

Structural Model of the Relationship between Bullying in Hospital Environments and Negative effect and Psychosomatic Complaints among female Nurses

Mohsen Golparvar ^{1,*}, Golnar Khatonabadi ²

¹ Associate Professor, Industrial and Organizational Psychology Department, Islamic Azad University of Esfahan, (Khorasgan) Branch, Esfahan, Iran

² MSc, Industrial and Organizational Psychology Department, Islamic Azad University of Esfahan, (Khorasgan) Branch, Esfahan, Iran

* **Corresponding author:** Mohsen Golparvar, Associate Professor, Industrial and Organizational Psychology Department, Islamic Azad University of Esfahan, (Khorasgan) Branch, Esfahan, Iran. E-mail: drmgolparvar@gmail.com

Received: 02 Feb 2016

Accepted: 22 Sep 2016

Abstract

Introduction: The current research was administered with the aim of studying the structural model of the relationship between bullying in hospital environments and negative effect and psychosomatic complaints.

Methods: The research method was correlational and the statistical population comprised of female nurses of a public sector hospital in Esfahan city during year 2015, amongst which two 243 nurses were selected by accessible sampling. Research instruments were the bullying questionnaire, negative affect questionnaire, and psychosomatic complaints questionnaire. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and Structure Equation Modeling (SEM).

Results: Results indicated that, there is a positive and significant relationship between six components of bullying with negative affect and psychosomatic complaints. The results of Structure Equation Modeling (SEM) revealed that bullying both directly and indirectly (through negative effect) has a significant relationship with psychosomatic complaints. In other words, negative affect is a partial mediator of the relationship between bullying and psychosomatic complaints in female nursing staff.

Conclusions: The results of this study showed that bullying through reinforcing negative effect can increase psychosomatic complaints of female nurses.

Keywords: Bullying, Hospital, Negative effect, Psychosomatic Complaints, female Nurses

الگوی ساختاری رابطه قلدری در بیمارستان با عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی در پرستاران زن

محسن گل‌پرور^{۱*}، گلنار خاتون‌آبادی^۲

^۱ دانشیار، گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
^۲ کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
 * نویسنده مسئول: محسن گل‌پرور، دانشیار، گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. ایمیل: drmgolparvar@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۳

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی الگوی ساختاری رابطه قلدری در بیمارستان با عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی در پرستاران زن اجرا شد.

روش کار: پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری آن پرستاران زن یک بیمارستان دولتی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ بودند که از میان آن‌ها دویست و چهل و سه نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه قلدری، پرسشنامه عاطفه منفی و پرسشنامه شکایات روان‌تنی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و الگوسازی معادله ساختاری (SEM) تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر شش مولفه قلدری با عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی دارای رابطه مثبت و معنادار هستند ($P < 0/01$). نتایج الگوسازی معادله ساختاری نشان داد که قلدری هم به‌طور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم (از طریق عاطفه منفی) با شکایات روان‌تنی دارای رابطه معنادار ($P < 0/01$) است. به عبارت دیگر عاطفه منفی متغیر واسطه‌ای پاره‌ای در رابطه قلدری با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن است.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که قلدری می‌تواند با تقویت عاطفه منفی عاملی برای افزایش شکایات روان‌تنی در پرستاران زن باشد.

واژگان کلیدی: بیمارستان، پرستاران زن، شکایات روان‌تنی، عاطفه منفی، قلدری

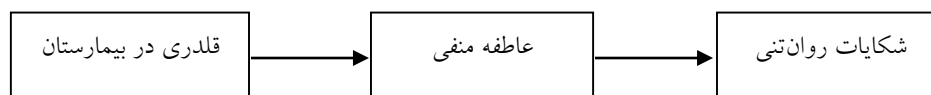
تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

شواهد پژوهشی حاکی از آن است که بین ۵ تا ۲۸ درصد کارکنان در کشورهای غربی با شکل‌های مختلف قلدری (bullying) مواجه می‌شوند (۱، ۲). از نظر تعریف، قلدری هر رفتار ارادی، هدفمند، منظم، تکراری، منفی و آزاررسان است که در یک رابطه دوطرفه از جانب یکی از طرف‌های رابطه نسبت به طرف مقابل اعمال و موجب آسیب‌های آشکار و نهان به فرد هدف قلدری می‌گردد (۳). در تعریف و مصداق‌های قلدری به عنوان رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت‌بار اغلب به جای سازمان، بر افراد و یا گروه‌های انسانی مشغول به فعالیت در محیط‌های کار تمرکز شده است (۴-۶). اشکال مختلف رفتارهای توهین‌آمیز همراه با تهدید آشکار و نهان تا رفتارهای منفعل نظیر غفلت و بی‌توجهی عمدی و هدفمند از زمره رفتارهای قلدرمآبانه محسوب می‌شوند (۷-۱۰). از میان متغیرهای مختلف، در این پژوهش طی یک سلسله روابط زنجیره‌ای بین قلدری، عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی رابطه مطرح شده است. عواطف منفی در نگاهی ساده شامل احساساتی نظیر

اضطراب، ملال، افسردگی، تنفر، خستگی و وحشت است (۱۱). شواهد پژوهشی حاکی از آن است که حوادث و اتفاقات مختلف در حین کار مانند قلدری، هیجانات و عواطف مختلفی را پدید می‌آورند. Akarçay & Aslan در پژوهشی که بر روی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در ترکیه انجام دادند بین قلدری و عاطفه منفی در حین کار رابطه مثبت و معناداری (برابر با ۰/۵۷) به دست آوردند (۱۲). Akar نیز در پژوهشی بر روی پزشکان و پرستاران در چند بیمارستان در ترکیه نشان دادند که مواجه شدن با قلدری در محیط کار با استرس حین کار (که اغلب عواطف منفی با آن همراه است) دارای رابطه مثبت و معنادار (برابر با ۰/۷۹) است (۱۳). بر همین پایه نیز در پژوهش حاضر پیش‌بینی شده که بین قلدری و عاطفه منفی رابطه مثبت وجود دارد. در کنار عاطفه منفی، شکایات روان‌تنی در این پژوهش مطرح است. شکایات روان‌تنی علایمی هستند که در بدن انسان نمود پیدا می‌کنند ولی ریشه در فرایندهای روان‌شناختی دارند. از مهمترین این شکایات می‌توان به

(۱۵). Almeida & Charles در پژوهش خود که بر روی نمونه‌ای بزرگ در یک زمینه‌یابی در آمریکا بر روی افراد میانسال انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که بین عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی همبستگی مثبت و معنادار (در دامنه بین ۰/۲۴ تا ۰/۴۱) وجود دارد (۱۵). در این پژوهش بر مبنای رویکرد ادراک نشانگان، این ایده دنبال شده که عاطفه منفی ظرفیت بالقوه بالایی را برای افزایش شکایات روان‌تنی دارد. بر اساس رویکرد ادراک نشانگان، عاطفه منفی باعث می‌شود تا افراد با احتمال بیشتری نشانه‌های روان‌تنی و جسمی جزئی را به عنوان نشانه‌های مشکل‌آفرین درک و گزارش نمایند. علاوه بر این حالات خلقی منفی، می‌توانند موجب شوند تا افراد بیش از اندازه متعارف نسبت به احساسات تجربه شده در نقاط مختلف بدن خود حساس شوند. به همین دلایل نیز افرادی که دارای عواطف منفی هستند و یا به طور مکرر آن‌ها را تجربه می‌کنند، علایم و شکایات روان‌تنی بیشتری را نیز نسبت به افرادی که عواطف منفی را کمتر تجربه می‌کنند، گزارش می‌کنند (۱۵). اما فراتر از رابطه قلدری با عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی در افشار مختلف در محیط کار از جمله در میان پرستاران زن، بر اساس برخی شواهد پژوهشی، عاطفه منفی متغیری بالقوه واسطه‌ای (میانجی) در رابطه قلدری در محیط کار با شکایات روان‌تنی است (۱۲، ۱۹). Akarçay & Aslan در پژوهشی که بر روی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در ترکیه انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که عاطفه منفی متغیر واسطه‌ای (میانجی) پاره‌ای در رابطه قلدری با ترک خدمت و سبک‌های مقابله هیجانی است (۱۲). Nosko Laschinger & Spence نیز در پژوهشی نشان دادند که وقتی افراد در خود احساس خودکارآمدی بالایی دارند (خودکارآمدی اغلب موجب کاهش عواطف منفی در افراد می‌شود) قلدری با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه دارای رابطه معنادار نیست (۱۹). این مجموعه شواهد همراه با مفروضات و تائیدات رویکرد نظری ادراک نشانگان (۱۵) این ایده را که قلدری طی یک سلسله روابط زنجیره‌ای ابتدا باعث افزایش عاطفه منفی و سپس عاطفه منفی باعث افزایش شکایات روان‌تنی در پرستاران زن می‌شود را تقویت می‌کند. بر همین مبنا نیز الگوی نظری و مفهومی برای این پژوهش مطابق با الگوی ارائه شده در تصویر ۱ در نظر گرفته شده است.



تصویر ۱: مدل نظری و مفهومی پژوهش حاضر

می‌توان به توضیح وقوع برخی پدیده‌های معطوف به سلامتی پرستاران زن مبادرت نمود را بسط و گسترش خواهد داد. به همین دلیل نیز این پژوهش با هدف بررسی رابطه قلدری با شکایات روان‌تنی با توجه به نقش واسطه‌ای عاطفه منفی اجرا شده است. بر پایه آن‌چه گفته شد، در این پژوهش سوال اصلی پژوهش این بوده که آیا بین قلدری و عاطفه منفی با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن رابطه وجود دارد؟ و آیا عاطفه منفی قادر است تا روابط بین قلدری را با شکایات روان‌تنی واسطه‌گری نماید؟

مشکلات نظام ایمنی، خودبیمارانگاری، آسم، بیماری‌های معده‌ای-روده‌ای، بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های پوستی، سرطان، درد، مشکلات جنسی، دیابت، آرتروز، مشکلات ناشی از تیروئید، تنش‌های عضلانی و بیماری‌های عفونی، ترس‌مرضی، اضطراب، افسردگی، هیستری (بیماری‌ها یا اختلالات تبدیلی) و اسکیزوفرنیا اشاره کرد (۱۴). شواهد به نسبت قابل توجهی در پژوهش‌های خارج از ایران و در داخل ایران ارائه شده که نشان می‌دهد افرادی که در محیط کار خود مورد قلدری واقع می‌شوند شکایات جسمانی را از خود بروز می‌دهند (۱۴). فراتحلیل Einarsen & Nielsen نشان داده که قلدری در محیط کار در سطح کارکنان با پیامدهایی نظیر افسردگی، اضطراب، فشار، تنش، فرسودگی و استرس پس از سانحه و با پیامدهای معطوف به سلامت جسمانی نظیر شکایات روان‌تنی و مشکلات مربوط به سلامت جسمانی دارای رابطه معنادار است (۱۶). Iftikhar Imran، Qureshi در پژوهشی در میان کارکنان انستیتوهای دانشگاهی در پاکستان نشان دادند که بین قلدری با مشکلات سلامتی (اعم از جسمی و روانی) ضریب مثبت و معنادار ساختاری (برابر با ۰/۹۸) وجود دارد (۱۷). این نتیجه به طور نسبی در پژوهش‌های دیگر نیز در ارتباط با اضطراب، افسردگی، غیبت از محل کار، تمایل به ترک خدمت، استرس شغلی، فرسودگی هیجانی و عملکرد شغلی به دست آمده است (۱۰، ۱۸). دلیل نظری رابطه بین قلدری با شکایات جسمانی این است که مورد قلدری واقع شدن یک منبع جدی فشار روانی است (۱)، به همین دلیل با تجربه فشار روانی و از طریق فرایندهای روانی و زیستی زمینه بروز شکایات روان‌تنی فراهم می‌شود.

علاوه بر رابطه بین قلدری با شکایات روان‌تنی، عواطف منفی نیز هم از لحاظ نظری و هم از لحاظ پژوهشی با شکایات روان‌تنی در ارتباط است. بر اساس مروری که Almeida & Charles بر پژوهش‌های مربوط به رابطه عاطفه منفی (اعم از صفت یا حالت) با شکایات روان‌تنی انجام داده‌اند، از یک طرف رابطه عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی ممکن است رابطه دو طرفه (یعنی در مواقعی ممکن است شکایات روان‌تنی به عاطفه منفی منجر شود و از طرف دیگر در مواقع دیگر عاطفه منفی ممکن است به شکایات روان‌تنی بیشتر منجر شوند) باشد و از طرف دیگر فراتر از این رابطه دو طرفه، رابطه این دو متغیر در میان جمعیت افراد نوجوان، جوان، میانسال و پیر رابطه‌ای پایدار و پرتکرار است

در شکل ۱، متغیر پیش‌بین قلدری و مولفه‌های آن و متغیر ملاک شکایات روان‌تنی است. در جمع‌بندی مبانی نظری و پژوهشی ارائه شده باید گفت به‌ویژه در ایران، علی‌رغم این‌که پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند قلدری و مولفه‌های آن با افت سلامت جسمی و روانی در ارتباط است، ولی در کمتر پژوهشی به این نظر توجه جدی شده که قلدری از طریق چه سازوکارهایی به افزایش سطح شکایات روان‌تنی در پرستاران زن منجر می‌شود. از طرف دیگر، رابطه قلدری با شکایات روان‌تنی و سپس نقش عاطفه منفی در این رابطه در میان پرستاران زن از این نظر دارای اهمیت است که می‌تواند تبیین‌های علمی را که از آن طریق

روش کار

روش پژوهش حاضر همبستگی و جامعه آماری آن را کلیه پرستاران زن یک بیمارستان دولتی در شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۳ به تعداد ۴۵۰ نفر تشکیل دادند. این بیمارستان به این دلیل انتخاب شده که از زمره بیمارستان‌هایی بوده که هم از لحاظ تعداد پرستاران و هم از نظر گستره تعاملات بین پرستاران با بیماران و همراهان آن‌ها و یا با پزشکان و دیگر اقشار دارای شرایطی لازم و کافی برای اجرای مطالعه حاضر بوده است. از جامعه آماری مورد اشاره، ۲۶۰ نفر از طریق نمونه‌گیری سهل‌الوصول (در دسترس) برای شرکت در این پژوهش انتخاب شدند. حجم نمونه در نظر گرفته شده برای این پژوهش، بر اساس تناسب حجم نمونه با حجم جامعه آماری یا بر پایه همان جدول کرجسی و مورگان بوده است (۲۰). پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، ۱۷ پرسشنامه (معادل ۶/۵ درصد) به دلیل نقص در پاسخ‌گویی از پژوهش کنار گذاشته شد، لذا گروه نمونه پژوهش به ۲۴۳ نفر تقلیل یافت. میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش ۳۲/۶۶ سال (با انحراف معیار برابر با ۷/۱۱ سال) و میانگین سابقه شغلی آن‌ها برابر با ۸/۹۵ سال (با انحراف معیار برابر با ۶/۳ سال) بود. معیارهای ورود به پژوهش، حداقل یکسال شاغل بودن به حرفه پرستاری در بیمارستان، زن بودن و تمایل به مشارکت در پژوهش بوده و معیارهای خروج نیز شاغل بودن به حرفه پرستاری کمتر از یکسال، بهیاری بودن، مرد بودن و عدم تمایل به مشارکت در پژوهش بود. برای پژوهش از جمله گمنامی پاسخ‌گویان، کسب موافقت برای اجرای پژوهش و استفاده داده‌های حاصل از اجرای

پژوهش فقط برای تحلیل آماری در راستای اهداف پژوهش، به عنوان ملاحظات اخلاقی مد نظر قرار گرفته‌اند. از ابزارهای زیر برای سنجش متغیرها و جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

الف) پرسشنامه قلدری در محیط بیمارستان: برای سنجش قلدری در محیط بیمارستان، از پرسشنامه بیست و هفت سوالی قلدری در محیط کار که توسط گل‌پرور و همکاران ساخت و معرفی شده استفاده شد (۳). این پرسشنامه برای محیط‌های مختلف طراحی شده است، ولی برای اجرا بر روی پرستاران، در مطالعات قبلی اعتبارسنجی شده و نتایج مطلوبی به دست داده است (۷، ۱۴). مقیاس پاسخ‌گویی این پرسشنامه پنج‌گزینه‌ای (سالی یک‌بار = ۱ تا هفته‌ای یک‌بار = ۵) است و تحلیل عاملی اکتشافی ۲۷ سوال را بر شش عامل به نام‌های اهانت و تحقیر (هفت سوال)، غفلت و فشار کاری (شش سوال)، خشم و کینه‌توزی (پنج سوال)، تهدید (چهار سوال)، کم‌باری کاری و کسل‌کننده (سه سوال) و آزار کلامی (دو سوال) قرار داده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش گل‌پرور و همکاران بر حسب پایایی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و پایایی بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفته که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است (۳). لازم به ذکر است که پایایی بازآزمایی با استفاده از ۳۰ نفر و در فاصله زمانی دو هفته مورد سنجش قرار گرفته است. همچنین روایی سازه عاملی، روایی سازه همگرا و واگرا و روایی پیش‌بین پرسشنامه نیز به تفصیل توسط گل‌پرور و همکاران مورد بررسی قرار گرفته و مطلوب گزارش شده است (۳).

جدول ۱: آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی مولفه‌های پرسشنامه قلدری (۳)

ردیف	مولفه‌های قلدری	تعداد سوالات	آلفای کرونباخ	بازآزمایی	معناداری
۱	اهانت و تحقیر	۷	۰/۸۳	۰/۵۱	۰/۰۰۴
۲	غفلت	۶	۰/۸	۰/۵۱	۰/۰۰۴
۳	خشم و کینه‌توزی	۵	۰/۷۹	۰/۷۳	۰/۰۰۱
۴	تهدید	۴	۰/۷۶	۰/۸۹	۰/۰۰۱
۵	فشار کاری غیر متعارف	۳	۰/۷	۰/۷۶	۰/۰۰۱
۶	آزار کلامی	۲	۰/۷۸	۰/۷۱	۰/۰۰۱

روایی سازه این پرسشنامه انجام شده، حاکی از قرار گرفتن سوالات بر همان عامل عاطفه منفی بوده است. همچنین در پژوهش گل‌پرور و همکاران آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۹ به دست آمده است (۱۱). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۹۳ به دست آمد.

ج) پرسشنامه شکایات روان‌تنی: برای سنجش شکایات جسمانی در محیط کار از پرسشنامه هجده سوالی ساخت و معرفی شده توسط گل‌پرور و همکاران که هجده شکایت‌روان‌تنی 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. روایی صوری و سازه همراه با پایایی بر حسب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه به دقت بررسی و تایید شده است (۱۴). در پژوهش حاضر نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی

در پژوهش حاضر پس از تحلیل عاملی اکتشافی مجدد، ۲۷ سوال بر همان شش عامل استخراج شده توسط گل‌پرور و همکاران قرار گرفت (۳) و آلفای کرونباخ برای اهانت و تحقیر، خشم و کینه‌توزی، غفلت، آزار کلامی، تهدید و فشار کاری کسل‌کننده و کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۸۹، ۰/۶۸، ۰/۸۵ و ۰/۹۵ به دست آمد. **ب) پرسشنامه عاطفه منفی:** برای سنجش عاطفه منفی، از پرسشنامه ده سوالی معرفی شده توسط Van Katwyk و همکاران که در ایران توسط گل‌پرور و همکاران ترجمه و آماده اجرا شده، استفاده شد (۱۱، ۲۱). مقیاس پاسخ‌گویی برای این پرسشنامه 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 کردند (۲۱). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده در پژوهش گل‌پرور و همکاران که به منظور بررسی

یافته ها

در **جدول ۲**، همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است. چنان که در **جدول ۲** مشاهده می‌شود، کلیه مولفه‌های شش‌گانه قلدری با عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی دارای رابطه مثبت و معنادار هستند ($P < 0/01$). همچنین عاطفه منفی با شکایات روان‌تنی دارای رابطه مثبت و معنادار است ($P < 0/01$). در ادامه تحلیل‌ها، الگوی پیشنهادی اولیه (**تصویر ۱**) با استفاده از الگوسازی معادله ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس بررسی نقطه برش شاخص‌های برازش معرفی شده در پایان بخش روش (ذیل معرفی ابزارهای پژوهش) مشخص گردید که $P < 0/01$ ، نسبت χ^2 دو به دو مدل پیشنهادی اولیه معنادار است، هر سه کمتر از ۰/۹۵، RMR بزرگتر از ۰/۰۸ و RMSEA نیز از ۰/۰۸ بزرگتر بود. معناداری χ^2 دو، نسبت بالای χ^2 دو به درجه آزادی و RMSEA بزرگتر از نقطه برش مطلوب، حاکی از آن است که الگوی پیشنهادی نیاز به اصلاح و بازنگری دارد. بررسی ضرایب مسیر الگوی اولیه همراه با شاخص‌های اصلاح نشان داد که لازم است برای افزایش سطح شاخص‌های برازش یک مسیر مستقیم از قلدری به شکایات روان‌تنی افزوده شود. این تغییر در الگوی نهایی و بازنگری شده مبتنی بر پیشینه پژوهش و شاخص‌های اصلاح انجام شد (**۱۷**، **۲۲**). در **جدول ۳** نتایج الگوسازی معادله ساختاری برای الگوی نهایی و بازنگری شده پژوهش آمده است.

نشان داد که هجده سوال این پرسشنامه بر روی یک عامل قرار می‌گیرند و آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۹ به دست آمد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها تک‌تک آن‌ها از نظر صحت پاسخ‌گویی به‌طور دقیق مورد بررسی قرار گرفته و سپس داده‌های مورد نیاز استخراج و مورد تحلیل آماری قرار گرفته است. در تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون معناداری آن و الگوسازی معادله ساختاری از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و AMOS نسخه ۱۶ استفاده شد. روش مورد استفاده در مدل‌سازی معادله ساختاری روش بیشینه درست‌نمایی و شاخص‌های برازش نهایی و نقاط برش آن‌ها به این شرح در نظر گرفته شد: غیر معنادار بودن χ^2 دو، نسبت χ^2 دو به درجه آزادی کمتر از ۳، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص برازش تطبیقی (CFI) بیشتر از ۰/۹۵، شاخص برازش افزایشی (IFI) بزرگتر از ۰/۹، ریشه مجدورات باقیمانده (RMR) کوچکتر از ۰/۰۵ و تقریب ریشه میانگین مجدورات خطا (RMSEA) کوچکتر از ۰/۰۸ (**۲۲**). هر مدلی که شاخص‌های برازش نسبی و مطلق آن برابر یا بزرگتر (در مورد RMR و RMSEA کوچکتر بودن از شاخص‌های مورد اشاره در متن مد نظر است) از نقاط برش معرفی شده باشد، به عنوان مدلی مطلوب و نهایی در نظر گرفته می‌شود (**۲۲**). در این پژوهش مدل معرفی شده در **تصویر ۱** مبتنی بر روش و نقاط برش مورد اشاره در بالا مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۲: همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	اهانت و تحقیر	-						
۲	خشم و کینه‌توزی	۰/۷۲**	-					
۳	غفلت	۰/۷۷**	۰/۶۹**	-				
۴	آزار کلامی	۰/۷۸**	۰/۵۶**	۰/۶۱**	-			
۵	تهدید	۰/۷۱**	۰/۶۳**	۰/۶۱**	۰/۵۲**	-		
۶	فشار کاری کسل‌کننده	۰/۷۱**	۰/۵۸**	۰/۷**	۰/۵۵**	۰/۵۱**	-	
۷	عاطفه منفی	۰/۳۵**	۰/۳۸**	۰/۳۸**	۰/۲۲**	۰/۲۱**	۰/۲۸**	-
۸	شکایات روان‌تنی	۰/۲۹**	۰/۳۳**	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۱۵*	۰/۱۹**	۰/۳۳**

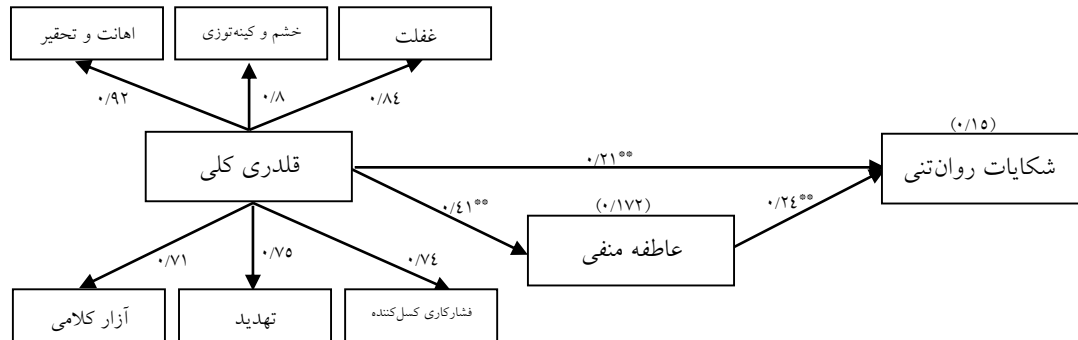
* $P < 0/05$ و ** $P < 0/01$

جدول ۳: مسیرهای مدل رابطه مولفه‌های قلدری با عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی

ردیف	مسیرهای مدل	B	SE	β	P	R^2
۱	قلدری کلی ← عاطفه منفی	۰/۶۷**	۰/۱	۰/۴۱**	۰/۰۰۱	۰/۱۷۲
۲	قلدری کلی ← اهانت و تحقیر	۱**	۰/۰۰	۰/۹۲**	۰/۰۰۱	۰/۸۴
۳	قلدری کلی ← خشم و کینه‌توزی	۱/۱۴**	۰/۰۷	۰/۸**	۰/۰۰۱	۰/۶۴
۴	قلدری کلی ← غفلت	۱/۰۵**	۰/۰۶	۰/۸۴**	۰/۰۰۱	۰/۷۱
۵	قلدری کلی ← آزار کلامی	۰/۸**	۰/۰۵	۰/۷۱**	۰/۰۰۱	۰/۵
۶	قلدری کلی ← تهدید	۰/۹۵**	۰/۰۶	۰/۷۵**	۰/۰۰۱	۰/۵۷
۷	قلدری کلی ← فشار کاری کسل‌کننده	۱/۱**	۰/۰۸	۰/۷۴**	۰/۰۰۱	۰/۵۵
۸	عاطفه منفی ← شکایات روان‌تنی	۰/۱**	۰/۰۳	۰/۲۴**	۰/۰۰۱	۰/۱۵
۹	قلدری کلی ← شکایات روان‌تنی	۰/۱۴**	۰/۰۵	۰/۲۱**	۰/۰۰۲	

* $P < 0/05$ و ** $P < 0/01$

برابر با ۰/۰۱۴ و RMSEA برابر با ۰/۰۵۹ است. در تصویر ۲ الگوی نهایی و بازنگری شده ارائه شده است. در تصویر ۲، که یک الگوی ساختاری است، پیکان‌هایی که از متغیر قلدری کلی به سوی شش مولفه آن کشیده شده، نشان دهنده پیوند بین امتیازات قلدری کلی با شش مولفه آن و اعداد مندرج روی پیکان‌ها همان بارهای عاملی مطرح در تحلیل عاملی هستند. چنان‌که در تصویر ۲ دیده می‌شود، قلدری کلی با عاطفه منفی دارای رابطه مستقیم، اما با شکایات روان‌تنی هم از طریق عاطفه منفی (به‌طور غیرمستقیم) و هم به‌طور مستقیم دارای رابطه است.



تصویر ۲: الگوی ساختاری اصلاح‌شده نهایی پژوهش

از رابطه مثبت بین مواجه‌شدن با قلدری و افزایش شکایات روان‌تنی است (۱۶). همچنین نتیجه مطالعه Imran Qureshi & Iftikhar نیز نشان داده که بین قلدری و مشکلات روانی و جسمی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به همین جهت می‌توان گفت که نتایج به دست آمده در این پژوهش با نتایج فراتحلیل Einarsen & Nielsen و با نتایج پژوهش Imran Qureshi & Iftikhar همسویی نشان می‌دهد (۱۶، ۱۷). از بعد نظری رابطه بین قلدری و شکایات روان‌تنی در پرستاران زن را می‌توان از طریق ایجاد برخی مشکلات روان‌شناختی در صورت مواجه شدن با قلدری تبیین نمود. بر اساس نظر و یافته‌های Trépanier و همکاران مواجه شدن با نشانه‌ها و علائم قلدری در افراد احساس تهدید و تحت فشار بودن را افزایش می‌دهد (۱). همچنین مواجه شدن با قلدری در محیط کار یکی از منابع اصلی و مهم فشار روانی است. این فشار روانی حاصل از مواجه شدن با قلدری موجب می‌شود تا پرستاران زن شکایات روان‌تنی بیشتری را گزارش نمایند (۸-۱۰). شواهد مطالعاتی به دست آمده از حوزه مطالعات معطوف به شکایات روان‌تنی نشان می‌دهد که یکی از عوامل اصلی درگیر در بروز شکایات روان‌تنی سطح استرس ادراک شده در افراد است (۱، ۱۴). بنابراین بارزترین عنصری که موجب پیوند بین قلدری با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن می‌شود، استرس ناشی از مواجه شدن با قلدری است. تجربه استرس ناشی از مواجه شدن با قلدری از طریق فرایندهای زیستی-عصبی بهترین زمینه‌ساز بروز علائم یا شکایات روان‌تنی است (۱۴). همچنین احساس تهدید ناشی از مواجه شدن با قلدری در پرستاران زن، با افزایش سطح برانگیختگی آن‌ها و تداوم این برانگیختگی در زمان‌هایی بیش از زمان‌های معمول و متعارف، باعث بروز شکایات روان‌تنی می‌شود. در واقع در چنین بافتی نه خود قلدری بلکه احساس تهدید ناشی از آن و نشخوار و پردازش مداوم این تهدید

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، قلدری کلی ($P < 0.01$) با عاطفه منفی دارای رابطه معنادار است و توانسته ۱۷/۲ درصد از واریانس این متغیر را تبیین کند. در ادامه عاطفه منفی ($P < 0.01$) با شکایات روان‌تنی ($\beta = 0.24$) و قلدری کلی ($\beta = 0.21$) با شکایات روان‌تنی دارای رابطه معنادار بوده و توانسته‌اند ۱۵ درصد از واریانس این متغیر را تبیین نمایند. شاخص‌های برازش مدل نهایی و بازنگری شده نیز به این شرح بود: χ^2 دو مدل نهایی برابر با ۲۹/۶۳ و غیرمعنادار ($P > 0.01$)، درجه آزادی برابر با ۱۶، نسبت χ^2 به درجه آزادی برابر با ۱/۸۵، GFI برابر با ۰/۹۷، CFI برابر با ۰/۹۹، IFI برابر با ۰/۹۹، RMR برابر با ۰/۴۱.

در جدول ۴، اثرات غیرمستقیم مطرح در مدل نهایی و بازنگری شده (تصویر ۲) ارائه شده است. ضرایب ارائه شده در جدول ۴ (اثرات غیرمستقیم استاندارد و غیراستاندارد) براساس منابع موجود و همچنین آزمون بوئاستراپ در سطح ($P < 0.05$) معنادار هستند. بررسی اثرات واسطه‌ای نیز حاکی از آن بود که عاطفه منفی متغیر واسطه‌ای پاره‌ای در رابطه بین قلدری کلی با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن می‌باشد.

جدول ۴: اثرات غیرمستقیم و مستقیم مدل نهایی پژوهش در حالت استاندارد و غیراستاندارد

اثرات غیرمستقیم	شکایات روان‌تنی
غیراستاندارد	غیراستاندارد
اثر غیرمستقیم قلدری کلی بر شکایات روان‌تنی از طریق عاطفه منفی	۰/۰۶۷** ۰/۰۹۸**

* $P < 0.05$ و ** $P < 0.01$

بحث

این پژوهش که با هدف بررسی الگوی ساختاری رابطه بین قلدری در بیمارستان با عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی در پرستاران زن اجرا گردید، شواهدی از رابطه بی‌واسطه و با واسطه قلدری (از طریق عاطفه منفی) با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن به دست داد. در سطح روابط ساده نتایج نشان داد که بین هر شش مولفه قلدری با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (جدول ۱). نتیجه به دست آمده در مطالعه فراتحلیلی Einarsen & Nielsen نیز حاکی

برای ایجاد عواطف منفی دارد (۱۲، ۱۳). این عواطف منفی ایجاد شده دارای توان پویای بالایی است تا فرایندهای روانی و جسمی مختلف را تحت تأثیر خود قرار دهد. به این مفهوم که در فضای ذهنی و روانی افراد حضور عواطف منفی مختلف نظیر اضطراب، ملال، افسردگی، تنفر، خستگی و وحشت، فرایندهای زیستی و روانی متعددی را راه‌اندازی نموده و به این ترتیب تهدید حاصل از مواجه شدن با قلدری را به مشکلات روانی و جسمی مختلف برگردان می‌کند. یکی از این مشکلات روانی و جسمی که در اثر تهدید ناشی از قلدری و سپس تجربه عواطف منفی فعال می‌شود، شکایات روان‌تنی است. بنابراین از بعد نظری می‌توان مواجه شدن با قلدری را عامل فعال‌ساز عواطف منفی و به دنبال آن شکایات جسمانی در نظر گرفت. اما فراتر از این رابطه غیرمستقیم قلدری با شکایات روان‌تنی از طریق عواطف منفی، تجربه مواجه شدن با قلدری به‌طور مستقیم و از طریق انتقال حالات ناشی از تهدید ادراک شده نیز به افزایش شکایات روان‌تنی منجر می‌شود. این توان مستقیم قلدری برای افزایش شکایات روان‌تنی همچنین نشان می‌دهد که در بروز شکایات روان‌تنی در زنان پرستار، تجربه و تهدید ناشی قلدری در فضای روانی آن‌ها وجود دارد. گویی به نظر می‌رسد که فراتر از تجربه مستقیم قلدری، یادمان‌های ناشی از آن در فضای ذهنی پرستاران زن نیز خود به معضلی در راستای افزایش شکایات روان‌تنی تبدیل می‌شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج حاصل از این پژوهش شواهد اولیه‌ای را برای گسترش کارکردهای آشکار و نهان قلدری برای عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی در پرستاران زن به دست داد. به‌طور صریح نتایج این پژوهش نشان داد که قلدری هم به‌طور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم (از طریق عاطفه منفی) با شکایات روان‌تنی ارتباط برقرار می‌کند. بر همین اساس در سطح کاربردی چون وجود شکایات جسمانی می‌تواند زمینه‌ساز افت کیفیت زندگی کاری و خانوادگی پرستاران زن شود، پیشنهاد می‌شود که با تأکید بر این نکته که قلدری از طریق آموزش‌های فردی و برقراری مقررات روشن در محیط‌های بیمارستانی قابل کنترل است، آموزش‌های عملی و کاربردی مواجهه و مقابله با قلدری با استفاده از پروتکل‌های آموزشی معتبر و مستند و از طریق افراد متخصص در بیمارستان‌هایی که زنان پرستاران اصلی آن را تشکیل می‌دهند، به مرحله اجرا در آید. در بعد پژوهشی نیز لازم است تا پژوهشگران علاقه‌مند در آینده به بررسی نقش دیگر نگرش‌های شغلی در رابطه بین قلدری در محیط بیمارستان با شکایات جسمانی در پرستاران زن و مرد بپردازند. در تفسیر یافته‌های این پژوهش همچنین لازم است به محدودیت‌های پژوهش شامل عدم تفسیر علت و معلولی تام از نتایج پژوهش و محدود بودن گروه نمونه به پرستاران زن یک بیمارستان دولتی توجه و احتیاط لازم صورت گیرد.

سپاسگزاری

این پژوهش بدون مساعدت و همراهی پرستاران زن شرکت‌کننده در مطالعه میسر نمی‌گردید. به همین دلیل در اینجا از کلیه این پرستاران دلسوز تشکر و قدردانی می‌نمائیم و از خداوند متعال برای آن‌ها سعادت و سلامتی مسئلت می‌کنیم.

در سطح ذهنی است که موجب بروز شکایات روان‌تنی در پرستاران زن می‌شود. در خصوص رابطه بین قلدری با عاطفه منفی نیز نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین هر شش مولفه قلدری در محیط بیمارستان با عاطفه منفی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (جدول ۲).

این نتیجه در پژوهش حاضر نیز با یافته‌های گزارش شده در پژوهش Akarçay & Aslan و همچنین با نتایج پژوهش Akar که طی آن‌ها نشان داده شده که بین مواجه شدن با قلدری و تجربه عواطف منفی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد همسویی نشان می‌دهد (۱۲). از بعد نظری رابطه قلدری با تجربه عواطف منفی را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که مواجه شدن با قلدری به دلیل ماهیت پرخاشگرانه این نوع رفتارها باعث ایجاد نگرانی، ترس، اضطراب، برانگیختگی و رنجش و خشم در افراد می‌شود (۷). توان قلدری در ایجاد این نوع عواطف منفی به زبانی ساده‌تر به این دلیل است که فرد در هنگام مواجه شدن با رفتارهای قلدرمآبانه دیگران احساس می‌کند که موجودیت، استقلال، ارزش و احترام وی به شدت توسط فرد یا افرادی که با وی رفتارهای قلدرمآبانه انجام می‌دهند نادیده گرفته شده است. این نادیده گرفته شدن موجودیت، استقلال، ارزش و احترام، عاملی اساسی است تا موجب شود فرد عواطف منفی مختلف را تجربه نماید. در کنار رابطه مثبت قلدری با عاطفه منفی، بخش دیگر نتایج نشان داد که بین عاطفه منفی و شکایات جسمانی در پرستاران زن رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (جدول ۱). این نتایج با نتایج گزارش شده توسط Almeida & Charles مبنی بر این که بین عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی رابطه مثبت وجود دارد، همسویی نشان می‌دهد (۱۵). تبیین رابطه بین عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی در پرستاران زن بر اساس رویکرد نظری ادراک نشانگان به این صورت است که با تشدید سطح عواطف منفی، میزان حساسیت پرستاران زن نسبت به احساسات برآمده از نقاط مختلف بدن افزایش می‌یابد. این افزایش حساسیت با ایجاد یک چرخه معیوب توجه-تشدید علائم روان‌تنی، سطح شکایات روان‌تنی را در پرستاران زن بالا می‌برد. اما از نقطه نظری منطقی رابطه قلدری با عاطفه منفی و شکایات روان‌تنی چیزی فراتر از رابطه ساده بین این متغیرها به صورت دو به دو است. به معنای دیگر به شکلی قابل پیش‌بینی بر اساس رویکرد ادراک نشانگان (۱۵) عاطفه منفی به ویژه وقتی وابسته به موقعیت باشد (مانند عاطفه منفی در این پژوهش که به‌طور خاص در ارتباط با اتفاقات و حوادث محیط کار بوده است) نیازمند آن است تا از طریق حوادث و اتفاقات محیطی فعال و تقویت شود. بر اساس همین ایده نیز الگوی مفهومی زیربنایی در پژوهش حاضر به این ترتیب در نظر گرفته شد که ابتدا قلدری با عاطفه منفی و سپس عاطفه منفی با شکایات روان‌تنی رابطه برقرار می‌کنند (تصویر ۱). این پیش‌بینی زمانی که از طریق الگوسازی معادله ساختاری مورد بررسی قرار گرفت به این صورت تأیید گردید که قلدری علاوه بر رابطه غیرمستقیم با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن، آن هم از طریق عاطفه منفی، با شکایات روان‌تنی نیز دارای رابطه مستقیم است (جدول ۲).

این نتیجه در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Akarçay & Aslan که نشان داده‌اند عاطفه منفی متغیر واسطه‌ای (میانجی) پاره‌ای در رابطه قلدری با تمایل به ترک خدمت و سبک‌های مقابله هیجانی است، همسویی نشان می‌دهد. قلدری بر اساس شواهد در دسترس توان بالایی

References

1. Trepanier SG, Fernet C, Austin S. A longitudinal investigation of workplace bullying, basic need satisfaction, and employee functioning. *J Occup Health Psychol.* 2015;20(1):105-16. DOI: [10.1037/a0037726](https://doi.org/10.1037/a0037726) PMID: 25151460
2. Lutgen-Sandvik P, Tracy SJ, Alberts JK. Burned by Bullying in the American Workplace: Prevalence, Perception, Degree and Impact. *J Manage Stud.* 2007;44(6):837-62. DOI: [10.1111/j.1467-6486.2007.00715.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2007.00715.x)
3. Golparvar M, Sadeghi S, Mosahebi M. [Construction and validation of bullying at workplace]. 2012.
4. Duffy M. Preventing workplace mobbing and bullying with effective organizational consultation, policies, and legislation. *Consult Psychol J Pract Res.* 2009;61(3):242-62. DOI: [10.1037/a0016578](https://doi.org/10.1037/a0016578)
5. Giorgi G. Workplace bullying partially mediates the climate-health relationship. *J Manage Psychol.* 2010;25(7):727-40. DOI: [10.1108/02683941011075274](https://doi.org/10.1108/02683941011075274)
6. Lovell BL, Lee RT. Impact of Workplace Bullying on Emotional and Physical Well-Being: A Longitudinal Collective Case Study. *J Aggr Maltreat Trauma.* 2011;20(3):344-57. DOI: [10.1080/10926771.2011.554338](https://doi.org/10.1080/10926771.2011.554338)
7. Golparvar M, Rafizadeh H. The Relationship Between Bullying at Workplace with Psychological and Spiritual Well Being of Nurses. *Hum Social Sci Lett.* 2014;2(2):120-8.
8. Hogh A, Mikkelsen EG, Hansen AM. Individual consequences of workplace bullying/mobbing. *Bully Harassment Workplace Dev Theory Res Pract.* 2011;107-28.
9. Gemzøe Mikkelsen E, Sheehan M, Hogh A, Berg Puggaard L. Prevention of bullying and conflicts at work. *Int J Workplace Health Manage.* 2011;4(1):84-100. DOI: [10.1108/17538351111118617](https://doi.org/10.1108/17538351111118617)
10. Nielsen MB, Matthiesen SB, Einarsen S. The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis. *J Occup Organ Psychol.* 2010;83(4):955-79. DOI: [10.1348/096317909x481256](https://doi.org/10.1348/096317909x481256)
11. Golparvar M, Zeraati M, Salehi R. [The relationship of work-family conflict and spillover to affective well being of female nurses]. *Peyavard Salamat.* 2015;8(5):437-50.
12. Aslan Ş, Akarçay D. The mediator role of negative affect impacted by workplace bullying on intention to leave and conflict handling styles. *J Global Sci Issues.* 2015;3(1).
13. Akar N. The relationships among perceived job stressors, workplace bullying and job stress in the health care services in Turkey: A Structural Equation Modeling (SEM) approach. *Int J Hum Social Sci.* 2013;3(14):248-57.
14. Golparvar M, Rafizadeh H, Arefi M. [The study of the correlation between bullying at workplaces and psychosomatic complaint and affective wellbeing among women nurses]. *Pajoohandeh J.* 2015;19(6):328-34.
15. Charles ST, Almeida DM. Daily reports of symptoms and negative affect: Not all symptoms are the same. *Psychol Health.* 2006;21(1):1-17. DOI: [10.1080/14768320500129239](https://doi.org/10.1080/14768320500129239)
16. Nielsen MB, Einarsen S. Outcomes of exposure to workplace bullying: A meta-analytic review. *Work Stress.* 2012;26(4):309-32.
17. Iftikhar M, Qureshi MI. Modeling the workplace bullying the mediator of "workplace climate-employee health" relationship. *J Manage Info.* 2014;4(1):96-124.
18. Cooper-Thomas H, Lee RT, Gardner D, O'Driscoll M, Catley B, Bentley T, et al. Neutralizing workplace bullying: the buffering effects of contextual factors. *J Manage Psychol.* 2013;28(4):384-407. DOI: [10.1108/jmp-12-2012-0399](https://doi.org/10.1108/jmp-12-2012-0399)
19. Spence Laschinger HK, Nosko A. Exposure to workplace bullying and post-traumatic stress disorder symptomology: the role of protective psychological resources. *J Nurs Manag.* 2015;23(2):252-62. DOI: [10.1111/jonm.12122](https://doi.org/10.1111/jonm.12122) PMID: 24033807
20. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30(3):607-10.
21. 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. PMID: 10784286
22. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. *Applied Multivariate Research: Design and Interpretation.* London: SAGE publications; 2006.