

A Survey of Perceived Incivility among Nurses Working at Medical-Educational Centers in the City of Ardabil, Iran

Shamshiri M¹, Abazari M², Poorkar M*¹, Nasiri E¹

1. Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

2. Department of Health, School of Health, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

*Corresponding author. Tel: +989112389370, E-mail: marjanpoorkar1359@gmail.com

Received: Feb 3, 2018 Accepted: Jun 5, 2018

ABSTRACT

Background & aim: Workplace incivility is one of the destructive behaviors in any organization, especially in the organizations providing health services. The purpose of this study was to assess the perceived incivility among nurses working in four educational-hospitals affiliated to Ardabil University of Medical Sciences (ARUMS).

Methods: This study was a descriptive-correlational design. Study population were all nurses working in educational hospitals in the city of Ardabil. Through a consensus sampling approach, the Guidroz's "Incivility in Workplace Questionnaire" was given to all nurses working hospitals affiliated to ARUMS and 600 out of 900 nurses returned the completed questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA and Pearson correlation coefficient in SPSS software.

Results: 500 persons (83.3%) from 600 nurses participating in the study were female. The findings showed that perceived incivility among nurses originates from physicians (3.63±0.94), patient-family (2.99±0.85), general incivility (2.80±0.75), head nurses or supervisors (2.75±0.85), and other nursing colleagues (2.71±0.69). In addition, the differences between the mean scores of perceived incivility between these five sources were statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the findings of this study, nurses experience incivility from various sources especially from physicians and patients. So, it is necessary for hospital managers to address and resolve the uncivil behaviors through continuous education, role clarification, and improving the nursing's image in the society.

Keywords: Perceived Incivility, Nurse, Physician, Patient

بررسی وضعیت بی‌نزاکتی درک شده در پرستاران مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل

محمود شمشیری^۱، مالک اباذری^۲، مرجان پورکار جدید^{۱*}، الهامه نصیری^۱

۱. گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

۲. گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۱۲۳۸۹۳۷۰ ایمیل: marjanpoorkar1359@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: یکی از رفتارهای مخرب در هر سازمان به ویژه در سازمان های بهداشتی- درمانی، بی‌نزاکتی در محیط کار است که می‌تواند منجر به پیامدهای منفی متعددی در نیروی انسانی شاغل و نیز ارائه خدمات شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت بی‌نزاکتی درک شده در پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل انجام شد.

روش کار: تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل (۹۰۰ نفر) بودند. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد و تعداد ۶۰۰ نفر از پرستاران، در مطالعه شرکت داده شدند. از پرسشنامه «بی‌نزاکتی در محیط کار گویدرز» جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون تی مستقل، آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS-24 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: از ۶۰۰ پرستار شرکت‌کننده در مطالعه، ۵۰۰ نفر (۸۳/۳٪) زن بودند. یافته‌ها نشان داد که بیشترین بی‌نزاکتی درک شده توسط پرستاران از سوی پزشکان (۳/۶۳±۰/۹۴) بود و بی‌نزاکتی از طرف بیمار/خانواده (۲/۹۹±۰/۸۵)، بی‌نزاکتی عمومی (۲/۸۰±۰/۷۵)، سرپرستار یا سوپروایزر (۲/۷۵±۰/۸۵) و همکاران پرستار (۲/۷۱±۰/۶۹) در رده‌های بعدی قرار داشتند. همچنین آنالیز واریانس نشان داد که اختلاف میانگین نمرات بی‌نزاکتی درک شده از این منابع پنجگانه از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش حاضر، پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی اردبیل، مورد بی‌نزاکتی گروه‌های مختلف نظیر پزشکان و بیماران قرار می‌گیرند. بنابراین ضروری است مدیران، رفتارهای بی‌نزاکت را شناسایی و از طرق مختلف از قبیل دوره‌های آموزش مداوم، رفع ابهام نقش و بهبود تصویر حرفه پرستاری در جامعه، آن را مرتفع سازند.

واژه‌های کلیدی: بی‌نزاکتی درک شده، پرستار، پزشک، بیمار

دریافت: ۹۶/۱۱/۱۴ پذیرش: ۹۷/۳/۱۵

مقدمه

رفتارهای مخرب^۱ نوعی تعامل نامناسب، مقابله یا کشمکش است که از الفاظ نامناسب تا برخورد فیزیکی و آزار جنسی را در برمی‌گیرد. در واقع

رفتارهای مخرب به انواع خشونت، قلدری کردن، خصومت، بی‌نزاکتی، توهین کلامی و آزار جسمی اشاره دارد (۱). یکی از مقوله‌های مهم در میان رفتارهای مخرب، بی‌نزاکتی در محیط کار^۲ است.

² Workplace Incivility

¹ Disruptive Behaviors

پرستاران با همه افراد شاغل در بیمارستان اشاره دارد (۸،۹). دومین منبع، بی‌نزاکتی از جانب همکاران پرستار می‌باشد. منبع سوم بی‌نزاکتی، بی‌نزاکتی از جانب سرپرستاران/ سوپروایزران است. بر اساس مطالعات، بی‌نزاکتی مسئولان باعث کاهش تعهد سازمانی، افزایش نارضایتی شغلی و تنش‌های روانی می‌شود (۱۰،۱۱). منبع چهارم، بی‌نزاکتی از جانب پزشکان می‌باشد که تاثیر منفی زیادی روی رضایت شغلی و احساس عدم امنیت در پرستاران می‌گذارد (۷). در یک مطالعه، بیشترین بی‌نزاکتی گزارش شده در تعاملات پرستاران با دیگران، از سوی پزشکان بوده است (۸). بی‌نزاکتی دیگر درک شده توسط پرستار، بی‌نزاکتی از جانب بیمار و خانواده او است. به طوری که بخش عمده ای از پرستاران، بیماران را عامل اصلی بی‌نزاکتی و شدت یافتن تنش و فرسودگی شغلی می‌دانند (۵).

با توجه به اینکه هر گونه بی‌احترامی و بی‌نزاکتی ممکن است جو سازمانی محیط کار را تغییر داده و بر شدت فرسودگی شغلی پرستاران بیافزاید. همچنین، منجر به بروز پیامدهای ناگوار نظیر خطاهای بالینی و در نتیجه تهدید جان بیمار شود، لذا لازم است این مفهوم مورد مطالعه قرار بگیرد. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین وضعیت بی‌نزاکتی درک شده در پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل انجام شد.

روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی بود که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران با مدرک کارشناسی و بالاتر شاغل در مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل (بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، دکتر فاطمی، علوی و بوعلی) بودند (تعداد ۹۰۴ نفر). نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام گرفت و پرسشنامه‌ها بین تمامی پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف ۴ بیمارستان توزیع شد

تعاریف مختلفی از بی‌نزاکتی در محیط کار وجود دارد. تعریف اندرسون و پیerson^۱ (۱۹۹۹) در مورد بی‌نزاکتی در محیط کار، پرکاربردترین تعریف است. از دیدگاه آنها، بی‌نزاکتی در محیط کار شامل رفتارهای انحرافی با مقادیر کم و نیت مبهم به منظور آسیب رساندن به شخص مورد هدف است. این رفتارها حامل پیام‌های بی‌ادبانه و گستاخانه‌ای هستند که با نادیده گرفتن دیگران آشکار می‌شوند (۲). تخطی از هنجارها، نیت مبهم و شدت کم، سه ویژگی اصلی بی‌نزاکتی در محیط کار می‌باشند (۳). انواع رفتارهای بی‌ادبانه شامل حرف‌های طعنه‌آمیز یا پوزخندزدن، تن صدای تحقیرآمیز، نگاه خیره و خصمانه، قطع صحبت دیگران و نادیده گرفتن قدرت و هویت فرد در جلوی همکاران هستند (۴). بی‌نزاکتی، مفهومی جدا از پرخاشگری فیزیکی و خشونت است، زیرا در اینجا فرد قصد آسیب‌رساندن مستقیم به کسی را ندارد (۵، ۴).

رفتارهای خشونت‌آمیز و عاری از نزاکت از مشکلات شایع در حرفه پرستاری هستند، به طوری که از هر ۱۰ پرستار، ۹ نفر ممکن است چنین رفتارهایی را تجربه کرده باشند (۵). این رفتارهای مخرب، چالش‌های قابل توجهی را برای پرستاران، بیماران و سازمان‌های بهداشتی درمانی ایجاد می‌کنند (۶) و باعث افزایش استرس، ناامیدی، کاهش تمرکز، کاهش هماهنگی گروهی، کاهش تبادل اطلاعات، ارتباط ناموثر، افزایش خطاهای پزشکی، کاهش کیفیت مراقبت از بیمار و افزایش مرگ و میر بیماران می‌شوند (۱).

بی‌نزاکتی نسبت به پرستاران در محیط بیمارستان می‌تواند منابع مختلفی داشته باشد که می‌توان به بی‌نزاکتی عمومی، همکاران پرستار، سرپرستاران/ سوپروایزران، پزشکان و بیمار/خانواده اشاره کرد (۷). اولین منبع بی‌نزاکتی که در متون از آن یاد شده است، بی‌نزاکتی عمومی می‌باشد که به تعاملات

¹ Anderson & Pearson

آمد. نحوه انجام کار به این صورت بود که پژوهشگر پس از دریافت کد اخلاق و کسب اجازه از ریاست و مسئولین بخش‌ها، به واحدهای پژوهش مراجعه و اهداف مطالعه و همچنین رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات را به آن‌ها توضیح داده و رضایت کتبی از آنان اخذ نمود و پرسشنامه‌ها را بین آنها توزیع کرد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آزمون‌های آماری تی تست، آنالیز واریانس و همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS-24 انجام گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۶۰۰ پرستار شاغل در بخش‌های بیمارستانی شرکت نمودند که ۵۰۰ نفر (۸۳/۳٪) را زنان تشکیل می‌دادند. بررسی گروه سنی نشان داد که اکثریت پرستاران در رده سنی ۲۰ تا ۵۳ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنها $30/5 \pm 7/3$ سال بود. از نظر تحصیلات، ۹۷/۳ درصد (۵۸۴ نفر) مدرک کارشناسی و ۲/۷ درصد (۱۶ نفر) مدرک کارشناسی ارشد داشتند. ۹۶/۲ درصد (۵۷۷ نفر) از شرکت‌کنندگان در پژوهش، پرستار و ۳/۸ درصد (۲۳ نفر) سرپرستار بودند. همچنین میانگین سابقه کاری پرستاران شرکت کننده در پژوهش، $6/4 \pm 70/96$ سال بود.

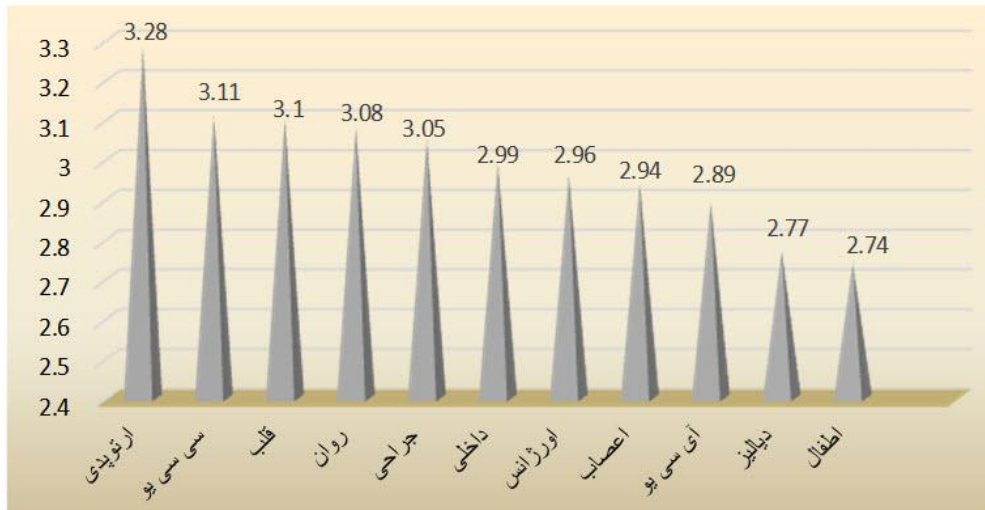
در خصوص وضعیت بی‌نزاکتی درک شده به تفکیک بخش محل کار، نتایج نشان داد که بیشترین بی‌نزاکتی مربوط به بخش ارتوپدی و کمترین بی‌نزاکتی مربوط به بخش اطفال بود (نمودار ۱)؛ به طوری که آزمون آماری من ویتنی نشان داد که نمره بی‌نزاکتی درک شده پرستاران براساس بخش محل کار از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$).

که در نهایت، ۶۰۰ پرسشنامه عودت داده شد (میزان پاسخگویی = $66/37\%$). جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه دو قسمتی انجام گرفت. بخش اول شامل فرم جمع‌آوری اطلاعات فردی اجتماعی شرکت کنندگان در مطالعه (سن، جنس، میزان تحصیلات، سابقه کار، بخش محل کار و سمت سازمانی) بود و بخش دوم آن را، «مقیاس بی‌نزاکتی در محیط کار گویدرز»^۱ تشکیل می‌داد. این پرسشنامه با ۴۳ عبارت در ۵ زیرمقیاس قرار گرفته است که هر زیرمقیاس، یکی از منابع بی‌نزاکتی درک شده شامل بی‌نزاکتی عمومی (۹ گویه)، بی‌نزاکتی همکاران پرستار (۱۰ گویه)، بی‌نزاکتی سرپرستاران/ سوپروایزران (۷ گویه)، پزشکان (۷ گویه) و بیماران و خانواده آنان (۱۰ گویه) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر کدام از این زیرمقیاس‌ها، حاوی گویه‌هایی می‌باشد که به صورت طیف لیکرت پنج قسمتی از ۱ تا ۵ (شدیداً مخالف تا شدیداً موافق) طبقه‌بندی شده است که نمره یک نشان‌دهنده کمترین بی‌نزاکتی و نمره ۵ بیشترین بی‌نزاکتی می‌باشد. این پرسشنامه در غرب به وفور مورد استفاده قرار گرفته و آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های آن در مقالات مختلف بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۹،۱۰). به منظور استفاده از پرسشنامه در پژوهش حاضر، پرسشنامه بعد از ترجمه، در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل قرار گرفت و شاخص روایی محتوا^۲ (CVI) و نسبت روایی محتوا^۳ (CVR) برای هر گویه محاسبه شد. مقادیر CVI برای هر آیتام بین ۰/۸ تا ۱ و CVR بین ۰/۷ تا ۱ متغیر بود. برای بررسی پایایی پرسشنامه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقادیر آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ برای زیرمقیاس پرسشنامه به دست

¹ Guidroz's Incivility in Workplace Questionnaires

² Content Validity Index

³ Content Validity Ratio



نمودار ۱. میانگین نمره بی‌نزاکتی درک شده به تفکیک بخش محل کار

به منظور تعیین ارتباط بین متغیرهای فردی اجتماعی (سن، جنس، سابقه، سطح تحصیلات) و ابعاد بی‌نزاکتی درک شده پرستاران از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. بی‌نزاکتی عمومی از همبستگی مثبت بسیار ضعیف ($r=0.12$)، بی‌نزاکتی با منشأ همکار پرستار از همبستگی مثبت بسیار ضعیف ($r=0.11$)، بی‌نزاکتی با منشأ سرپرستار و سوپروایزر از همبستگی منفی متوسط ($r=-0.63$)، بی‌نزاکتی با منشأ همکار پزشک از همبستگی بسیار ضعیف منفی ($r=-0.09$) و بی‌نزاکتی با منشأ بیمار/خانواده از همبستگی ضعیف منفی ($r=0.62$) با سن برخوردار بودند. همچنین، نتایج نشان داد که بین بی‌نزاکتی درک شده و سابقه شغلی ارتباط معنی‌دار قوی وجود ندارد ($r=0.12$).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین وضعیت بی‌نزاکتی درک شده و ابعاد پنجگانه آن (عمومی، پرستاران همکار، سرپرستاران- سوپروایزرها، پزشکان، بیماران یا خانواده) در پرستاران شاغل در مراکز آموزشی- درمانی شهر اردبیل انجام شد. یافته‌ها نشان داد که پرستاران، بیشترین مقدار بی‌نزاکتی را به ترتیب از جانب پزشک، بیمار و خانواده، عمومی، سرپرستار/

در مورد وضعیت بی‌نزاکتی درک شده پرستاران، نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمرات بی‌نزاکتی کلی پرستاران، 2.98 ± 0.89 بود و پرستاران، بیشترین بی‌نزاکتی‌ها را از جانب پزشکان (3.63 ± 0.94) و بیماران (2.99 ± 0.85) متحمل می‌شدند. سایر ابعاد بی‌نزاکتی شامل بی‌نزاکتی عمومی (2.80 ± 0.75)، سرپرستار/ سوپروایزر (2.71 ± 0.69) و همکاران پرستاری (2.75 ± 0.85) در رده‌های بعدی قرار داشتند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات بی‌نزاکتی درک شده را در ابعاد پنجگانه نشان می‌دهد. همچنین نتیجه آزمون آنوای یک طرفه نشان داد که اختلاف میانگین نمرات بی‌نزاکتی درک شده در منابع پنجگانه، از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0.001$).

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات بی‌نزاکتی درک شده

پرستاران برحسب منابع آنها			
آماره	میانگین	انحراف معیار	آزمون آماری
عمومی	۲/۸۰	۰/۷۵	
پرستار	۲/۷۱	۰/۶۹	df=4
سرپرستار/ سوپروایزر	۲/۷۵	۰/۸۵	F=128.63
پزشک	۳/۶۳	۰/۹۴	P 0.001
بیمار و خانواده	۲/۹۹	۰/۸۵	

بر پویایی تیم تاثیر سوء گذاشته، کفایت ارتباطات را کاهش داده و در مسیر چرخش اطلاعات در سازمان، مانع ایجاد نماید. همچنین می‌تواند از پاسخگویی افراد، کاسته و در نهایت به کاهش کیفیت مراقبت از بیمار منجر شود (۱۴).

یافته‌ها نشان دادند که دومین عامل بی‌نزاکتی درک شده برای پرستاران از سوی بیماران و خانواده آنان تحمیل می‌شود. از آنجایی که نزدیکترین فرد مراقب به بیمار، پرستاران می‌باشند، احتمال بیشتری وجود دارد تا بیماران استرس‌ها و کمبودهای موجود در سیستم درمان را به پرستاران منتقل نمایند. کامپانا^۲ و همکاران، بی‌نزاکتی تجربه شده پرستاران از سوی بیماران و خانواده آنان را مورد مطالعه قرار داده و میانگین نمره بی‌نزاکتی درک شده را ۱/۱۲ گزارش کردند (۱۵) که در مقایسه با پژوهش حاضر (۲/۹۹)، کمتر است. شاید یکی از دلایل بی‌نزاکتی نسبت به پرستاران از سوی خانواده‌های بیماران، کمبود آگاهی آنان در برخورد با پرسنل بهداشتی-درمانی باشد.

یکی دیگر از منابع بی‌نزاکتی نسبت به پرستاران در این مطالعه، بی‌نزاکتی از جانب سرپرستاران/سوپروایزران با میانگین و انحراف معیار $۲/۷۵ \pm ۰/۸۵$ بود. در مطالعه حسین پور و همکاران نیز، میانگین و انحراف معیار نمره بی‌نزاکتی از جانب سوپروایزران و سرپرستاران، $۲/۶۶ \pm ۰/۹۸$ گزارش شد که با نتیجه مطالعه ما همخوانی دارد (۹). از دلایل بی‌نزاکتی نسبت به پرستاران از جانب مدیران، آن است که اکثر مسئولان پرستاری از روش رهبری استبدادی استفاده می‌کنند و از اینکه یک مدیر با واگذاری کلیه امور به دیگران ممکن است تسلط خود را در مدیریت دیگران از دست داده و با خطر از دست دادن کنترل خود بر اقداماتی که آن را خودش به دیگران واگذار کرده، مواجه شود نگران هستند (۱۶).

سوپروایزر و همکار پرستار متحمل می‌شوند. در مطالعه ای که توسط حسین پور و همکاران با هدف تعیین بی‌نزاکتی در محیط کار انجام شد، نتایج نشان داد که از میان منابع مختلف بی‌نزاکتی، بی‌نزاکتی پزشکان، بیشتر از سایر منابع بوده و انواع بی‌نزاکتی بیمار و خانواده، بی‌نزاکتی عمومی، سرپرستار/سوپروایزر و پرستاران همکار در رده‌های بعدی قرار داشتند (۹). مطالعه کلانتری و همکاران نیز نشان داد که بیشترین بی‌نزاکتی در تعامل با پزشکان و کمترین آن در تعامل با سوپروایزرها دیده می‌شود (۸).

نتایج مطالعه المبلاد^۱ و همکاران، اندکی متفاوت بود به طوری که بیشترین منبع بی‌نزاکتی نسبت به پرستاران از نوع عمومی بوده و پزشکان در رتبه بعدی قرار داشتند. همچنین، آنها کمترین منبع بی‌نزاکتی را از جانب سوپروایزرها گزارش کردند (۱۰). بی‌نزاکتی از سوی پزشکان می‌تواند ناشی از تعارضی باشد که در هر سازمانی یافت می‌شود. به طوری که در بیشتر سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامتی دنیا، به خاطر اینکه پزشکان دارای مدرک تحصیلی بالاتری بوده و از موقعیت سازمانی مستحکم‌تری برخوردار هستند، ممکن است رفتارهای تندی را نسبت به سایر کارکنان و به خصوص پرستاران بروز دهند (۱۱). همچنین شواهد موید آن است که دلیل رفتارهای تند و خشن پزشکان نسبت به پرستاران این است که پرستاری در طول تاریخ، به عنوان حرفه ای معرفی شده است که اکثریت آن را زنان تشکیل می‌دهند و ممکن است رفتارهای خشن را راحت تر بپذیرند (۱۲). به علاوه، در سازمان‌هایی که نقش گروه‌های حرفه ای به طور واضح تعریف نشده است، احتمال رفتارهای بی‌نزاکت بیشتر است (۱۳). لازم به ذکر است که رفتارهای عاری از نزاکت از سوی پرسنل بیمارستان می‌تواند

² Campana

¹ Elmblad

و منابع بی‌نزاکتی آگاه بوده و پاسخ‌های مناسب و حرفه‌ای ارائه دهند. همچنین دست‌اندرکاران و مسئولین فعال در مراکز آموزشی و درمانی نیز، باید وضعیت رفتارهای بی‌نزاکت و غیرحرفه‌ای را در میان پرسنل ارزیابی کرده و در جهت مرتفع ساختن آن تلاش نمایند، به علاوه، رفتارهای مناسب و نحوه ارتباط صحیح با همکار را به همه پرسنل به ویژه به پزشکان آموزش دهند. برای وجهه مربوط به بی‌نزاکتی بیماران و خانواده آنان نیز مسئولین می‌توانند با بهبود تصویر ذهنی جامعه از پرستاران نسبت به کاهش بروز موارد بی‌نزاکتی از سوی افراد جامعه که به عنوان مددجو وارد مراکز بیمارستانی می‌شوند، اقدام نمایند. در عین حال آگاهی بیشتر پرستاران از وظایف خود و ارائه یک مراقبت با کیفیت نیز می‌تواند از رفتارهای منفی بیماران بکاهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه مصوب دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1395.65 می‌باشد. بدینوسیله از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، مراکز درمانی مربوطه کمال سپاسگزاری می‌گردد. همچنین نویسندگان لازم می‌دانند از پرستاران عزیز که صادقانه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند قدردانی نمایند.

یکی دیگر از ابعاد مهم بی‌نزاکتی درک شده پرستاران، بی‌نزاکتی از سوی همکاران خود آنها بود. اگرچه از میان منابع پنجگانه بی‌نزاکتی، کمترین مقدار بی‌نزاکتی به همکاران پرستار اختصاص داشت، ولی همین مقدار پائین نیز، یک نگرانی اساسی به حساب می‌آید، زیرا روابط مختل بین پرستاران می‌تواند هرگونه فعالیت تیمی را تحت تأثیر قرار دهد. ^۱ و همکاران از بی‌نزاکتی همکاران نسبت به هم، به عنوان خشونت افقی سازمانی نام برده و معتقد است که انجام یک مراقبت با کیفیت برای بیماران، نیازمند همکاری پرستاران با همدیگر است. لذا بی‌نزاکتی با ایجاد اختلال در مراقبت از بیماران، مانع از رسیدن به پیامدهای مثبت بیمار می‌شود (۱۷).

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به طولانی بودن پرسشنامه‌ها و نداشتن وقت کافی پرستاران برای پرکردن آنها اشاره کرد که می‌توانست روی پاسخ شرکت‌کنندگان به سوالات، تأثیرگذار باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که پرستاران از سوی پزشکان، بیماران، سرپرستاران، پرستاران همکار و سایر پرسنل مورد بی‌نزاکتی قرار می‌گیرند که ممکن است فعالیت‌ها و وظایف پرستاران را تحت تأثیر قرار دهد. لازم است پرستاران نسبت به موارد

¹ Vessey

References

- 1- Lux KM, Hutcheson JB, Peden AR. Successful management of disruptive behavior: a descriptive study. *Issues in Mental Health Nursing*. 2012;33(4):236-43.
- 2- Andersson LM, Pearson CM. Tit for tat? the spiraling effect of incivility in the workplace. *Academy of Management Review*. 1999;24(3):452-71.
- 3- Lai HL, Lin YP, Chang HK, Wang SC, Liu YL, Lee HC, et al. Intensive care unit staff nurses: predicting factors for career decisions. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(14):1886-896.
- 4- Pearson CM, Andersson LM, Porath CL. Assessing and attacking workplace incivility. *Organizational Dynamics*. 2000;29(2):123-37.
- 5- Winstanley S, Whittington R. Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(s412):144-47.

- 6- Luparell S. Incivility in nursing: the connection between academia and clinical settings. *Critical Care Nurse*. 2011;31(2):92-95.
- 7- Rosenstein AH, O'daniel M. Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians: nurses, physicians, and administrators say that clinicians' disruptive behavior has negative effects on clinical outcomes. *The American Journal of Nursing*. 2005;105(1):54-64.
- 8- Kalantari S, Hekmatafshar M, Jouybari L, Sanagoo A, Mohammadi R. Workplace behaviors and its correlation with demographic characteristics: perspective of nurses in teaching hospitals in Gorgan. *Journal of Health Promotion Management*. 2012;1(4):7-15.
- 9- Hosseinpour-Dalengan L, Atashzadeh-Shoorideh F, Hosseini M, Mohtashami J. The correlation between nurses' work engagement and workplace incivility. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2017;19(4):e45413.
- 10- Elmblad R KG, Lebeck L. Workplace incivility affecting CRNAs: a study of prevalence, severity, and consequences with proposed interventions. *AANA Journal*. 2014;82:437-45.
- 11- Brooks AMT. Nurse physician disruptive behavior: building a culture of safety and quality. 27th International Nursing Research Congress. Cape Town: South Africa; 2016.
- 12- Mikaelian B, Stanley D. Incivility in nursing: from roots to repair. *Journal of Nursing Management*. 2016;24(7):962-69.
- 13- Szutenbach MP. Bullying in nursing: roots, rationales, and remedies. *Journal of Christian Nursing*. 2013;30(1):16-23.
- 14- Shen HC, Chiu HT, Lee PH, Hu YC, Chang WY. Hospital environment, nurse-physician relationships and quality of care: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(2):349-58.
- 15- Campana KL, Hammoud S. Incivility from patients and their families: can organisational justice protect nurses from burnout? *Journal of Nursing Management*. 2015;23(6):716-25.
- 16- Kanter RM. Power failure in management circuits. *Harvard Business Review*. 1979;57(4):65-75.
- 17- Vessey JA, DeMarco R, DiFazio R. Bullying, harassment and horizontal violence in the nursing workforce. *Annual Review of Nursing Research*. 2011;28(1):133-57.