



Lived Experiences of Nurses of Incivility

Alireza Nikbakht Nasrabadi ¹, Arpi Manookian ², Mahboobeh Shali ^{3,*}, Marzieh Sobhani ⁴, Mansoureh Sepehrinia ⁵, Atefeh Vaezi ⁵

¹ Professor, Nursing Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Nursing Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ PhD Candidate, Nursing Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Instructor, Islamic Azad University Dehaghan Branch, Isfahan, Iran

⁵ Instructor, Nursing Department, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

* **Corresponding author:** Mahboobeh Shali, PhD Candidate, Nursing Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: XXX

Received: 11 Jun 2018

Accepted: 02 Nov 2018

Abstract

Introduction: Incivility is a widespread problem in today's health care. Indecisiveness and violent behavior are complicated problems in the nursing profession, which causes significant problems for nurses, patients and health organizations. The aim of this study was to explore the lived experiences of incivility among a group of Nurses.

Methods: This study was conducted based on the qualitative approach, using an interpretive phenomenological method. Using purposeful sampling method, 14 participants were selected and shared their experiences regarding incivility at the workplace through individual, in-depth and semi-structured interviews. The transcribed interviews were analyzed based on the Colaizzi approach.

Results: The lived experiences of nurses regarding incivility in workplace emerged as "Indurance in the way of destruction and humiliation" as the main theme. The extracted themes were "Obvious and latent difficulties of being a nurse" including four subthemes (insulting encounter of the patient and accompanies; non-professional interactions; organizational and professional challenges; social challenges regarding profession). The second theme was extracted as "multi-dimensional breakdown" including three subthemes (psychosocial and personal instability; negative physical responses, forthcoming professional threats and damages).

Conclusions: Incivility behaviors among nurses can affect the quality of services provided by them. Therefore, considering factors that lead to incivility in nursing workplace is necessary.

Keywords: Incivility, Nurse, Nursing Care, Lived Experiences, Phenomenology



تبیین تجربیات پرستاران از بی نزاکتی در مراقبت از بیمار

علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۱، آرپی مانوکیان^۲، محبوبه شالی^{۳*}، مرضیه سبحانی^۴، منصوره سپهری نیا^۵، عاطفه واعظی^۵

^۱ استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳ دانشجوی دکترا، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۴ مربی، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی دهقان، اصفهان، ایران
^۵ مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
 * نویسنده مسئول: محبوبه شالی، دانشجوی دکترا، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ایمیل: XXX

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۱۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۲۱

چکیده

مقدمه: بی‌نزاکتی یک مشکل فراگیر در مراقبت‌های بهداشتی امروز است. بی‌نزاکتی و رفتارهای خشونت‌آمیز از مشکلات پیچیده در حرفه پرستاری است که باعث بروز مشکلات قابل توجه برای پرستاران، بیماران و سازمان‌های بهداشتی می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی تجربیات پرستاران از بی‌نزاکتی در مراقبت از بیمار صورت گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر مبتنی بر رویکرد کیفی و از نوع پدیدارشناسی تفسیری است. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۱۴ پرستار شاغل در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، تجربیات خود از بی‌نزاکتی در محیط کار را از طریق مصاحبه‌های عمیق، فردی و نیمه‌ساختاریافته به اشتراک گذاشتند. متن مصاحبه‌های ضبط شده پس از مکتوب‌سازی، بر اساس رویکرد کلایزی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تجارب زیسته پرستاران از بی‌نزاکتی در محیط کار در قالب مضمون اصلی "تاب آوردن در مسیر تخریب و تحقیر" استخراج گردید. مضامین حاصل از مطالعه حاضر شامل "سختی‌های آشکار و پنهان پرستار بودن" (برخورد توهین‌آمیز بیمار و همراه، تعاملات غیر حرفه‌ای، چالش‌های سازمانی و مدیریتی و چالش‌های اجتماعی مرتبط با حرفه) و از هم گسیختگی چند وجهی (تزلزل شخصیتی-روانی، واکنش‌های جسمانی منفی، تهدیدها و آسیب‌های حرفه‌ای پیش رو) بودند.

نتیجه‌گیری: بی‌نزاکتی در محیط کار پرستاران، می‌تواند بر کیفیت خدمات ارائه شده توسط پرستاران مؤثر باشد. لذا توجه به عواملی که منجر به بی‌نزاکتی می‌شود ضروری است.

واژگان کلیدی: بی‌نزاکتی، پرستار، مراقبت، تجربیات زیسته، پدیدارشناسی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

سازمان‌ها به دنبال حفظ و نگهداری منابع انسانی کارآمد می‌باشند. سازمان‌ها همواره بیم دارند سرمایه‌های انسانی خود را از دست بدهند و زبان ببینند، زیرا هر سازمان برای آموزش، تربیت و آماده‌سازی کارکنان خود تا مرحله بهره‌دهی و کارایی مطلوب، هزینه‌های بسیاری را صرف می‌کند و با ازدست دادن نیروهای ارزشمند، مهارت‌ها و تجربه‌هایی را از دست می‌دهد که با سال‌ها تلاش به دست آمده است [۱]. تغییر در مفاهیم پرستاری و نیازهای بهداشتی، تغییر در ارزش‌های پرستاری و توجه به حقوق فردی باعث به وجود آمدن و افزایش تعارضات اخلاقی

جدید شده که پرستاران با آن روزانه، روبرو می‌شوند. توجه به تعارضات اخلاقی و رفتارهای منفی در محیط کار از سال ۱۹۹۰ افزایش یافت [۲]. مطابق تئوری کانتر (Kanter)، رفتارهای منفی در محیط کار منجر به نگرش منفی کارکنان نسبت به شغلشان خواهد شد. لذا احتمالاً این رفتارهای منفی به کاهش اشتیاق شغلی و تعارضات اخلاقی، خواهد انجامید [۳]. اخلاق حرفه‌ای راهبردی نسبت به مسئولیت‌های اخلاقی سازمان در قبال محیط مستقیم و غیرمستقیم معنا شده که در دهه اخیر مورد توجه بسیاری از سازمان‌های ایرانی قرار گرفته است. حاکمیت

تجارب زیسته و ترسیم بی نزاکتی در مراقبت از بیمار منجر به کسب بینشی ژرف در این زمینه می‌شود که علاوه بر اضافه شدن به بدنه دانش پرستاری می‌تواند به پرستاران در ارائه خدمات و مراقبت بهینه کمک کند. پرستاران با آگاهی از تجارب زیسته از بی نزاکتی، می‌تواند شرایط نیازها و دلیل رفتارهای بی نزاکتانه را درک کرده و اقدامات موثرتری را انجام دهد. از این رو مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربیات زیسته پرستاران از بی نزاکتی در مراقبت از بیمار صورت گرفت.

روش کار

با توجه به سؤال اصلی پژوهش که در پی چستی تجارب زیسته پرستاران از بی نزاکتی همکاران است، فلسفه و روش پدیدارشناسی جهت نیل به اهداف پژوهشی بعنوان رویکرد مناسب و انتخابی مورد استفاده قرار گرفت. از آن جا که فعالیت حرفه‌ای پرستاران در لایه‌های تجارب زندگی افراد جریان دارد، پدیدارشناسی برای مطالعه پدیده‌های مهم در پرستاری مانند مراقبت بسیار مناسب است. در این مطالعات، پدیده‌های تجربه شده توسط افراد از طریق شنیدن توصیف خود آن‌ها در مورد دنیای درونشان شناسایی می‌شوند [۱۷]. محیط پژوهش تحقیقات کیفی عرصه واقعی است، یعنی همان جایی که افراد تجربه مورد نظر را کسب می‌کنند و هدف از انجام تحقیق در عرصه این است که حداقل تغییر در فضایی که پدیده روی می‌دهد ایجاد شود [۱۸]. محیط پژوهش حاضر بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و مکان مصاحبه با هماهنگی با نمونه‌های مشارکت کننده تعیین گردید. در این مطالعه از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف برای انتخاب شرکت کنندگان استفاده شده است. بر این اساس تکلم به زبان فارسی، داشتن تحصیلات کارشناسی پرستاری، سلامت شنیداری و گفتاری، تمایل به بازگو کردن تجربه خود و مشارکت به صورت کاملاً داوطلبانه و آگاهانه در پژوهش از جمله معیارهای ورود پرستاران منتخب بود. در تحقیق کیفی تعداد مشارکت کننده در پژوهش از پیش قابل تعیین نمی‌باشد و تعداد مشارکت کننده‌ها تا اشباع نظری مقولات پیش می‌رود که در مطالعه حاضر با تعداد ۱۴ پرستار به اشباع داده‌ها رسیدیم. در تحقیق پدیدارشناسی، مصاحبه به عنوان روش اصلی جمع آوری داده‌ها محسوب می‌شود [۱۹]. در این پژوهش از مصاحبه‌های نیمه اختیاریافته استفاده شد. به منظور تعلیق عقاید و پیش فرض‌ها یا براکتینگ، سعی شد سؤالات کلیدی در مصاحبه قرار داده شده و مصاحبه باز و شبیه مباحثه باشد و از پرسیدن سؤالات کلی خودداری شود. سؤالات مصاحبه شامل: با شنیدن واژه بی نزاکتی در مراقبت از بیمار، چه چیزی به ذهن شما می‌آید؟ بی نزاکتی چه مفهومی برای شما دارد؟ با توجه با آنچه از بی نزاکتی در مراقبت از بیمار به ذهن شما می‌رسد، می‌توانید تجارب خود را از شرایطی که این احساس را داشته‌اید؛ توضیح دهید؟ به نظر شما چه عواملی بر این بی نزاکتی که تجربه کرده‌اید مؤثر بوده یا می‌توانست مؤثر باشد؟ همچنین در طول مصاحبه‌ها از سؤالات کاوشی نظیر "می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟" "منظورتان چیست؟" استفاده شد. مدت هر مصاحبه بین ۷۰-۴۵ دقیقه بود و محقق به منظور افزایش یکپارچگی داده‌ها شخصاً مصاحبه‌ها را انجام داد. در پایان هر مصاحبه بلافاصله مطالب ضبط شده، کلمه به کلمه بر روی کاغذ برگردانده و مجدداً با مطالب ضبط شده مقایسه و در موارد ابهام دوباره به شرکت کننده مورد نظر مراجعه می‌شد.

اخلاق حرفه‌ای به بهبود روابط، ارتقای جو تفاهم، کاهش تعارضات، افزایش تعهد و مسئولیت پذیری بیشتر کارکنان و کاهش هزینه‌های ناشی از کنترل در سازمان منجر می‌شود [۲]. رفتارهای بی نزاکتانه در محیط‌های کاری در حیطه اخلاق، تهدیدآمیز بوده و برای سلامت پرستاران و بیماران خطرناک است؛ این رفتارها جو سازمانی را نیز به خطر انداخته و در صورت عدم توجه به آنها، عواقب ناخوشایند بسیاری به دنبال خواهد داشت [۴]. اندرسون و پیروسون (Andersson & Pearson) بی نزاکتی را به عنوان رفتارهایی با نیت مبهم و برای آزار معرفی کردند که هنجارهای محیط کاری را نقض کرده و احترام متقابل را از بین می‌برند [۵]. آنان، بی نزاکتی در محل کار را به عنوان "رفتار ناپه‌نجان و نه چندان شدیدی که سهواً یا عمداً موجب رنجش دیگری را در محل کار ایجاد می‌کند و با هنجارهای احترام متقابل در محل کار در تضاد است"، تعریف کرده‌اند [۵]. بی نزاکتی در محیط کار شامل سوء رفتار کلامی و رفتارهای غیر کلامی مانند خیره نگاه کردن، بی اعتنائی و کنار زدن فرد از جمع کارکنان می‌شود [۶]. هاتن (Hutton) بیان کرد که بی نزاکتی یک مشکل فراگیر در مراقبت‌های بهداشتی امروز است [۷]. بی نزاکتی در فرسودگی شغلی و میزان رضایت شغلی پرستاران [۸] تأثیر دارد این گونه رفتارها در محیط‌های کاری با نتایج نامطلوبی از قبیل پریشانی کاری، عدم رضایت شغلی و ترک محل کار همراه است [۹، ۱۰]. هاتن (Hutton) به نقل از مطالعات متعدد به ارتباط میان رفتارهای نامحترمانه و بهره‌وری اشاره می‌کند. وی افزایش غیبت از کار، کاهش تعهد سازمانی، کاهش بهره‌وری، رفتار نامحترمانه نسبت به سایر همکاران و گیرندگان خدمات، کاهش گزارش خطاها و احساس جدایی از سازمان در ارتباط با رفتارهای نامحترمانه را یادآور شده است [۷]. پیروسون (Pearson) می‌گوید که رفتارهای نامحترمانه به کاهش زمان کار، کاهش تعهد به سازمان، کاهش تلاش در حین انجام کار و تغییر شغل منجر می‌شود [۱۱]. این رفتارها همچنین می‌توانند به عنوان پیش درآمدی بر وقوع خشونت‌های شغلی باشند و بار مالی سنگینی را بر دوش سازمان تحمیل کنند [۸]. آسیب‌های ناشی از بی نزاکتی به تخریب فضای کاری و تحمیل هزینه‌های مالی و روانی بسیار بر سازمان‌ها منجر می‌شود. در سال‌های اخیر بی نزاکتی از جنبه‌های گوناگون و در محیط‌های مختلف کاری از قبیل سیستم‌های قضایی و بهداشتی درمانی و دانشگاهی مورد بررسی قرار گرفته است [۱۲، ۱۳]. در مطالعه کورتینا (Cortina)، مشخص شد که میان بی نزاکتی و رضایت کاری ارتباط معنا داری وجود دارد. در این مطالعه بی نزاکتی باعث کاهش رضایت مندی کاری شده بود. همچنین کاهش رضایت مندی از حقوق، مزایا و سرپرستان از دیگر نتایج مشاهده شده بی نزاکتی بود [۱۴]. بی نزاکتی و رفتارهای توهین آمیز روی کارایی پرستاران تأثیری عمیق دارند و در برخی مطالعات گزارش می‌شود که از هر ۱۰ پرستار ۹ نفر آنها این گونه رفتارها را تجربه می‌کنند [۱۵]. مطالعات محدود انجام شده در پرستاری این پدیده را با تعهد سازمانی پائین و تمایل ترک حرفه مرتبط دانسته‌اند [۱۶].

به همه پرستاران آموزش داده می‌شود که در برابر اقدامات خود مسئول باشند. پاسخگو بودن و مسئول بودن در برابر اقدامات به پرستاران این فرصت را می‌دهد که به دنبال بهبود روش‌های حرفه‌ای خود باشند. یک پرستار بدون داشتن اطلاعات و درک نیازهای همکاران قادر به کسب مهارت و استانداردهای لازم برای کار در بخش نخواهد بود. بررسی

حداکثر تفاوت از نظر سنی-جنسی، سطح تحصیلات، طبقه اجتماعی و فرهنگی انتخاب نمود و بدین ترتیب روایی یا اعتبار حاصل گردید. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش نیز رعایت شد. در مرحله اول نامه کمیته اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و به دنبال آن معرفی نامه جهت ورود به بیمارستان و شروع نمونه گیری کسب شد. پژوهشگر علاوه بر معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش به مشارکت کنندگان، از آنان درخواست نمود تا فرم مشخصات جمعیت شناسی و رضایتنامه آگاهانه را تکمیل نمایند. پیش از شروع مصاحبه نیز اجازه ضبط صدا و یادداشت برداری از مشارکت کنندگان گرفته شد. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که در هنگام انتشار نتایج، کلیه اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند و پس از استفاده، فایل‌های صوتی حذف خواهند شد. مشارکت کنندگان می‌توانستند در هر مرحله از پژوهش بر حسب صلاحدید خود از طرح خارج شوند. حفظ خلوتی و راحتی مکان مصاحبه، محرمانه بودن مشخصات و پاک شدن فایل مصاحبه‌ها و در صورت تمایل، اطلاع رسانی از نتایج کلی تحقیق به شرکت کنندگان از دیگر نکات اخلاقی این تحقیق بوده است.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، مشارکت کنندگان از هر دو جنس، با محدوده سنی ۴۵-۲۴ سال و میانگین سابقه کار ۸ سال شرکت داشتند. به سایر ویژگی‌های فردی در **جدول ۱** اشاره شده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش هفت مرحله‌ای کلازینی (Colaizzi) استفاده شد. در مرحله اول مصاحبه‌ها ضبط و پس از اتمام مصاحبه به آنها گوش داده شد، سپس کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده و با مطالعه آن به عمق معانی پی برده شد. مرحله دوم با روش زیرخط دار کردن، جملات مهم استخراج شد. در مرحله سوم کدهای اولیه استخراج شدند. مرحله چهارم مفاهیم تدوین شده به زیر مفاهیم و در مرحله پنجم نتایج به تم‌های اصلی تبدیل شدند. در مرحله ششم یک توصیف جامع و بدون ابهام از پدیده تدوین شد و در مرحله هفتم اعتباربخشی به وسیله ارجاع به نمونه‌ها و پرسیدن درباره یافته‌ها انجام شد؛ زیرا در مطالعات کیفی روند اعتباربخشی داده‌ها با رجوع به هر یک از شرکت کنندگان و سؤال درباره یافته‌های پژوهش به دست می‌آید [۲۰]. روایی و پایایی مطالعه حاضر نیز ریشه در چهار محور ارزش واقعی، قابلیت اجرا، ثبات و مبتنی بر واقعیت بودن داشت. ارزش واقعی بدین معناست که بیانیه حاصل از تجربه برای فردی که آن را به صورت واقعی تجربه کرده است، قابل قبول باشد. قابلیت اجرا بدان اشاره دارد که آیا نتایج در مورد مکان‌ها و یا گروه‌های دیگر نیز قابل به کار بستن است. ثبات هنگامی کسب می‌شود که شرکت کنندگان پاسخ‌های همسانی به سؤالات مشابه که در قالب‌های مختلف مطرح می‌شوند، بدهند و مبتنی بر واقعیت بودن بدان معناست که فرآیند پژوهش خالی از هر گونه تعصب باشد [۲۱]. از این رو در مطالعه حاضر محقق ضمن توصیف کامل مراحل انجام کار و زمینه تحقیق مشارکت کنندگان را با

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان مطالعه

کد	سن	جنس	مدرک تحصیلی	سابقه کاری	وضعیت کاری
۱	۳۴	زن	کارشناسی	۹ سال	رسمی
۲	۲۶	زن	کارشناسی	۴ سال	قراردادی
۳	۳۷	مرد	کارشناسی ارشد	۱۲ سال	پیمانی
۴	۳۷	مرد	کارشناسی	۱۵ سال	پیمانی
۵	۳۶	مرد	کارشناسی	۸ سال	پیمانی
۶	۴۵	زن	کارشناسی	۲۰ سال	رسمی
۷	۲۵	زن	کارشناسی ارشد	۳ سال	قراردادی
۸	۲۷	زن	کارشناسی	۴ سال	قراردادی
۹	۳۳	زن	کارشناسی	۱۰ سال	پیمانی
۱۰	۲۸	مرد	کارشناسی	۴ سال	پیمانی
۱۱	۴۰	زن	کارشناسی ارشد	۱۵ سال	رسمی
۱۲	۲۸	زن	کارشناسی	۶ سال	قراردادی
۱۳	۲۴	زن	کارشناسی	۲ سال	طرحی
۱۴	۳۴	زن	کارشناسی	۱۰ سال	پیمانی

استخراج شدند. که مراحل شکل گیری این مضامین در **جدول ۲** نمایش داده شده است.

سختی‌های آشکار و پنهان پرستار بودن

پرستار یکی از کلیدی‌ترین اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی درمانی است که نقش او در کنترل بیماری‌ها، مراقبت حمایت‌های جسمی، روحی و روانی و اجتماعی بیماری از سوی بزرگان علم پزشکی نوین مورد تأیید قرار گرفته است. پرستار علاوه بر خدمات درمانی مسئول آموزش و برقراری ارتباط با مددجو و آماده سازی اوست. گاهی ارائه مراقبت به بیمار و سختی‌های ارائه این مراقبت باعث ایجاد جو کاری ناامن می‌شود که چالش‌هایی را در مراقبت از بیمار ایجاد خواهد کرد.

تعریف کلی استنباط شده از بی‌نزاکتی در مراقبت از بیمار از جانب شرکت کنندگان، هر گونه رفتار کلامی و غیر کلامی و فیزیکی که منجر به آسیب جسمی یا روانی به پرستار، بوده است و از نظر پرستاران چالشی بزرگ در سیستم خدمات بهداشتی است. همه پرستاران تجربیات زیادی از بی‌نزاکتی را در طول مراقبت از بیمار داشته‌اند که به آن اشاره کردند.

در راستا با هدف پژوهش که تبیین تجارب پرستاران از بی‌نزاکتی در مراقبت از بیمار بود، پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۱۲۵ کد مفهومی پدید آمدند. پس از ادغام آنها در هم ۷ زیر مضمون، ۲ مضمون اصلی و در نهایت درون مایه اصلی " تاب آوردن در مسیر تخریب و تحقیر "

برای آنان استرس زا بوده و به ایجاد تنش‌های هم در زندگی حرفه‌ای و هم در زندگی شخصی آنان منجر می‌شود.

شرکت کننده ۳، آقا با ۱۲ سال سابقه کار

"یه بار یکی از مریض‌ها کد خورد. شروع کردیم به ماساژ، همراهش تو اتاق بود؛ اجازه نمی‌داد ماساژ بدیم. می‌گفت منتظر باشید تا دکترش بیاد و نیازی نیست، سعی کردیم براش توضیح بدیم که تا دکتر بیاد باید ماساژ بدیم وگرنه اگر زمان طلایی بگذره مریضش نمی‌مونه و نتونستیم مهارش کنیم که حمله کرد به همکارم و من که داشتم ماساژ می‌دادم رو هم از مریض کند و هول داد به سمت."

شرکت کننده شماره ۶، خانم ۲۰ سال سابقه کار

"همیشه به حالت بی‌اعتمادی تو خانواده‌های بیمارما هست. اینکه فکر می‌کنند اگر نباشند و گوشزد نکنند ما به مریض‌شون رسیدگی نمی‌کنیم انگار. این حالت بی‌اعتمادی به بی‌احترامی رو ایجاد می‌کنه که تو لحن و رفتارش می‌تونید حسش کنید."

جدول ۲: مراحل شکل‌گیری مضامین و زیرمضامین مربوط به تجربیات پرستاران از بی‌نزاکتی در مراقبت از بیمار

مضامین اصلی	زیر مضامین
سختی‌های آشکار و پنهان پرستار بودن	برخورد توهین آمیز بیمار و همراه
سختی‌های آشکار و پنهان پرستار بودن	تعاملات غیر حرفه‌ای
سختی‌های آشکار و پنهان پرستار بودن	چالش‌های سازمانی مدیریتی
سختی‌های آشکار و پنهان پرستار بودن	چالش‌های اجتماعی مرتبط با حرفه
از هم گسیختگی چندوجهی	تزلزل شخصیت روانی
از هم گسیختگی چندوجهی	واکنش‌های اجتماعی منفی
از هم گسیختگی چندوجهی	تهدیدها و آسیب‌های حرفه‌ای پیش رو

تعاملات غیر حرفه‌ای

در سال‌های اخیر، تاکید بر حرفه‌ای بودن پرستاری شده است، که در این رابطه سیستم مراقبت بهداشتی نیازمند پرستارانی است که به طور موفقیت آمیزی با اعضای تیم چند رشته‌ای و بیماران و خانواده آنان ارتباط برقرار نمایند. مقوله ارتباط در پرستاری همواره چالش برانگیزترین مسائل موجود در پرستاری بوده است. چون پرستاری حرفه‌ای است که جهت درمان و ارتقا سلامت بیمار نیاز به کار تیمی دارد. پرستاران بالینی در خلأ (ایزوله) کار نمی‌کنند، آن‌ها باید با تیم مراقبت از سلامتی برای ارتقاء کیفیت مراقبت بیماران رابطه برقرار نمایند. وجود تعاملات غیر حرفه‌ای یکی از زیر طبقه‌های است که پرستاران در تجربیات کسب شده از بی‌نزاکتی به آن اشاره کرده‌اند. شرکت کننده شماره ۴، آقا ۱۵ سال سابقه کار

"ما عادت کردیم دیدمون به هم منفی باشه. انگار همه تو یه رقابت نانوشته با همیم. انگار داریم جای همدیگه رو تنگ می‌کنیم. عینک بدبینی رو چشم همه هست. وقتی یکی یه خطائی می‌کنه بدترین تصورات رو در موردش داریم."

چالش‌های سازمانی-مدیریتی

یکی از مهم‌ترین حوزه‌های توسعه پایدار سلامتی در جوامع بشری، بخش بهداشت و درمان است که ارتباط مستقیمی با سلامت انسان‌ها دارد و وظیفه خطیر حفظ و اعاده سلامتی را به جامعه انسانی برعهده دارد. در سازمان‌های رقابتی امروز، تنها سازمان‌هایی قادر به ادامه حیات هستند که به کارکنان خود اهمیت می‌دهند. وقتی پرستاران

چالش‌های سازمانی را به صورت بی‌نزاکتی صورت گرفته از سوی سازمان یا مدیریت تجربه می‌کنند، جو روانی و کاری امنی نخواهند داشت.

شرکت کننده شماره ۴، آقا ۱۵ سال سابقه کار

"من دوست دارم همون لحظه‌ای که مشکل بین من و همکارم پیش میاد یه نفر سومی باشه که مدیریت کنه، علمش رو داشته باشه که بدون جانبداری اینکارو بکنه. کاش یه مشاور داشته باشیم تو بیمارستان که وقتی این قبیل بحثا پیش میاد بتونه مشاوره بده، نه جانبداری بکنه و نه مقصر رو پیدا کنه."

شرکت کننده شماره ۴، آقا ۱۵ سال سابقه کار

"من میگم؛ وقتی ما داریم تو این بخش، تو این بیمارستان با هم کار می‌کنیم، با هم زندگی می‌کنیم چرا نباید برای حل این قبیل مشکلات از خودمون نظر بخوان؟ چرا نباید برای تصمیمی که می‌خوان بگیرن از خودمون بپرسند؟"

چالش‌های اجتماعی مرتبط با حرفه

ریشه‌های اجتماعی بی‌نزاکتی شامل بی‌توجهی به حقوق پرستار، بازتاب غیرواقعی رسانه‌ها از حرفه پرستاری، دید بد جامعه نسبت به حرفه پرستاری، نداشتن درک و تعریف صحیح از حرفه پرستاری بیان شده است. کسب بینش بیشتر به شرایط فرهنگی و اجتماعی حرفه، یکی از مراحل گذار از چالش‌های حرفه عنوان شد. مشارکت کنندگان بیان کردند، ارزش و احترام پرستاران نسبت به سایر گروه‌های حرفه‌ای در

وقتی یادم هم میاد بعضی حرکت‌ها رو؛ حتی اگر در شاید ترین لحظه زندگی هم باشم دلم میگیره و سردرد می‌گیرم."

تهدیدها و آسیب‌های حرفه‌ای پیش رو

پیامدهای حرفه‌ای بی نزاکتی به صورت بی‌علاقگی به حرفه، بی‌تفاوتی به حرفه، متنفر شدن از حرفه، احساس ابهام در درک شرایط و خواسته‌های بیمار، فرسودگی شغلی، بی‌تفاوتی به انجام فعالیت‌های ارتقاء دهنده در حرفه، تمایل به ترک حرفه، احساس نگرانی از آینده حرفه، کاهش کیفیت مراقبت از بیمار، زده شدن از کار، پشیمانی از انتخاب حرفه پرستاری، احساس جدائی از سازمان تجربه شده است.

شرکت کننده شماره ۷، خانم ۳ سال سابقه کار "نتیجه تلاش و زحمت رو نمی‌بینی. دوست داری به خلق خدا کمک کنی. ولی نمی‌دونم چی سر جاش نیست که جور درنماید. آخرش بدترین نتیجه رو از بهترین کاری که فکی نمی‌کردی داری انجام میدی می‌گیری. آدم زده میشه از کار. همون باید روتین بیای و روتین بری."

بحث

این مطالعه تجربه و ادراک پرستاران در خصوص بی‌نزاکتی در مراقبت از بیمار، را نشان می‌دهد و ممکن است این مطالعه شباهت‌ها و تفاوت‌هایی با دیدگاه‌های دیگر پرستاران داشته باشد. قدر مسلم تحقیقات بیشتر در این رابطه در فرهنگ‌های مختلف و نیز در بخش‌های خاص می‌تواند روشن کننده اطلاعات بیشتر در این رابطه باشد. در مطالعه حاضر شدیدترین بی‌نزاکتی در تعاملات پرستاران با همراهان بیمار و پزشکان بوده است. پرستاران به عنوان ارائه دهنده مراقبت برای بیماران و خانواده‌ها هستند ولی از آنجایی که بیماران و خانواده‌های آنها به لحاظ عاطفی و یا ذهنی بی‌ثبات می‌باشند، می‌توانند در هر لحظه به علت فشارهای مختلف دست به رفتارهای خشونت آمیز در برابر پرستاران بزنند [۲۲]. در پژوهش کلاتری و همکاران، رفتارهای بی‌نزاکتانه عمومی در ارتباط پرستار با کلیه کارکنان در تعامل (کادر مراقبتی بیمارستان) سومین رفتار نامحترمانه شایع در تعاملات پرستاران بود [۲۳]. در مطالعه‌ای دیگر نیز با استفاده از دو ابزار "مقیاس رفتارهای نامحترمانه پرستاری" و "مقیاس رفتارهای نامحترمانه در محیط‌های کاری" رفتارهای نامحترمانه بررسی شدند. رفتارهای نامحترمانه در تعاملات با پزشکان سومین امتیاز را به خود اختصاص داد [۲۴]. در یافته‌های مربوط به عوامل ایجاد بی‌نزاکتی، یافته‌ها نشان داد مشارکت کنندگان رفتار بی‌نزاکتانه از همراهان را به صورت شدید و به صورت شایع تجربه کردند و آن را بسیار تنش زا دانستند، رفتارهای بی‌نزاکتی از سایر رده‌ها در محیط کاری از شدت و فراوانی کمتر برخوردار بودند. آنان توهین از جانب بیمار را کمتر شخصی پنداشتند اما همواره بهترین راه مقابله برای پاسخ به رفتار بی‌نزاکتی را نمی‌دانستند از این رو با مسبب رفتار توهین آمیز مقابله‌ای نمی‌کردند یا آن رفتار را گزارش نمی‌کردند. یک گزارش در خصوص خشونت نسبت به پرستاران در محیط کار در پاکستان، نشان داد پزشکان و مدیران، گروه غالب در سیستم بوده و پرخشگری و رفتار خشونت آمیز را از خود بروز می‌دهند [۲۵]. زمانیکه با کارکنان محترمانه و مؤدبانه رفتار نشود (بی‌عدالتی بین فردی) و همچنین، رویه‌ها به طور عادلانه به آنان توضیح داده نشود، افراد فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند که باعث بروز عاطفه منفی می‌شود و ارتکاب بی‌نزاکتی را به دنبال خواهد

بیمارستان بسیار پایین تر است، به نظر آنان، این دیدگاه به جامعه نیز سرایت می‌یابد و در نتیجه جایگاه اجتماعی بالایی برای پرستاران در جامعه نمی‌توان تصور شد. نداشتن جایگاه مناسب پرستاران در بالین و جامعه، میزان مواجهه با بی‌نزاکتی را بالا می‌برد.

شرکت کننده شماره ۱۰، آقا ۴ سال سابقه کار "یکم برای جامعه هنوز سخته که بپذیرند پرستار هم تحصیلات عالیه داره، کنکور داده و اطلاعاتش رو داره که مراقبت ارائه بده. حتی پذیرفتن اینکه یه آقا هم می‌تونه پرستار باشه براشون هنوز جا نیفتاده. بارها به من میگن این رشته مال خانوماست تو چرا رفتی تو این رشته، اولاً فیدبک می‌دادم یا ناراحت می‌شدم ولی الان خیلی برام مهم نیست، براشون میگم شما که آقا هستید خودتون راحت‌ترید که کارتون رو یه آقا انجام بده یا یه خانوم و یا به خانوما میگم دوست داری مراقبت از شوهرت رو یکی مثل من انجام بده که هم جنسش هستم یا یه خانوم؟"

از هم گسیختگی چند وجهی

پرستاران در محیط بالینی بین آموخته‌های تئوری خود با عمل پیوند می‌دهند و به نقش خود در جهت اجتماعی شدن صحنه می‌گذارند و در این میان با چالش‌های زیادی روبرو می‌شوند. شناخت این چالش‌ها به کیفیت بالای ارائه مراقبت از بیمار می‌انجامد. در واقع پرستاران باید احساس توانایی و کفایت کافی در مراقبت از بیمار را داشته باشند. چالش‌های تجربه شده در این زمینه که به صورت بی‌نزاکتی گزارش شده‌اند شامل زیر مضامین، تزلزل شخصیتی - روانی، واکنش‌های جسمانی منفی، تهدیدها و آسیب‌های حرفه‌ای پیش رو می‌باشد.

تزلزل شخصیتی - روانی

بی‌نزاکتی در محیط‌های عملکرد بالینی می‌تواند هم روی زندگی شخصی و هم زندگی و عملکرد حرفه‌ای فرد عوارضی متعدد بگذارد. وقتی پرستاری در محیط کار خود از سوی دیگر افراد درگیر بی‌نزاکتی می‌شود، تشویش و سردرگمی‌های حاصل از این بی‌نزاکتی را خواسته یا ناخواسته به محیط منزل وارد می‌کند. در نهایت خانواده این پرستاران نیز به طور غیرمستقیم درگیر این رفتارها می‌شوند. همچنین آنان در برخی موارد چون قدرت دفاع از خود را در محیط کار ندارند در محیط منزل رفتارهای پرخشگرانه و با عصبانیت از خود بروزی دهند.

شرکت کننده شماره ۱۴، خانم ۱۰ سال سابقه کار "خستگی محیط کار و توهین هاشونو همیشه تو ذهنم؛ مدام با خودم میگم کاش جوابشو می‌دادم و مدام اون صحنه رو تو ذهنم می‌سازم و شروع می‌کنم به جر و بحث خیالی و حرفائی که دوست دارم رو تو ذهنم میگم تا خودمو خالی کنم."

واکنش‌های جسمانی منفی

واکنش‌های جسمی جسمی تجربه شده از طرف پرستاران شرکت کننده در پژوهش شامل بی‌اشتهائی، لرزش دست‌ها، بی‌خوابی، سردردهای تنشی و تپش قلب عنوان شده است.

شرکت کننده شماره ۶، خانم ۲۰ سال سابقه کار "حجم کار زیاده، نیرو کمه؛ نمی‌رسیم گاهی حتی به لیوان آب بخوریم؛ بحث هائی هم که پیش میاد دیگه جای خودش رو داره. یه لحظه به خودت می‌ای می‌بینی پیشونیت داره می‌کوبه، سر درد داری. من حتی

می‌کنند که عمل مرتکب شونده را تلافی کنند؛ به این معنی که قربانیان بی‌نزاکتی برای حفظ هویت اجتماعی و عزت نفس خود به مقابله بر می‌خیزند و همان عمل یا حتی بیشتر از آن را تلافی می‌کنند. تمامی افراد در تلافی چنین رفتارهایی یکسان عمل نمی‌کنند و تفاوت‌های فردی و ویژگی‌های شخصیتی در این امر نقش مهمی را ایفا می‌کنند. پرستاران در توصیف این مفهوم بی‌نزاکتی آن را چالشی بزرگ در نظام سلامت دیده و سعی در سازگاری با معضلات بوجود آمده نموده و به نحوی با مثبت‌نگری، گذشت و فداکاری سعی در کاهش اثرات سوء و مشکلات ناشی از آن نموده‌اند تا در این رهگذر از اثرات آن بر روی سلامت بیمار بکاهند.

نتیجه‌گیری

بی‌نزاکتی مشکلی جدی در محیط کار است، اما اغلب از سوی سازمان‌ها نادیده گرفته می‌شود. علت غفلت از این رفتارها را می‌توان نبود دانش کافی در زمینه پیامدهای آن دانست. به دلیل اینکه بی‌نزاکتی در محیط کار بر ارتباطات بین فردی تأثیرات منفی می‌گذارد، لازم است مدیریت منابع انسانی توجه خاصی نسبت به این موضوع مبذول دارد، زیرا مداخلات مدیریت منابع انسانی می‌تواند در کاهش چنین رفتارهایی مؤثر باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، سازمان‌ها می‌توانند انتظار و هنجارهایی را برای رفتار و تعاملات بین فردی در محیط کار به روشنی مشخص کنند. مشخص کردن انتظارات به صورت واضح، به کاهش سوء تفاهم‌ها و تعارض پنهان در محیط کار منجر می‌شود. زمانی که هنجارهای احترام به روشنی مشخص نباشد، شدت کم و مبهم بودن بی‌نزاکتی به افزایش تعارضات و در نتیجه ارتکاب بی‌نزاکتی دامن می‌زند. پیشنهاد می‌شود به منظور تأکید بر اهمیت رفتار مؤدبانه، هنجارهای احترام به تمام سطوح سازمان گسترش یابد. پیشنهاد می‌شود برنامه ریزان آموزش حرفه پرستاری از این یافته‌ها در بهبود کیفیت ارتباطات در کلیه جنبه‌های آن بهره گرفته و در آموزش‌های دانشگاهی، مقوله‌های ارتباط حرفه‌ای و بین حرفه‌ای را جدی گرفته و با برنامه ریزی جهت فراگیری این مفاهیم به ویژه در برنامه ریزی‌های آموزشی سعی نمایند تا از دوران دانشجویی نگرش‌ها اصلاح شده و با مشارکت دانشجویان و شاغلین آینده، نسل جدید را برای انجام کار تیمی و مشارکتی آماده نمایند.

سپاسگزاری

از پرستاران شرکت کننده که تیم تحقیق را در انجام این طرح یاری نمودند و همچنین معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت حمایت مالی طرح حاضر تشکر و قدر دانی می‌شود.

رقابت منافع و حمایت مالی

این مقاله قسمتی از طرح پژوهشی مصوب با شماره قرارداد ۹۵۰۳۲۸۳۲۷۶۴ به وسیله دانشگاه علوم پزشکی تهران حمایت گردیده است و هیچ تضاد منافع آبی بین نویسندگان وجود ندارد.

داشت. از نتایج و پیامدهای بی‌نزاکتی بر پرستاران، تجربه آثار جسمی، روانی و حرفه‌ای برای پرستاران بوده است. پیرسون (Pearson)، می‌گوید که بی‌نزاکتی به کاهش زمان کار، کاهش تعهد به سازمان، کاهش تلاش در حین انجام کار و تغییر شغل منجر می‌شود [۲۶]. ایلاوی (Ellaway)، در بررسی ارتباط میان بی‌نزاکتی در سطوح خیابانی با سلامت افراد، افرادی که سطوح بالای رفتارهای بی‌نزاکتی را تجربه کرده بودند در مقایسه با افراد با سطوح پایین‌تر بی‌نزاکتی، دوبرابر بیشتر میزان نگرانی و افسردگی را گزارش می‌کردند [۲۷]. در مطالعه کورتینا (Cortina)، مشخص شد که میان بی‌نزاکتی و رضایت کاری ارتباط معناداری وجود دارد. در این مطالعه بی‌نزاکتی باعث کاهش رضایت مندی کاری شده بود. همچنین کاهش رضایت مندی از حقوق، مزایا و سرپرستان از دیگر نتایج مشاهده شده بی‌نزاکتی بود [۲۴]. از مضامین دیگری که پرستاران به صورت رفتارهای مقابله‌ای در این مطالعه بیان کردند از دست دادن علاقه به حرفه بود. از کار زده شدن، وظیفه‌ای کارکردن و انگیزش کار را از دست دادن از تجربیاتی بود که پرستاران در این فضای بی‌نزاکتی احساس کرده بودند. هرچند که آنها اظهار می‌داشتند که به دلیل ماهیت حرفه‌ای نمی‌توانند کم کاری داشته باشند اما از آنجا که حرفه پرستاری، انجام کار همراه با تعهد و از خودگذشتی است، بنابراین دسته‌ای از پرستاران تعهد حرفه‌ای را از دست می‌دادند. هاتن (Hutton)، به نقل از مطالعات متعدد به ارتباط میان بی‌نزاکتی و بهره‌وری اشاره می‌کند. وی افزایش غیبت از کار، کاهش تعهد سازمانی، کاهش بهره‌وری، رفتار بی‌نزاکتی نسبت به سایر همکاران و گیرندگان خدمات، کاهش گزارش خطاها و احساس جدایی از سازمان در ارتباط با رفتارهای نامحترمانه را یادآور شده است [۲۸].

طبق یافته‌های مطالعه، جو سازمانی در ایجاد بی‌نزاکتی مؤثر است. ۳۱۲ پرستار که اخیراً فارغ التحصیل شده بودند در اونتاریو (کانادا) از نظر سه شکل بده‌رفتاری در محیط کار مورد مطالعه قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد قلدری و بی‌نزاکتی با رهبری سازمانی، ساختار قدرت در سازمان و زندگی کاری و سرمایه روانی ارتباط معنی داری دارد [۲۹]. مقدمه رفتار بی‌نزاکتی در محیط کار وجود دو یا چند فرد با یک یا چند منبع از بی‌احترامی و وجود فرد یا افرادی به عنوان هدف است. همچنین عوامل سازمانی پیش‌آیند بالقوه بی‌نزاکتی در محیط کار هستند [۳۰]. طبق یافته‌ها پرستاران بی‌نزاکتی رفتاری و کلامی را تجربه کرده بودند. در مطالعه رفتارهای بی‌نزاکتی محیطی و عمومی از قبیل بلند صحبت کردن بیشترین مورد را به خود اختصاص داده بود [۲۹]. در مطالعه کاول (Covell)، افراد با اظهار نظرهای تمسخرآمیز و بی‌ادبانه و بی‌نزاکتی مواجه شده بودند. همچنین طرد از اجتماع یا محیط حرفه‌ای از نتایج بی‌نزاکتی بود. این افراد مجازات‌های حرفه‌ای و ایجاد شایعات پیرامون خود را نیز تجربه می‌کردند [۳۱].

عوامل استرس‌زای محیطی باعث بروز هیجان‌های منفی می‌شوند و هیجان‌های منفی رفتارهای ناباور (برای مثال، رفتارهایی مثل فریاد زدن سر یک همکار) را به دنبال دارند. اظهارات تحقیرآمیز (برتری‌نمایی، نشان دادن تکبر و دون شماری دیگران) و انتقادهای غیرمنصفانه، عوامل بسیار نیرومندی هستند که افراد را برانگیخته

References

1. Dehghanan H, Shiezade E, Erfani M. Organizational Commitment and Job Satisfaction as mediators on relationship between Managers' Leadership Styles and Employee's Intention to Leave". Reef Resour Asses Manage Techn Paper. 2014;41(2):16-27.
2. Beikzad J, Sadeghi M, Ebrahimpour D. Survey on Effective Organizational Factors on Employees' Professional Ethic Development. Iran J Ethics Sci Technol 2012;7:55-63.
3. Kanter RM. Power failure in management circuits. Harv Bus Rev. 1979;57(4):65-75. [pmid: 10244631](#)
4. Felblinger DM. Incivility and bullying in the workplace and nurses' shame responses. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008;37(2):234-41; quiz 41-2. [doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00227.x](#) [pmid: 18336449](#)
5. Andersson LM, Pearson CM. Tit for Tat? The Spiraling Effect of Incivility in the Workplace. Acad Manage Rev. 1999;24(3):452-71. [doi: 10.5465/amr.1999.2202131](#)
6. Lim S, Cortina LM, Magley VJ. Personal and workgroup incivility: impact on work and health outcomes. J Appl Psychol. 2008;93(1):95-107. [doi: 10.1037/0021-9010.93.1.95](#) [pmid: 18211138](#)
7. Hutton S, Gates D. Workplace incivility and productivity losses among direct care staff. AAOHN J. 2008;56(4):168-75. [pmid: 18444405](#)
8. Laschinger HK, Finegan J, Wilk P. New graduate burnout: the impact of professional practice environment, workplace civility, and empowerment. Nurs Econ. 2009;27(6):377-83. [pmid: 20050488](#)
9. Laschinger HK, Almost J, Purdy N, Kim J. Predictors of nurse managers' health in Canadian restructured healthcare settings. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2004;17(4):88-105. [pmid: 15656251](#)
10. Nedd N. Perceptions of empowerment and intent to stay. Nurs Econ. 2006;24(1):13-8. [pmid: 16583601](#)
11. Pearson CM, Andersson LM, Porath CL. Assessing and attacking workplace incivility. Organ Dynam. 2000;29(2):123-37.
12. Luparell S. Faculty encounters with uncivil nursing students: an overview. J Prof Nurs. 2004;20(1):59-67. [pmid: 15011194](#)
13. Cortina LM, Magley VJ. Patterns and profiles of response to incivility in the workplace. J Occup Health Psychol. 2009;14(3):272-88. [doi: 10.1037/a0014934](#) [pmid: 19586222](#)
14. Cortina LM, Magley VJ, Williams JH, Languhouth RD. Incivility in the workplace: incidence and impact. J Occup Health Psychol. 2001;6(1):64-80. [pmid: 11199258](#)
15. 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 Psychiatr Scand Suppl. 2002;412(412):144-7. [pmid: 12072147](#)
16. Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. J Nurs Adm. 2001;31(5):260-72. [pmid: 11388162](#)
17. Speziale H, Streubert H. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
18. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
19. Wimpenny P, Gass J. Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? J Adv Nurse 2000;31(6):1485-92.
20. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in Nursing and Healthcare: John Wiley and Sons; 2016.
21. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
22. Chapman AL, Hadfield M, Chapman CJ. Qualitative research in healthcare: an introduction to grounded theory using thematic analysis. J R Coll Physicians Edinb. 2015;45(3):201-5. [doi: 10.4997/JRCPE.2015.305](#) [pmid: 26517098](#)
23. Kalantari S, Hekmatafshar M, Jouybari LM, Sanagoo A, Mohammadi R. Workplace behaviors and its correlation with demographic characteristics: Perspective of nurses in teaching hospitals in Gorgan. J Health Prom Manage. 2012;1(4):7-15.
24. Cortina LM. Incivility in the workplace: incidence and impact. J Occup Health Psychol 2001;6(1): 64-80.
25. Winstanley S, Whittington R. Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. Work Stress. 2002;16(4):302-15.
26. Pearson CM, Andersson LM, Porath CL. Assessing and attacking workplace incivility. Organizational Dynamics. 2000.
27. Ellaway A, Morris G, Curtice J, Robertson C, Allardice G, Robertson R. Associations between health and different types of environmental incivility: a Scotland-wide study. Public Health. 2009;123(11):708-13. [doi: 10.1016/j.puhe.2009.09.019](#) [pmid: 19883927](#)
28. Hutton S, Gates D. Workplace incivility and productivity losses among direct care staff. J AAOHN. 2008;56(4):168-75.
29. Lewis PS, Malecha A. The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. J Nurs Adm. 2011;41(1):41-7. [doi: 10.1097/NNA.0b013e3182002a4c](#) [pmid: 21157243](#)
30. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000;320(7226):50-2. [pmid: 10617534](#)
31. Covell CL. Can civility in nursing work environments improve medication safety? J Nurs Adm. 2010;40(7-8):300-1. [doi: 10.1097/NNA.0b013e3181e93733](#) [pmid: 20661058](#)