)
ارتقای محیط کاری و فرهنگ سازمانی	«برای ارتقای فرهنگ کاری، باید فضای احترام بین اعضا باشد، نه سرزنش و بی‌توجهی.» (م، ۱، مرد، ۱۵ سال سابقه)
مدیریت استرس و سلامت روان	«ورزش و مطالعه در اوقات فراغت کمک کرده کمتر دچار فرسودگی و استرس شوم.» (م، ۹، مرد، ۱۷ سال سابقه)
بهبود عملکرد و توسعه حرفه‌ای	«اگر انگیزه ارتقا و یادگیری نباشد، پرستار خیلی زود فرسوده می‌شود.» (م، ۱۲، مرد، ۲۰ سال سابقه)

نهایت ۱۱٫۶ درصد از پاسخ دهندگان دارای ۵۰ سال به بالا می باشند. ۷۷٫۵ درصد پاسخ گویان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و ۲۲٫۵ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر هستند.

دربخش کیفی طبق اطلاعات بدست آمده، ۸۰ درصد از پاسخ دهندگان زن و ۲۰ درصد نیز مردان بوده اند، ۵۰٫۶ درصد پاسخ گویان بین ۲۵ الی ۳۵ سال، ۲۴ درصد بین ۳۶ الی ۴۵ سال بوده اند، ۱۳٫۸ درصد بین ۴۶ الی ۵۰ سال و در

جدول ۳. آمار توصیفی بخش کمی

متغیر	گروه بندی	تعداد	درصد (%)
جنسیت	مرد	۸۰	۲۰
	زن	۳۲۰	۸۰
سن	۲۵-۳۵ سال	۲۰۱	۵۰٫۶
	۳۶-۴۵ سال	۹۱	۲۴
	۴۶-۵۰ سال	۵۵	۱۳٫۸
	۵۰ سال و بالاتر	۴۶	۱۱٫۶
تحصیلات	کارشناسی	۳۱۰	۷۷٫۵
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۹۰	۲۲٫۵
	کل نمونه	۴۰۰	۱۰۰

تحلیل عاملی تاییدی متغیرهای کلان سازمانی (عوامل علی): به منظور تعیین اعتبار متغیرهای کلان سازمانی از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. اعداد روی مسیرها بارهای عاملی هستند تمام بارهای عاملی بالاتر از ۰/۶ هستند. یافته های مربوط به شاخص های برازش انتقاد مخالفین در جدول ۴ حاکی از آن است که شاخص CFI،

تحلیل عاملی تاییدی متغیرهای کلان سازمانی (عوامل علی): به منظور تعیین اعتبار متغیرهای کلان سازمانی از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. اعداد روی مسیرها بارهای عاملی هستند تمام بارهای عاملی بالاتر از ۰/۶ هستند. یافته های مربوط به شاخص های برازش انتقاد مخالفین در جدول ۴ حاکی از آن است که شاخص CFI،

جدول ۴. شاخص های برازش متغیرهای کلان سازمانی

شاخص ها	نام شاخص	اختصار	برازش قابل قبول	مقدار شاخص پژوهش
برازش مطلق	درجه آزادی	DF	-	۲۱۲
	سطح معناداری	P	کمتر از ۰/۰۵	۰٫۰۰۰
	نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی	CMIN/DF	بین ۱ تا ۵	۱٫۷۳
	سطح تحت پوشش کای دو	Chi-Square	بزرگتر از ۵ درصد	۰٫۴
	نیکویی برازش	CFI	بزرگتر از ۰/۹	۰٫۹۳۴
	نیکویی برازش تحلیل شده	AGFI	بزرگتر از ۰/۹	۰٫۹۴۰

داود رحیمی شاد و همکاران

۰,۹۲	بزرگتر از ۰/۹	NNFI	برازش هنجار نشده	برازش تطبیقی
۰,۹۳	نزدیک به یک	NFI	برازش هنجار شده	
۰,۹۳۴	بزرگتر از ۰/۹	CFI	برازش تطبیقی	
۰,۶۴	بزرگتر از ۰/۵	RFI	برازش نسبی	
۰,۶	۱-۰	IFI	برازش فزاینده	
۰,۷۵	بزرگتر از ۰/۵	PNFI	برازش مقتصد هنجار شده	برازش مقتصد
۰,۹۱۱	بزرگتر از ۰/۵	PGFI	برازش تطبیقی مقتصد	
۰,۰۴۵	کوچکتر از ۰/۱	RMSEA	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	
۲,۲	مقداری بین ۱ تا ۳	CMIN	کای مربع هنجار شده	

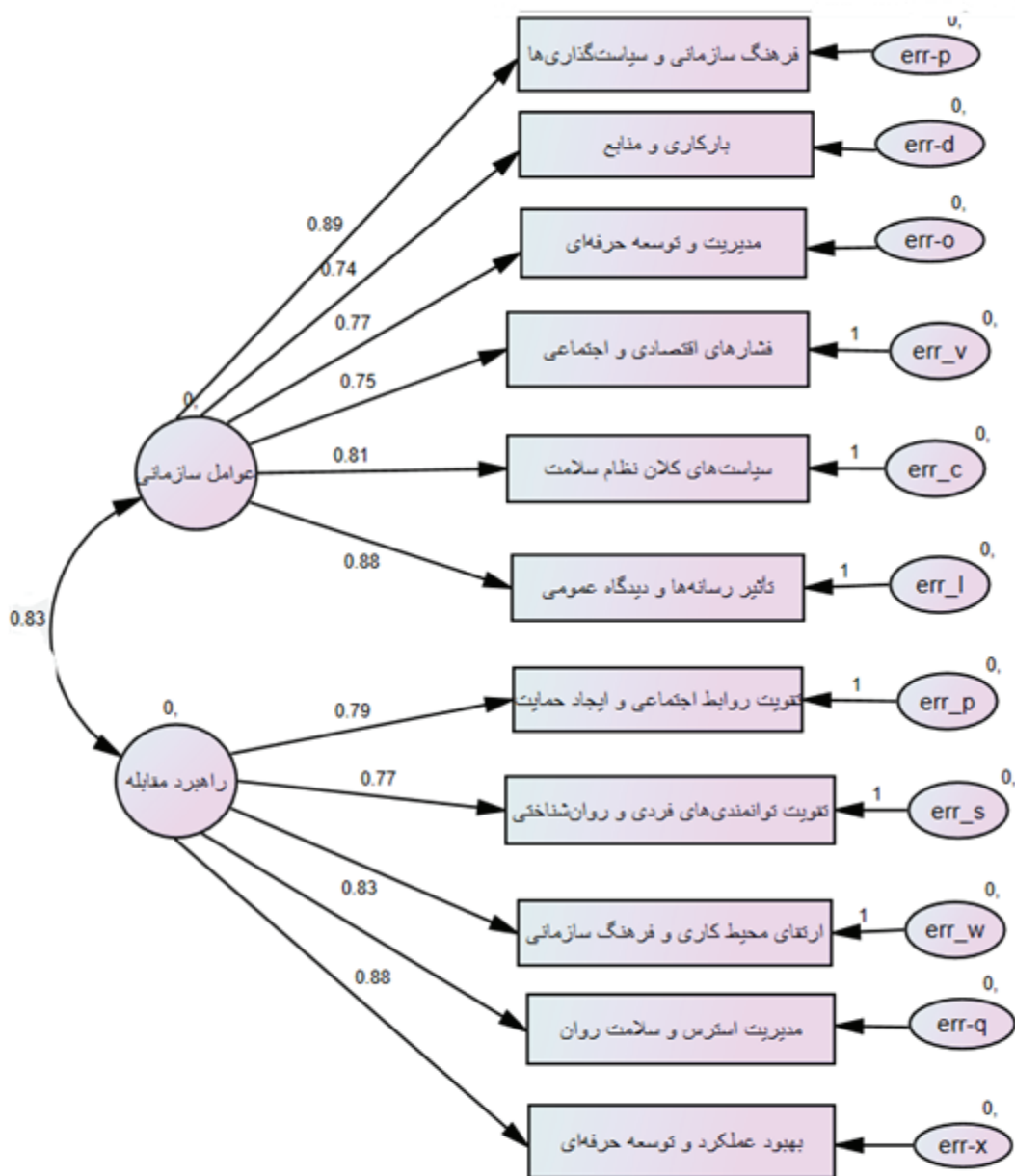
تحلیل عاملی تأییدی متغیرهای راهبردها و استراتژی های مقابله :

در جدول ۵ حاکی از آن است که شاخص CFI، GFI، NFI، RMR و RMSEA از سطح قابل قبولی برخوردار بوده و این مشخصه های نکویی برازش نشان می دهد داده های این پژوهش با ساختار عاملی این مقیاس برازش مناسبی دارد و این بیانگر همسویی سوالات با سازه عوامل راهبردی است.

به منظور تعیین اعتبار متغیرهای راهبرد و استراتژی از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. اعداد روی مسیرها بارهای عاملی هستند. تمام بارهای عاملی بالاتر از ۰/۶ هستند. یافته های مربوط به شاخص های برازش راهبردهای پیشنهادی

جدول ۵. شاخص های برازش متغیرهای راهبردها و استراتژی های مقابله

شاخص ها	نام شاخص	اختصار	برازش قابل قبول	مقدار شاخص پژوهش
برازش مطلق	درجه آزادی	DF	-	۲۱۲
	سطح معناداری	P	کمتر از ۰/۰۵	۰,۰۰۰
	نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی	CMIN/DF	بین ۱ تا ۵	۲,۹۶
	سطح تحت پوشش کای دو	Chi-Square	بزرگتر از ۵ درصد	۰,۱۴
	نیکویی برازش	CFI	بزرگتر از ۰/۹	۰,۹۵۵
برازش تطبیقی	نیکویی برازش تحلیل شده	AGFI	بزرگتر از ۰/۹	۰,۹۴۱
	برازش هنجار نشده	NNFI	بزرگتر از ۰/۹	۰,۹
	برازش هنجار شده	NFI	نزدیک به یک	۰,۹۹
	برازش تطبیقی	CFI	بزرگتر از ۰/۹	۰,۹۵۵
	برازش نسبی	RFI	بزرگتر از ۰/۵	۰,۶۴
برازش مقتصد	برازش فزاینده	IFI	۱-۰	۰,۵۹
	برازش مقتصد هنجار شده	PNFI	بزرگتر از ۰/۵	۰,۹۹
	برازش تطبیقی مقتصد	PGFI	بزرگتر از ۰/۵	۰,۹۰۱
	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	کوچکتر از ۰/۱	۰,۰۶۹
	کای مربع هنجار شده	CMIN	مقداری بین ۱ تا ۳	۱,۹



نمودار ۱. تحلیل ضرایب مسیر مدل

بحث

مشارکت پرستاران را در تصمیم‌گیری‌ها محدود می‌کند، نقش مهمی در تقویت احساس طردشدگی دارد (۵). نتایج این بخش با پژوهش Elliethey و همکاران (۲۰۲۴) هم راستا می‌باشد. طبق این پژوهش تجربه طردشدگی باعث افزایش رفتارهای منفی از جمله غیبت، کاهش انگیزه و کاهش تعهد سازمانی می‌شود (۲۳). این پژوهش از سوی دیگر، بارکاری بالا، کمبود منابع و امکانات، عدم وجود فرصت‌های کافی برای رشد و توسعه شغلی، شیوه‌های نامناسب مدیریت و نبود آموزش‌های موثر، همه

طردشدگی در میان نیروهای پرستاری، پدیده‌ای چندبعدی و حاصل ترکیب عوامل کلان سازمانی درون و برون‌سازمانی است و به سادگی به تعاملات شخصی یا اختلافات فردی محدود نمی‌شود. این نتایج با پژوهش Basuny و همکاران (۲۰۲۴) در محدودیت تعامل شخصی و عدم مسئولیت‌پذیری با همکاران هم راستا می‌باشد (۲۴). در سطح درون‌سازمانی، وجود فرهنگ سازمانی قدرت‌محور، حاکمیت سیاست‌های غیرمشارکتی و ساختارهایی که

شدت و تبعات منفی پردشدگی بکاهد، بلکه فرصتی برای توانمندسازی و ارتقاء جایگاه حرفه‌ای پرستاری در جامعه فراهم سازد.

نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که پردشدگی در نیروهای پرستاری پدیده‌ای ریشه‌دار و چندلایه است که تنها از تعاملات فردی ناشی نمی‌شود، بلکه حاصل تأثیر متقابل عوامل کلان سازمانی درون سازمانی و برون سازمانی است. فرهنگ و ساختار قدرت محور سازمان‌ها، فشار بار کاری، ضعف در مسیرهای رشد شغلی، سیاست‌های بالادستی پزشک محور، وضعیت اقتصادی و بازنمایی نادرست پرستاری در رسانه‌ها از مهم‌ترین عوامل تقویت کننده پردشدگی محسوب می‌شوند. با این حال، پرستاران برای مقابله با این تجربه، راهبردهایی همچون ارتقای توانمندی فردی و حرفه‌ای، ایجاد و تقویت شبکه‌های حمایتی، تلاش برای مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیری‌های سازمانی و مراقبت از سلامت روان را به کار می‌گیرند که می‌تواند پیامدهای منفی پردشدگی را تعدیل کند. بنابراین، رفع مؤثر پدیده پردشدگی و توانمندسازی پرستاران نیازمند اصلاحات ساختاری و فرهنگ‌سازمانی، تدوین سیاست‌های حمایتی و توجه رسانه‌ها به ارزش‌های حرفه پرستاری است.

پیشنهادهای بر اساس عوامل سازمانی به شرح ذیل می‌باشد: ۱- بازتعریف مؤلفه‌های فرهنگی با تأکید بر تقویت حس تعلق، اعتماد متقابل، احترام سازمانی و نهادینه‌سازی رفتارهای مبتنی بر شفافیت و عدالت در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی و تعاملات بین فردی. ۲- استقرار نظام‌های پویای مدیریت بار کاری جهت پیشگیری از سربار شغلی، ارتقاء عدالت توزیعی و کاهش فرسودگی شغلی پرستاران از طریق تدوین پروتکل‌های بالینی و ارتقاء ظرفیت‌های نیروی انسانی. ۳- طراحی و استقرار نقشه‌های مسیر پیشرفت شغلی (Career Pathways)، تعریف معیارهای شایسته‌سالاری و ایجاد فرصت‌های یادگیری و توسعه مستمر با مشارکت فعال پرستاران در تدوین برنامه‌های ارتقاء حرفه‌ای. ۴- اتخاذ رویکرد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد در سطوح ماکرو با هدف ارتقاء جایگاه اجتماعی، امنیت شغلی و افزایش رفاه حرفه‌ای پرستاران. ۵- اجرای کمپین‌های آگاهی‌بخشی چندرسانه‌ای برای تصحیح و ارتقاء تصویر ذهنی جامعه از پرستاری، تبیین نقش پرستاران در نظام سلامت و تقویت سرمایه اجتماعی این قشر در سطح ملی.

و همه موجب شکل‌گیری احساسی از نادیده‌انگاشته‌شدن، تضعیف توانمندی و در نهایت کنارگذاشته‌شدن پرستاران در ساختار سازمان می‌شود. این نتایج با پژوهش Sayed و همکاران (۲۰۲۵) که احساس پردشدگی و همزمان ناتوانی در بیان مشکلات هم راستا می‌باشد (۱). در امتداد این عوامل، عناصر برون سازمانی مانند فشارهای اقتصادی، انتظارات بیش از حد جامعه و خانواده، سیاست‌های بالادستی پزشک محور در نظام سلامت و غفلت از نقش پرستاری، پرستاران را با بی‌عدالتی و احساس بی‌ارزشی مواجه می‌سازد. همچنین، بازنمایی کلیشه‌ای و نادرست حرفه پرستاری در رسانه‌ها، موجب افت جایگاه اجتماعی و تجربه پردشدگی نمادین برای پرستاران شده است.

در مقابله با این شرایط، پرستاران ناگزیر به اتخاذ مجموعه‌ای از استراتژی‌ها می‌شوند که جنبه‌های فردی، اجتماعی و سازمانی دارد. از منظر فردی، تلاش برای ارتقاء خودآگاهی، افزایش تاب‌آوری، یادگیری و به‌کارگیری مهارت‌های مدیریت هیجانات و رفتارهای مقابله‌ای، نقش موثری در حفاظت روانی پرستاران ایفا می‌کند. در حوزه روابط اجتماعی، همدلی و حمایت میان همکاران، خانواده و بیماران، تشکیل شبکه‌های حمایتی و مشارکت در گروه‌های همدلانه، در کاهش احساس انزوا و پردشدگی اهمیت فراوان دارد (۱۰). در سطح سازمانی، پیگیری مطالبات صنفی از طریق سازوکارهای جمعی، مشارکت فعال در جلسات و تصمیم‌گیری‌ها، ایجاد بستر ارتباطی سازنده با مدیران و تلاش برای تغییر فرهنگ غالب سازمان، مسیرهایی مهم برای مدیریت و تخفیف پردشدگی محسوب می‌شوند. نتایج این بخش با پژوهش Elksas و همکاران (۲۰۲۴) هم راستا می‌باشد که تجربه پردشدگی به طور مستقیم منجر به کاهش عملکرد شغلی و افزایش بیگانگی پرستاران از محیط کار و انزوای کاری می‌شود (۱۴).

مدیریت استرس و سلامت روانی با رویکردهایی چون مدیتیشن، تلاش برای خواب باکیفیت، ورزش و بهره‌گیری از خدمات روان‌شناسی، نیز در حفظ عملکرد حرفه‌ای و ارتقاء کیفیت زندگی پرستاران بسیار اثرگذار است (۱۳). از سوی دیگر، بسیاری از پرستاران سعی می‌کنند تجربه پردشدگی خود را تبدیل به انگیزه‌ای مثبت برای یادگیری بیشتر، توسعه حرفه‌ای، افزایش دانش و اثبات شایستگی‌های خود در محیط کار نمایند (۲۹).

مجموع این استراتژی‌ها، در صورتی که توسط ساختار نظام سلامت مورد حمایت قرار گیرد، می‌تواند نه فقط از

حاضر نقش اصلی را در انجام آن داشتند به ویژه پرستارانی که به عنوان مشارکت کنندگان نقش بسیار زیادی در جمع آوری داده ها داشتند، نهایت تقدیر و تشکر را دارند. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر در دانشگاه آزاد اسلامی با شناسه اخلاق IR.IAU.LIAU.REC.1404.001 مصوب گردید.

این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران می باشد.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام دارند که هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

پیشنهادهای بر اساس راهبردها و استراتژی های کلان به شرح ذیل می باشد: ۱- تدوین برنامه های توسعه ظرفیت فردی، ابزارهای مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا و تکنیک های ذهن آگاهی برای افزایش انعطاف پذیری و تاب آوری پرستاران. ۲- ایجاد شبکه های حمایت حرفه ای همپایان (Peer Support Networks) برای تبادل تجربیات، تقویت همبستگی و حمایت روانی-اجتماعی از سوی همکاران. ۳- نهادینه سازی سازوکارهای مشارکت فعال پرستاران در سیاست گذاری و تدوین پروتکل های سازمانی با هدف شنیدن صدای آنان و ارتقاء حس تاثیرگذاری حرفه ای.

سپاسگزاری

نویسندگان از تمامی کسانی که با مشارکت خود در پژوهش

References

1. El-Sayed, A. A. I., Ali, M. S. S., Abdel Razek, N. M. F., Abdelaliem, S. M. F., & Asal, M. G. R. (2025). The effect of organizational silence on the relationship between workplace ostracism and nurses' procrastination behavior: A structural equation modeling. *International Nursing Review*, 72(2), e13050. <https://doi.org/10.1111/inr.13050>
2. Sharma, N., & Dhar, R. L. (2024). Workplace ostracism: A process model for coping and typologies for handling ostracism. *Human Resource Management Review*, 34(1), 100990. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2023.100990>
3. Omid Moghadam E, Mojtabaei M, Ashori A, Khodabakhsh F, Rahmani E, Bayat Mazlaghani M. Comparing the Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Therapy with Training in Cognitive Emotion Regulation Strategies on Body Dysmorphic Symptoms and Executive Functions of People with Health Anxiety. *IJPN* 2025; 13 (2) URL: <http://ijpn.ir/article-1-2515-fa.html>
4. Huang, W., & Yuan, C. (2024). Workplace ostracism and helping behavior: A cross-level investigation. *Journal of Business Ethics*, 190(4), 787-800. ... workplace ostracism: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 105, 596-597. <https://doi.org/10.1007/s10551-023-05430-z>
5. Ibrahim, R., & Olaleye, B. R. (2025). Relationship between workplace ostracism and job productivity: the mediating effect of emotional exhaustion and lack of motivation. *Asia-Pacific Journal of Business Administration*, 17(1), 190-211. <https://doi.org/10.1108/APJBA-08-2023-0408>
6. Sharifzadeh M, Razeghi N, Aghaei H, Tabatabaee S M. The Comparing Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Worry in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *IJPN* 2025; 13 (2) URL: <http://ijpn.ir/article-1-2490-fa.html>
7. Awad, N. H. A., & El Sayed, B. K. M. (2023). Post COVID-19 workplace ostracism and counterproductive behaviors: Moral leadership. *Nursing Ethics*, 09697330231169935. <https://doi.org/10.1177/09697330231169935>
8. Ali, A. Z., Alkubati, S. A., Pasay-An, E., Alreshidi, M., Alrashidi, N., Alabonassir, O., ... & Hamed, L. A. (2025). Investigating the level and predictors of nursing care quality and its correlation with workplace ostracism and innovative work behavior: approach for workplace and practical enhancement. *BMC nursing*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03200-y>
9. Chang, H. Y., Huang, T. L., Wong, M. K., Shyu, Y. I. L., Ho, L. H., Chen, L. C., ... & Teng, C. I. (2022). Relationship between psychological ownership of the nursing profession and turnover intention: A correlational survey among Taiwanese nurses. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2927-2936. <https://doi.org/10.1111/jonm.14888>

- [org/10.1111/jonm.13817](https://doi.org/10.1111/jonm.13817)
10. Chang, H. Y., Lee, I. C., Tai, S. I., Ng, N. Y., Shiau, W. L., Yu, W. P., ... & Teng, C. I. (2023). Professional engagement: Connecting self-efficacy to actual turnover among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.15797>
 11. Chen, Y., & Li, S. (2020). Relationship between workplace ostracism and unsafe behaviors: The mediating effect of psychological detachment and emotional exhaustion. *Psychological reports*, 123(2), 488-516. <https://doi.org/10.1177/0033294118813892>
 12. Cheng, C., & Ma, J. (2022). Effect of workplace ostracism on employee initiative behaviour: a chained double mediation model. *Journal of Managerial Psychology*, 37(8), 765-778. <https://doi.org/10.1108/JMP-10-2021-0541>
 13. Chu, X., Zhang, L., & Li, M. (2022). Nurses' strengths use and turnover intention: The roles of job crafting and self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 78(7), 2075-2084. <https://doi.org/10.1111/jan.15193>
 14. Elksas, E. I. I., Aziz Mansy, A. M., Mohammed Aly, S. M., & Elsayed Abdo, B. M. (2024). Workplace Ostracism and Its Relationship with Job Performance and Work Alienation among Staff Nurses. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 12(47), 198-209. URL: https://asnj.journals.ekb.eg/article_322787.html <https://doi.org/10.21608/asnj.2024.333371.1944>
 15. Dash, D., Farooq, R., & Upadhyay, S. (2023). Linking workplace ostracism and knowledge hoarding via organizational climate: A review and research agenda. *International Journal of Innovation Science*, 15(1), 135-166. <https://doi.org/10.1108/IJIS-05-2021-0080>
 16. Du, S., Ma, Y., & Lee, J. Y. (2022). Workplace Loneliness and the Need to Belong in the Era of COVID-19. *Sustainability*, 14(8), 4788. DOI: 10.3390/su14084788 <https://doi.org/10.3390/su14084788>
 17. Jahanzeb, S., Fatima, T., Javed, B., & Giles, J. P. (2020). Can mindfulness overcome the effects of workplace ostracism on job performance?. *The Journal of Social Psychology*, 160(5), 589-602. <https://doi.org/10.1080/00224545.2019.1707465>
 18. Jarden, R. J., Scott, S., Rickard, N., Long, K., Burke, S., Morrison, M., ... & Twomey, B. (2023). Factors contributing to nurse resignation during COVID-19: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.15701>
 19. Jawahar, I. M., Bilal, A. R., Fatima, T., & Mohammed, Z. J. (2021). Does organizational cronyism undermine social capital? Testing the mediating role of workplace ostracism and the moderating role of workplace incivility. *Career Development International*, 26(5), 657-677. <https://doi.org/10.1108/CDI-09-2020-0228>
 20. Jiang, H., Jiang, X., Sun, P., & Li, X. (2021). Coping with workplace ostracism: the roles of emotional exhaustion and resilience in deviant behavior. *Management Decision*, 59(2), 358-371. <https://doi.org/10.1108/MD-06-2019-0848>
 21. Liu, C., Li, H., & Li, L. (2022). Examining the curvilinear relationship of job performance, supervisor ostracism, and turnover intentions. *Journal of Vocational Behavior*, 138, 103787. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2022.103787>
 22. Liu, M., Liu, X., Muskat, B., Leung, X. Y., & Liu, S. (2023). Employees' self-esteem in psychological contract: workplace ostracism and counterproductive behavior. *Tourism Review*. <https://doi.org/10.1108/TR-11-2022-0535>
 23. Elliethey, N. S., Aly Abou Hashish, E., & Ahmed Mohamed Elbassal, N. (2024). Work ethics and its relationship with workplace ostracism and counterproductive work behaviours among nurses: a structural equation model. *BMC nursing*, 23(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01785-4>
 24. Basuny, H. F. S., Abd El-Rahman, R. M., & Ashour, H. M. A. (2024). The Relationship between Workplace Ostracism and Nurses Perception of Counterproductive Work Behaviors. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 11(1), 1-16. URL: [https://www.noveltyjournals.com/upload/paper/The Relationship between Workplace Ostracism-406.pdf](https://www.noveltyjournals.com/upload/paper/The%20Relationship%20between%20Workplace%20Ostracism-406.pdf)