

The Relationship between Bullying in Hospital and the Psychotic Complaints of Female Nurses by Considering the Role of Resilience and Hope

Mohsen Golparvar ^{1,*}, Golnaz Khatonabadi ¹

¹ Faculty of Psychology and Educational Science, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran.

* **Corresponding Author:** Mohsen Golparvar, Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Science, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran. Tel: 0989133296544, E-mail: drmgolparvar@gmail.com

Received: 2018/03/10

Accepted: 2018/11/20

Online published: 2018/11/20

Abstract

Introduction: Hope and resilience are the variables that can have positive outcomes for nurses. Among these positive outcomes, the effect of bullying on the physical health of nurses is a blow-out. The aim of this study was to determine the role of moderating the persistence and hope in relation to bullying in a hospital with psychological complaints in female nurses.

Materials and Methods: The method of this research is descriptive-correlational. The statistical population of this study was female nurses of a public hospital in Isfahan in 2015, of whom two hundred and forty three people were selected by available method. To collect data, three resiliency and hopefuls, a bullying questionnaire, and a psychological complaints inventory were used. The data were analyzed using Pearson correlation coefficient and hierarchical regression analysis.

Results: The results showed that all six components of bullying with psychological complaints had a positive and significant relationship ($P=0.05$), but had a negative and significant relationship with hope and resilience ($P=0.01$). Also, the results of hierarchical regression analysis showed that the hope and resilience of the relationship between insult and humiliation (the first component of bullying) with mental complaints are moderated. This means that when hope and resilience are at a high level, insult and humiliation with mental complaints have no meaningful relationship. But when hope and resilience are at a low level, insults and humiliation with mental complaints have a positive and significant relationship ($P=0.01$).

Conclusion: The results of this study showed that resiliency and hope can buffer against bullying for psychosomatic complaints among woman nurses. The findings of current research showed that by strengthening the resiliency and hope, the negative effects of exposure to bullying on physical health in nurses can be controlled.

Keywords: Bullying, Hope, Resilience, Women Nurses, Psychosomatic Complaints.

رابطه بین زورگویی در بیمارستان با شکایات روان‌تنی پرستاران زن با توجه به نقش تعدیل‌کننده تاب‌آوری و امید

محسن گل‌پرور^{۱*}، گلناز خاتون آبادی^۱

^۱ گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: محسن گل‌پرور، دانشیار گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. تلفن: ۰۹۸۹۱۳۳۲۹۶۵۴۴؛ ایمیل: drmgolparvar@gmail.com

انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۸/۲۹

پذیرش: ۱۳۹۷/۸/۲۹

دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۹

چکیده

مقدمه: امید و تاب‌آوری متغیرهایی هستند که می‌تواند برای پرستاران دارای پیامدهای مثبتی باشند. از جمله این پیامدهای مثبت، ضربه‌گیری اثرات زورگویی بر سلامت جسمانی پرستاران است. این پژوهش باهدف تعیین نقش تعدیل‌کننده تاب‌آوری و امید در رابطه زورگویی در بیمارستان با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن اجرا شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری آن پرستاران زن یک بیمارستان دولتی در 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 تاب‌آوری و امید، پرسشنامه زورگویی و پرسشنامه شکایات روان‌تنی استفاده شد. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که هر شش مؤلفه زورگویی با شکایات روان‌تنی دارای رابطه مثبت و معنادار ($P=0/05$) ولی با امید و تاب‌آوری دارای رابطه منفی و معنادار هستند ($P=0/01$). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی نشان داد که امید و تاب‌آوری رابطه بین اهانت و تحقیر (اولین مؤلفه زورگویی) را با شکایات روان‌تنی تعدیل می‌کنند. به این معنی که وقتی امید و تاب‌آوری در سطح بالایی هستند، اهانت و تحقیر با شکایات روان‌تنی دارای رابطه معناداری نیست. ولی وقتی امید و تاب‌آوری در سطح پایینی هستند، اهانت و تحقیر با شکایات روان‌تنی دارای رابطه مثبت و معناداری است ($P=0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که تاب‌آوری و امید می‌تواند عاملی ضربه‌گیر در برابر زورگویی برای شکایات روان‌تنی در پرستاران زن باشد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که با تقویت تاب‌آوری و امید می‌توان اثرات مواجهه با زورگویی را بر سلامت جسمانی در پرستاران کنترل نمود.

کلمات کلیدی: زورگویی، امید، تاب‌آوری، پرستاران زن، شکایات روان‌تنی.

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

از طریق فرایندهای روانی و زیستی زمینه بروز شکایات روان تنی مربوط به فشار روانی را فراهم می‌سازد. رابطه مواجه شدن با زورگویی با شکایات روان تنی در اقشار مختلف در محیط کار از جمله در میان پرستاران زن، بر اساس شواهد پژوهشی که مورد اشاره قرار گرفت، اندیشمندان را بر آن داشته تا عواملی را جستجو و مورد پیگردی قرار دهند که بتواند یا موجب کاهش سطح زورگویی شود و یا از پیوند بین زورگویی با شکایات روان تنی جلوگیری به عمل آورد. این عوامل بازدارنده در سلسله پژوهش‌هایی که طی سال‌های اخیر به چاپ رسیده، به‌عنوان عوامل ضربه‌گیر مطرح شده‌اند. بر اساس شواهدی که در ادامه مرور خواهد شد، خواهیم دید که تاب-آوری و امید متغیرهای بالقوه تعدیل‌کننده در رابطه زورگویی در محیط کار با شکایات روان تنی هستند [۱۴].

تاب‌آوری و امید از طریق مطالعات معطوف به کشف و طرح نقاط قوت انسان و نقش‌ها و کارکردهای این نقاط قوت برای عملکرد، تعالی و تحول انسان به پیکره دانش امروز بشر راه یافته است. در صورت‌بندی‌های نظری کنونی می‌توان دو متغیر تاب‌آوری و امید را به‌عنوان دو مؤلفه سرمایه روان‌شناختی در نظر گرفت. از نظر تعریف، امید نشان دادن پایمردی و پایداری (پشتکار) نسبت به اهداف و در صورت ضرورت بازبینی و بازجهت‌دهی مسیرهای معطوف به اهداف و تاب‌آوری حفظ ظرفیت‌ها و انگیزه‌ها و در صورت ضرورت نشان دادن انعطاف‌پذیری لازم برای دستیابی به اهداف و موفقیت در زمان مواجهه با مشکلات و سختی‌ها می‌باشد [۱۵]. هم از بعد نظری و هم از بعد کاربردی، امید و تاب‌آوری ظرفیتی بالقوه در فضای روانی-پدیدارشناختی انسان‌ها پدید می‌آورند تا به‌عنوان یک پشتوانه و عاملی راهگشا برای رشد و تعالی انسان در نظر گرفته شوند. پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که امید و تاب‌آوری با طیف متنوعی از متغیرهای رفتاری، عملکردی، هیجانی و شناختی که برای رشد و تعالی انسان ضروری هستند، رابطه دارند [۱۶]. به شکلی اختصاصی‌تر و در راستای اهداف پژوهش حاضر، شواهد پژوهشی خبر از نقش‌های احتمالی تعدیل‌کننده امید و تاب‌آوری در رابطه زورگویی با شکایات روان تنی در پرستاران زن دارد.

دلیل نقش‌های تعدیل‌کننده امید و تاب‌آوری در رابطه زورگویی با شکایات روان تنی در پرستاران زن این است که امید و تاب‌آوری را می‌توان به‌مثابه منابعی روانی تلقی کرد که افراد در زمان مواجهه با موقعیت‌ها و شرایط مختلف به آن‌ها رجوع و برای غلبه بر مشکلات از آن‌ها استفاده می‌کنند [۱۶، ۱۷]. بر پایه مفروضات نظریه منابع بقاء، امید و تاب‌آوری می‌توانند به‌عنوان منابع روان-شناختی [۱۵، ۱۶]. مانع از آن شوند تا مواجه شدن با زورگویی به-عنوان عوامل تهدیدکننده جدی مورد ادراک و تفسیر قرار گیرند. همین امر می‌تواند با احتمال زیاد موجب پیشگیری یا تضعیف رابطه بین زورگویی در محیط کار با شکایات روان تنی در پرستاران زن شود. در حمایت از نقش تعدیل‌کننده امید و تاب‌آوری در رابطه زورگویی در بیمارستان با شکایات روان تنی پرستاران زن شواهد پژوهشی چندی در دست است. شی (سئو)، لو و اسپکتور در پژوهشی که بر روی دو گروه نمونه در چین و هنگ‌کنگ به انجام

زورگویی (bullying) در محیط‌های کار توجهات فزاینده‌ای را طی سال‌های اخیر به خود جلب نموده است. دلیل این توجه فزاینده آسیب‌ها و خطراتی است که این پدیده هم برای کارکنان و هم برای سازمان به‌صورت کلی به همراه می‌آورد. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که بین ۵ تا ۲۸ درصد کارکنان در کشورهای غربی با زورگویی در اشکال مختلف خود مواجه می‌شوند [۱، ۲]. از نظر تعریف، زورگویی 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 زورگویی می‌گردد [۳-۶]. اشکال مختلف رفتارهای فعال توهین‌آمیز همراه با تهدید آشکار و نهان تا رفتارهای منفعل نظیر غفلت و بی‌توجهی عمدی و هدفمند از زمره رفتارهای زورگویی محسوب می‌شوند [۷-۱۰]. زورگویی در محیط کار با افت کارایی و عملکرد، عدم دل‌بستگی و درگیری شغلی، ناراضی‌تبی شغلی، و نشانگان اضطراب، افسردگی، فرسودگی و نگرانی و ناراحتی روانی در ارتباط است. از طرف دیگر زورگویی از طریق افزایش تمایل به ترک خدمت و غیبت موجب افت عملکرد و کارایی در سطح کل سازمان می‌شود [۱]. فراتحلیل نیلسن و آینارسن نشان داده که زورگویی در محیط کار در سطح کارکنان با پیامدهایی نظیر تمایل به ترک خدمت، کاهش تعهد سازمانی، کاهش رضایت شغلی و افزایش غیبت، همچنین با پیامدهای معطوف به سلامت روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، فشار، تنش، فرسودگی و استرس پس از سانحه یا حادثه و با پیامدهای معطوف به سلامت جسمانی نظیر شکایات روان تنی و مشکلات مربوط به سلامت جسمانی در رابطه پایدار و معناداری قرار دارد [۱۱]. این نتیجه در پژوهش‌های دیگر نیز در ارتباط با اضطراب، افسردگی، غیبت از محل کار، تمایل به ترک خدمت، استرس شغلی، فرسودگی هیجانی و عملکرد شغلی به‌دست آمده است [۱۱، ۱۲]. از میان متغیرهای مورد اشاره در این پژوهش بر شکایات روان تنی به‌عنوان یکی از پیامدهای زورگویی تمرکز شده است.

شکایات روان تنی علائمی هستند که در بدن انسان نمود پیدا می‌کنند ولی ریشه در فرایندهای روان‌شناختی انسان‌ها دارند. در واقع در بسیاری از این اختلالات یک یا چند عامل روان‌شناختی مهم نقشی اساسی ایفاء می‌کنند که تا زمان رفع عامل مذکور این نشانه‌ها و شکایات برطرف نمی‌شوند. از مهم‌ترین این علائم و نشانه‌ها می‌توان به مشکلات نظام ایمنی، خودبیمارانگاری، آسم، بیماری‌های معدی-روده‌ای، بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های پوستی، سرطان، درد، مشکلات جنسی، دیابت، آرتریت، مشکلات ناشی از تیروئید، تنش‌های عضلانی و بیماری‌های عفونی، ترس مرضی، اضطراب، افسردگی، هیستری (بیماری‌ها یا اختلالات تبدیلی) و اسکیزوفرنیا اشاره کرد [۱۳]. شواهد به نسبت قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد که مورد زورگویی در محیط کار خود واقع می‌شوند شکایات روان تنی را از خود نشان می‌دهند [۷]. دلیل چنین رابطه‌ای این است که مورد زورگویی واقع شدن یک منبع جدی از فشار روانی است [۱]. به همین دلیل

روان‌تنی استفاده شده است. لازم به ذکر است که کلیه پرسشنامه‌های این پژوهش در مطالعات قبلی در ایران به‌دقت مطالعه و دارای شواهد روایی و پایایی مطلوبی بودند به همین دلیل در این پژوهش مورداستفاده قرار گرفتند. برای سنجش امید و تاب‌آوری از پرسشنامه شش سؤالی ارائه‌شده توسط ناگیوئن و همکاران که از دو خرده‌مقیاس پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز اقتباس شده، استفاده شد [۲۱]. در این پرسشنامه سه سؤال مربوط به امید و سه سؤال مربوط به تاب‌آوری است. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه شش‌درجه‌ای (کاملاً مخالف= ۱ تا کاملاً موافق= ۶) است. ناگیوئن و همکاران با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی روایی عاملی این پرسشنامه را مستند ساخته و نشان داده‌اند که ضرایب پایایی امید و تاب‌آوری به ترتیب برابر با ۰/۶۷ و ۰/۶ می‌باشد [۲۱]. در ایران این پرسشنامه قبلاً ترجمه گشته و شواهد ارائه‌شده در چندین مطالعه حاکی از آن است که نتایج حاصل از این پرسشنامه در راستای روایی همگرا با سرمایه عاطفی و سرمایه معنوی و در راستای روایی واگرا با استرس شغلی و فرسودگی دارای رابطه منفی و معنادار است [۲۲]. در این پژوهش برای بررسی روایی سازه پرسشنامه امید و تاب‌آوری، تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه واریماکس انجام گرفت. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد سؤالات امید و تاب‌آوری بر دو مؤلفه جداگانه قرار می‌گیرند. آلفای کرونباخ امید و تاب‌آوری نیز در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۸۴ به دست آمد. برای سنجش زورگویی در محیط بیمارستان، از پرسشنامه بیست‌وهفت سؤالی زورگویی در محیط کار که توسط گل‌پرور و همکاران ساخت و معرفی شده، استفاده شد [۳]. مقیاس پاسخ‌گویی این پرسشنامه پنج‌گزینه‌ای (سالیک‌بار= ۱ تا هفته‌ای یک‌بار = ۵) است و تحلیل عاملی اکتشافی ۲۷ سؤال را بر شش عامل به نام‌های اهانت و تحقیر (هفت سؤال)، غفلت و فشار کاری (شش سؤال)، خشم و کینه‌توزی (پنج سؤال)، تهدید (چهار سؤال)، کم‌باری کاری و کسل‌کننده (سه سؤال) و آزار کلامی (دو سؤال) قرار داده است. روایی سازه عاملی این پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و چرخش از نوع واریماکس (مقدار KMO در این تحلیل برابر با ۰/۹، آزمون بارتلت برابر با ۴۹۴۵/۲۳ و غیرمعنادار و کل واریانس تبیین شده پرسشنامه توسط شش عامل برابر با ۵۷/۳۱ درصد بوده است)، و روایی سازه همگرا و واگرا و روایی پیش‌بین این پرسشنامه از طریق بررسی همبستگی بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با امتیازات حاصل از پرسشنامه عدالت سازمانی (روایی واگرا)، همبستگی با امتیازات پرسشنامه رفتارهای انحرافی معطوف به سازمان و همکاران (روایی همگرا و پیش‌بین) و همبستگی با رفتارهای مدنی-سازمانی (روایی واگرا) نیز به تفصیل توسط گل‌پرور و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است [۳]. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش گل‌پرور و همکاران به ترتیب برای شش مؤلفه اهانت و تحقیر، غفلت و فشار کاری، خشم و کینه‌توزی، تهدید، کم‌باری کاری و کسل‌کننده و آزار کلامی برابر با ۰/۸۳، ۰/۸، ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۷ و ۰/۷۸ و ضریب پایایی بازآزمایی نیز با استفاده از ۳۰ نفر و بافاصله دو هفته به ترتیب برای شش مؤلفه برابر با ۰/۵۱، ۰/۵۱، ۰/۷۳، ۰/۸۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۱ که همگی معنادار بودند گزارش شده است [۳]. در پژوهش حاضر پس از تحلیل عاملی مجدد، ۲۷ سؤال بر همان شش عامل استخراج شده توسط گل‌پرور و همکاران قرار گرفت [۳]. همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای اهانت و تحقیر، خشم و کینه‌توزی، غفلت، آزار

رسانند نشان دادند که خودکارآمدی عمومی رابطه عوامل فشارآور را با بهزیستی روان‌شناختی تعدیل می‌کند [۱۸]. چیپو (چیانگ)، تانگ و تانگ در پژوهشی بر روی معلمان نشان دادند که افرادی که دارای سرمایه روان‌شناختی و از جمله امید و تاب‌آوری بالایی هستند سطح منفی‌نگری (شخصیت‌زدایی یا مسخ شخصیت) کمتر و سطح رضایت شغلی بیشتری را نشان می‌دهند [۱۹]. الحق نیز در پژوهشی که در کارکنان چند سازمان در پنجاب پاکستان انجام داد، نشان داد که سرمایه روان‌شناختی رابطه بین طردشدگی در محیط کار با استرس شغلی، عملکرد و تمایل به ترک خدمت را تعدیل می‌نماید. به این معنی که وقتی سرمایه روان‌شناختی که امید و تاب‌آوری دو مؤلفه آن هستند در حد بالایی است، طردشدگی در محیط کار کمتر به افت عملکرد و تمایل به ترک خدمت منتهی می‌شود [۱۷].

در جمع‌بندی مبانی نظری و پژوهشی ارائه‌شده باید گفت به‌ویژه در ایران، علی‌رغم این‌که پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند زورگویی و مؤلفه‌های آن با افت سلامت جسمی و روانی در ارتباط است، ولی در کمتر پژوهشی به این نظر توجه جدی شده که زورگویی در زمان وجود متغیرهایی نظیر امید و تاب‌آوری چه نقشی برای شکایات روان‌تنی در پرستاران زن ایفاء می‌کند. از طرف دیگر، رابطه زورگویی با شکایات روان‌تنی و سپس نقش تعدیل‌کننده امید و تاب‌آوری در این رابطه در میان پرستاران زن از این نظر دارای اهمیت است که می‌تواند مسیرهایی را که از آن طریق می‌توان به متغیرهایی که موجب پیشگیری از افت بهزیستی و سلامتی و سپس کارایی و عملکرد زنان پرستار می‌شوند را شناسایی و سطح آن‌ها را در محیط کار مدیریت نمود. به همین دلیل نیز این پژوهش باهدف بررسی رابطه زورگویی با شکایات روان‌تنی با توجه به نقش تعدیل‌کننده امید و تاب‌آوری اجرا شده است. بر پایه آنچه گفته شد، در این پژوهش سؤال اصلی پژوهش این بوده که آیا بین زورگویی با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن رابطه وجود دارد؟ و آیا امید و تاب‌آوری قادر هستند تا روابط بین زورگویی را با شکایات روان‌تنی تعدیل نمایند؟

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و جامعه آماری آن را کلیه پرستاران زن یک بیمارستان دولتی در شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۴ به تعداد ۴۵۰ نفر تشکیل دادند. از جامعه آماری مورداشاره، بر اساس جدول تناسب حجم نمونه با حجم جامعه آماری گرجسی و مورگان، ۲۶۰ نفر از طریق نمونه‌گیری سهل‌الوصول (در دسترس) برای شرکت در این پژوهش انتخاب شدند [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. از ابزارهای زیر در این پژوهش استفاده شد. اصول اخلاقی مطرح 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، در پژوهش حاضر مدنظر قرار گرفته است. جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش از سه پرسشنامه امید و تاب‌آوری، پرسشنامه زورگویی در محیط بیمارستان و پرسشنامه شکایات

با ۸/۹۵ سال (با انحراف معیار برابر با ۶/۳ سال) بود. پیش از اجرای تحلیل همبستگی و تحلیل رگرسیون شامل نرمالیتی (از طریق آزمون شاپیرو-ویلک)، هم خطی چندگانه (از طریق شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس یا VIF) و استقلال خطاها (بر مبنای مقایسه توزیع خطاها و آزمون دربین-واتسون) بررسی گردید تا از نظر مفروضه‌های اولیه رگرسیون مشکلی در داده‌ها وجود نداشته باشد. در **جدول ۱**، همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است. چنان‌که در **جدول ۱** مشاهده می‌شود، کلیه مؤلفه‌های شش‌گانه زورگویی با امید، تاب‌آوری و شکایات روان‌تنی دارای رابطه منفی و معنادار هستند ($p < 0.01$ یا $p < 0.05$). همچنین امید و تاب‌آوری با شکایات روان‌تنی دارای منفی و معنادار هستند ($P < 0.01$).

در **جدول ۲**، **جدول ۳** و **جدول ۴** نتایج تحلیل رگرسیون سلسله-مراتبی برای بررسی نقش تعدیل‌کننده امید و تاب‌آوری در رابطه مؤلفه‌های زورگویی با شکایات روان‌تنی ارائه شده است. اطلاعات ارائه شده در **جدول ۲** نشان‌دهنده این است که ضرایب همبستگی چندگانه، مجذور ضریب همبستگی چندگانه و آزمون آنوای رگرسیون (آزمون F) حاکی از نقش معنادار تعامل امید و تاب‌آوری با برخی از مؤلفه‌های زورگویی برای پیش‌بینی شکایات روان‌تنی در پرستاران زن است.

کلامی، تهدید و فشار کاری کسل‌کننده و کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۸۹، ۰/۸۸، ۰/۶۸، ۰/۸۵ و ۰/۹۵ به دست آمد. برای سنجش شکایات روان‌تنی در محیط کار از پرسشنامه هجده سؤالی ساخت و معرفی شده توسط گل‌پرور و همکاران که هجده شکایت‌روان-تنی رایج را پوشش می‌دهد و مقیاس پاسخ‌گویی آن سه‌درجه‌ای (هرگز چنین علامت و شکایتی را تجربه نکرده‌ام = ۱ تا چنین علامتی را تجربه و به پزشک هم مراجعه نموده‌ام = ۳) است استفاده شد. این پرسشنامه نیز از لحاظ روایی صوری و سازه همراه با پایایی برحسب آلفای کرونباخ در پژوهش گل‌پرور و همکاران به‌دقت بررسی و تأیید شده است [۷]. نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که هجده سؤال این پرسشنامه بر روی یک عامل قرار می‌گیرند. در پژوهش حاضر 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 تا پرسشنامه‌های ناقص جدا شوند، سپس داده‌های با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون معناداری آن و تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی از طریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ استفاده شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش ۳۲/۶۶ سال (با انحراف معیار برابر با ۷/۱۱ سال) و میانگین سابقه شغلی آن‌ها برابر

جدول ۱: همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
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**	۰/۶۲**	۰/۶۱**	۰/۵۲**	-			
۶	فشار کاری کسل‌کننده	۰/۷۱**	۰/۵۸**	۰/۷**	۰/۵۵**	۰/۵۱**	-		
۷	امید	-۰/۳**	-۰/۳۱**	-۰/۳**	-۰/۲۸**	-۰/۲۲**	-۰/۲۶**	-	
۸	تاب‌آوری	-۰/۲**	-۰/۱۴*	-۰/۱۳*	-۰/۲**	-۰/۱۸**	-۰/۱۳*	۰/۷**	-
۹	شکایات روان‌تنی	۰/۲۹**	۰/۳۳**	۰/۲۷**	۰/۲۵**	۰/۱۵*	۰/۱۹**	-۰/۲۸**	-۰/۱۹**

* همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار ** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار

جدول ۲: ضریب همبستگی چندگانه، مجذور ضریب همبستگی چندگانه و نتایج آنوای رگرسیون برای مدل‌های رگرسیونی پژوهش

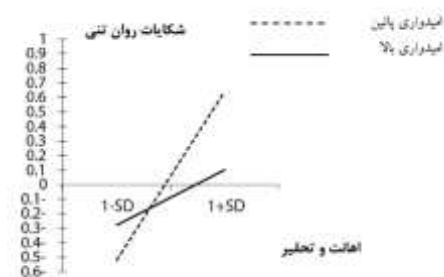
متغیرهای پیش‌بین	ضریب همبستگی چندگانه و مجذور آن		مقدار P
	همبستگی چندگانه	مجذور همبستگی چندگانه	
امید			
زورگویی (شش مؤلفه)	۰/۳۶۹	۰/۱۳۶	۰/۰۰۱
امید	۰/۴۱۱	۰/۱۶۹	۰/۰۰۱
تعامل زورگویی (شش مؤلفه) × امید	۰/۴۵۶	۰/۲۰۸	۰/۰۰۱
تاب‌آوری			
زورگویی (شش مؤلفه)	۰/۳۶۹	۰/۱۳۶	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۰/۳۹۷	۰/۱۵۸	۰/۰۰۱
تعامل زورگویی (شش مؤلفه) × تاب‌آوری	۰/۴۶۷	۰/۲۱۸	۰/۰۰۱

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای پیش‌بینی شکایات روان‌تنی از طریق مؤلفه‌های زورگویی و امید

ردیف	متغیرهای پیش‌بین	مدل ۱	مدل ۲	مدل ۳
		β	β	β
۱	اهانت و تحقیر	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۰۲
۲	خشم و کینه‌توزی	۰/۲۷**	۰/۲۴**	۰/۲۹**
۳	غفلت	۰/۱	۰/۰۸	۰/۱۴
۴	آزار کلامی	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۰۵
۵	تهدید	۰/۱۹*	۰/۱۸*	۰/۱۵
۶	فشار کاری کسل‌کننده	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۱
۷	امید	-	۰/۱۹**	۰/۱۸**
۸	اهانت و تحقیر × امید	-	-	۰/۴**
۹	خشم و کینه‌توزی × امید	-	-	۰/۰۶
۱۰	غفلت × امید	-	-	۰/۱۷
۱۱	آزار کلامی × امید	-	-	۰/۰۶
۱۲	تهدید × امید	-	-	۰/۰۳
۱۳	فشار کاری کسل‌کننده × امید	-	-	۰/۰۶
۱۴	R^2 یا ΔR^2	۰/۱۳۶	۰/۰۳۲	۰/۰۳۹
۱۵	F یا ΔF	۶/۲۱**	۹/۱۷**	۴۱/۸۹

† همبستگی در سطح ۰/۱ معنادار * معنادار همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار ** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار

پیش‌بینی شکایات روان‌تنی پدید آورد. این تعامل معنادار به این معنی است که رابطه اهانت و تحقیر با شکایات روان‌تنی در تاب‌آوری پایین و بالا با یکدیگر متفاوت است. نتایج تحلیل ساده شیب خط در شکل ۲ ارائه شده است. چنان‌که در تصویر ۲ مشاهده می‌شود، در تاب‌آوری پایین، بین اهانت و تحقیر و شکایات روان‌تنی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0.01$ ، $R^2 = 0.58$ ، $\beta = 0.337$)، ولی در تاب‌آوری بالا، بین اهانت و تحقیر و شکایات روان‌تنی رابطه معناداری وجود ندارد ($n.s.$ ، $R^2 = 0.25$ ، $\beta = 0.062$)



تصویر ۱: رابطه اهانت و تحقیر با شکایات روان‌تنی در امید بالا و پایین

جدول ۳ نشان می‌دهد که در مرحله اول، دو متغیر خشم و کینه‌توزی و تهدید از مؤلفه‌های زورگویی دارای ضریب معنادار برای پیش‌بینی شکایات روان‌تنی بوده‌اند و توانسته‌اند ۱۳/۶ درصد از واریانس شکایات روان‌تنی را تبیین نمایند. در مرحله دوم، امید توانسته ۳/۲ درصد واریانس افزوده معنادار برای پیش‌بینی شکایات روان‌تنی پدید آورد. بالاخره در مرحله سوم نیز تعامل اهانت و تحقیر × امید توانسته ۳/۹ درصد واریانس افزوده معنادار برای پیش‌بینی شکایات روان‌تنی پدید آورد. این تعامل معنادار به این معنی است که رابطه اهانت و تحقیر با شکایات روان‌تنی در امید پایین و بالا با یکدیگر متفاوت است.

تحلیل ساده شیب خط در تصویر ۱ ارائه شده است. چنان‌که در تصویر ۱ ملاحظه می‌شود، در امید پایین، بین اهانت و تحقیر و شکایات روان‌تنی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0.01$ ، $R^2 = 0.388$ ، $\beta = 0.62$)، ولی در امید بالا، بین اهانت و تحقیر و شکایات روان‌تنی رابطه معناداری وجود ندارد ($n.s.$ ، $R^2 = 0.37$ ، $\beta = 0.19$)

چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در مرحله اول، دو متغیر خشم و کینه‌توزی و تهدید از مؤلفه‌های زورگویی دارای ضریب معنادار برای پیش‌بینی شکایات روان‌تنی بوده‌اند و توانسته‌اند ۱۳/۶ درصد از واریانس شکایات روان‌تنی را تبیین نمایند در مرحله دوم، تاب‌آوری توانسته ۲/۱ درصد واریانس افزوده معنادار برای پیش‌بینی شکایات روان‌تنی پدید آورد. بالاخره در مرحله سوم نیز تعامل اهانت و تحقیر × تاب‌آوری توانسته ۶/۱ درصد واریانس افزوده معنادار برای

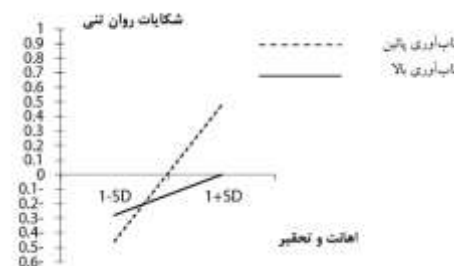
جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای پیش‌بینی شکایات روان‌تنی از طریق مؤلفه‌های زورگویی و تاب‌آوری

ردیف	متغیرهای پیش‌بین	مدل ۱	مدل ۲	مدل ۳
		β	β	β
۱	اهانت و تحقیر	۰/۱۹	۰/۱۸	۰/۰۶
۲	خشم و کینه‌توزی	۰/۲۷**	۰/۲۷**	۰/۳۵**
۳	غفلت	۰/۱	۰/۱۱	۰/۱۹
۴	آزار کلامی	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۰۵
۵	تهدید	-۰/۱۹*	-۰/۲*	-۰/۲۲*
۶	فشار کاری کسل‌کننده	-۰/۱۱	-۰/۱۱	-۰/۰۸
۷	تاب‌آوری	-	-۰/۱۵*	-۰/۱۳*
۸	اهانت و تحقیر × تاب‌آوری	-	-	-۰/۳۴**
۹	خشم و کینه‌توزی × تاب‌آوری	-	-	-۰/۰۲
۱۰	غفلت × تاب‌آوری	-	-	-۰/۰۹
۱۱	آزار کلامی × تاب‌آوری	-	-	۰/۰۱
۱۲	تهدید × تاب‌آوری	-	-	۰/۱۳
۱۳	فشار کاری کسل‌کننده × تاب‌آوری	-	-	۰/۱
۱۴	R یا ΔR^2	۰/۱۳۶	۰/۰۲۱	۰/۰۶۱
۱۵	F یا ΔF	۶/۲۱**	۵/۹۱**	۲/۹۷**

* همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار ** همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار

و همکاران مواجه‌شدن با نشانه‌ها و علائم زورگویی در افراد احساس تهدید و تحت‌فشار بودن را افزایش می‌دهد [۱]. همچنین هوگ و همکاران [۸]، میکلسن و همکاران [۹] و نیلسن و همکاران [۱۰] نیز بیان نموده‌اند که مواجه‌شدن با زورگویی در محیط کار یکی از منابع اصلی و مهم فشار روانی است [۸-۱۰]. از طرف دیگر شواهد مطالعاتی به‌دست‌آمده از مطالعات معطوف به شکایات روان‌تنی نشان می‌دهد که یکی از عوامل اصلی درگیر در بروز شکایات روان‌تنی سطح استرس ادراک‌شده در افراد است [۷، ۱]. بنابراین بارزترین عنصری که موجب پیوند بین زورگویی با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن می‌شود، استرس ناشی از مواجه‌شدن با زورگویی است. تجربه استرس ناشی از مواجه‌شدن با زورگویی از طریق فرایندهای زیستی-عصبی بهترین زمینه‌ساز بروز علائم یا شکایات روان‌تنی است [۷]. از طرف دیگر احساس تهدید ناشی از مواجه‌شدن با زورگویی در پرستاران زن، با افزایش سطح برانگیختگی آن‌ها و تداوم این برانگیختگی در زمان‌هایی بیش از زمان‌های معمول و متعارف، باعث بروز علائم روان‌تنی می‌شود. در واقع در چنین بافتی نه خود زورگویی بلکه احساس تهدید ناشی از آن و نشخوار و پردازش مداوم این تهدید در سطح ذهنی است که موجب بروز شکایات روان‌تنی در پرستاران زن می‌شود.

نتایج در خصوص رابطه بین زورگویی با امید و تاب‌آوری نیز نشان داد که هر شش مؤلفه زورگویی با امید و تاب‌آوری دارای رابطه منفی و معنادار هستند. علی‌رغم پی‌جویی‌های مکرر، پژوهشی در دسترس قرار نگرفت که طی آن رابطه زورگویی با امید و تاب‌آوری در پرستاران مورد بررسی قرار گرفته باشد. به همین دلیل در این قسمت امکان ارائه همسویی و ناهمسویی نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دیگر پژوهشگران فراهم نگردید. از بعد نظری دلایل چندگانه‌ای می‌تواند باعث شود تا مواجه‌شدن با زورگویی باعث کاهش امید و تاب‌آوری در



تصویر ۲: نمودار رابطه اهانت و تحقیر با شکایات روان‌تنی در تاب‌آوری بالا و پایین

بحث

این پژوهش باهدف بررسی نقش تعدیل‌کننده امید و تاب‌آوری در رابطه زورگویی (اهانت و تحقیر، غفلت و فشار کاری، خشم و کینه‌توزی، تهدید، کم‌باری کاری و کسل‌کننده، آزار کلامی) با شکایات روان‌تنی اجرا شد تا مشخص گردد که امید و تاب‌آوری در رابطه زورگویی با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن دارای چه کارکردهایی است. در سطح روابط ساده نتایج نشان داد که بین هر شش مؤلفه زورگویی با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتیجه به‌دست‌آمده در مطالعه فراتحلیل نیلسن و آینارسن نیز حاکی از رابطه مثبت بین مواجه‌شدن با زورگویی و افزایش شکایات روان‌تنی است [۱۱]. به همین جهت می‌توان گفت که نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش با نتایج فراتحلیل نیلسن و آینارسن [۱۱] همسویی نشان می‌دهد. از بعد نظری رابطه بین زورگویی و شکایات روان‌تنی در پرستاران زن را می‌توان از طریق ایجاد برخی مشکلات روان‌شناختی در صورت مواجه‌شدن با زورگویی تبیین نمود. بر اساس نظر و یافته‌های تری‌پانیر

مقاومت بیشتری در آن‌ها می‌شود. این انعطاف و مقاومت بیشتر می‌تواند عاملی مهم برای کاهش تأثیرات زورگویی بر بروز شکایات روان‌تنی شود. همچنین امید و تاب‌آوری بالا خود می‌تواند باعث شود تا پرستاران با نیرو و توان بیشتری با زورگویی مقابله کنند و به این جهت باعث تضعیف میزان دفعات مواجهه‌شدن با زورگویی گردند. محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: (۱) استفاده از ابزارهای خود گزارشی در قالب پرسشنامه و عدم استفاده از ابزارهای مکمل مانند مصاحبه. برای ارزیابی هرکدام از متغیرها تنها از یک ابزار اندازه‌گیری خود سنجی در قالب پرسشنامه استفاده شد. استفاده از روش‌های اندازه‌گیری مکمل مانند مصاحبه در کنار پرسشنامه می‌تواند به کسب اطلاعات و دانش عمیق‌تر درباره متغیرها منتهی شود. (۲) پژوهش حاضر بر روی زنان پرستار در یک بیمارستان دولتی در شهر اصفهان انجام شد، بنابراین قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را برای جمعیت‌های دیگر و بالأخص پرستاران مرد را تا حدودی کاهش می‌دهد. مطلوب‌تر است که پژوهش‌های مشابه در عرصه‌های وسیع‌تر و با نمونه‌های دیگر مانند کارکنان بیمارستان‌ها و یا پرستاران مرد نیز انجام پذیرد.

نتیجه‌گیری

درمجموع نتایج این پژوهش نشان داد که امید و تاب‌آوری قادر هستند تا با تعاملی پویا و زاینده با اهانت و تحقیر بسترساز تضعیف نقش این مؤلفه از زورگویی در بیمارستان بر شکایات روان‌تنی در پرستاران زن شوند. در سطح کاربردی بر پایه یافته‌های این پژوهش می‌توان به مدیران بیمارستان‌ها توصیه کرد تا با اجرای دوره‌های آموزشی امید و تاب‌آوری به‌عنوان آموزش ضمن خدمت، سطح توانمندی پرستاران زن را تقویت نموده تا از این طریق بتوانند سطح شکایات روان‌تنی ناشی از مواجهه‌شدن با اهانت و تحقیر که عامل جهت کاهش سلامتی و نشاط پرستاران زن هستند را کاهش دهند. از لحاظ پژوهشی نیز به پژوهشگران علاقه‌مند توصیه می‌شود تا نقش عاطفه و هیجان‌های منفی را در رابطه بین مواجهه‌شدن با زورگویی و امید و تاب‌آوری در پرستاران زن مورد بررسی قرار دهند تا از آن طریق بینش و دانش علمی و دقیق‌تری دربره سازوکارهای تأثیر زورگویی بر امید و تاب‌آوری به دست آید.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد که با رعایت اصول اخلاقی رازداری، آزادی و اراده مشارکت یا عدم مشارکت در پژوهش، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش همراه با تأیید تخصصی و اخلاقی آسیب‌زا نبودن سؤالات ابزارهای پژوهش با نظارت و تأیید کمیته تخصصی و اخلاقی با شماره ثبتی ۲۳۸۲۰۷۰۴۹۳۲۰۰۶ به تاریخ ۱۳۹۴/۳/۱۲ انجام شده است. در پایان از کلیه پرستاران زن که زحمت شرکت در پژوهش حاضر را پذیرفتند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی وجود نداشته است.

پرستاران زن شود. اولین دلیل نظری و احتمالی این که احساس تهدید ناشی از مواجهه‌شدن با زورگویی می‌تواند باعث شود تا فضای ذهنی و روانی پرستاران مملو از هیجان‌ها و عواطف منفی (نظیر ترس، نگرانی، خشم و رنجش) شود. با ایجاد یک فضای ذهنی و روان‌شناختی منفی به شکلی کاملاً منطقی، دیگر پرستاران زن مجال کمتری خواهند داشت تا بر پایداری (پشتکار) نسبت به اهداف و در صورت ضرورت بازبینی و بازجهت‌دهی مسیرهای معطوف به اهداف (امید) و حفظ ظرفیت‌ها و انگیزه‌ها و در صورت ضرورت نشان دادن انعطاف‌پذیری لازم برای دستیابی به اهداف و موفقیت در زمان مواجهه با مشکلات و سختی‌ها (تاب‌آوری) تمرکز نمایند. به همین جهت زورگویی به‌سادگی قادر خواهد بود تا سطح امید و تاب‌آوری را کاهش دهد؛ بنابراین با احتمال بسیار زیاد عاطفه منفی یک متغیر واسطه‌ای (میانجی) در رابطه بین زورگویی با امید و تاب‌آوری خواهد بود. علاوه بر توان زورگویی برای ایجاد عواطف منفی در افرادی که قربانی این پدیده می‌شوند، زورگویی توان پرستاران زن را در سطح روانی تضعیف می‌کند. این احساس تضعیف توان روانی پرستاران زن در کنار تجربه عواطف منفی خود می‌تواند مزید بر علت شده و به‌این‌ترتیب موجب کاهش امید و تاب‌آوری شود.

یافته دیگر این پژوهش مربوط به نقش تعدیل‌کننده امید و تاب‌آوری در رابطه بین مؤلفه‌های زورگویی با شکایات روان‌تنی بود. نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر نشان داد که امید و تاب‌آوری از بین شش مؤلفه زورگویی، فقط رابطه بین اهانت و تحقیر با شکایات روان‌تنی را تعدیل می‌کنند. به‌طور دقیق‌تر نتایج این پژوهش نشان داد که وقتی امید و تاب‌آوری در سطح بالایی هستند، اهانت و تحقیر با شکایات روان‌تنی دارای رابطه معناداری نیست. این یافته نشان می‌دهد که امید و تاب‌آوری دو عامل ضربه‌گیر در برابر تأثیر اهانت و تحقیر بر شکایات روان‌تنی هستند. در پژوهش شی (سئو) و همکاران [۱۸] به نقش تعدیل‌کننده خودکارآمدی در رابطه عوامل فشارآور با بهزیستی روان-شناختی، در پژوهش چیو (چیانگ) و همکاران [۱۹] به نقش تعدیل‌کننده سرمایه روان‌شناختی برای منفی‌نگری و رضایت شغلی و در پژوهش الحق [۱۷] نیز به نقش تعدیل‌کننده سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین طردشدگی با استرس شغلی، عملکرد و تمایل به ترک خدمت اشاره شده است [۱۷-۱۹]. علی‌رغم این که این پژوهش به نقش تعدیل‌کننده امید و تاب‌آوری در رابطه زورگویی با شکایات روان‌تنی پرداخته است، با این حال می‌توان گفت که روند کلی نتایج گزارش شده توسط پژوهشگران مورد اشاره با نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش همسویی نشان می‌دهد. در تبیین نظری نقش تعدیل‌کننده امید و تاب‌آوری در رابطه اهانت و تحقیر با شکایات روان‌تنی در پرستاران زن نظریه منابع بقاء تبیین‌های راهگشا و مؤثری را ارائه می‌کند. بر اساس نظریه منابع بقاء، امید و تاب‌آوری منابعی روان‌شناختی محسوب می‌شوند [۱۵] که در زمان مواجهه‌شدن با استرس و به‌ویژه در زمان مواجهه‌شدن با زورگویی پرستاران زن می‌توانند از این منابع برای حفظ سلامتی و کارکرد طبیعی خود استفاده نمایند. از چنین دیدگاهی وقتی پرستاران زن دارای امید و تاب‌آوری بالایی باشند، مواجهه‌شدن با زورگویی از یک‌طرف باعث نیروی انعطاف‌پذیری بیشتر و از طرف دیگر باعث پشتکار و

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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25151460/)
2. Lutgen-Sandvik P, Tracy SJ, Alberts JK. Burned by bullying in the American workplace: Prevalence, perception, degree and impact. *J Manage Studies.* 2007;44(6):837-62.
3. Golparvar M, Sadeghi S, Mosahebi M. [Construction and validation of bullying at workplace questionnaire]. Isfahan (Khorasgan) Branch: Islamic Azad University; 2012.
4. Duffy M. Preventing workplace mobbing and bullying with effective organizational consultation, policies, and legislation. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research.* 2009;61(3):242.
5. Giorgi G, Mancuso S, Fiz Perez F, Castiello D'Antonio A, Mucci N, Cupelli V, et al. Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *Int J Nurs Pract.* 2016;22(2):160-8. DOI: [10.1111/ijn.12376](https://doi.org/10.1111/ijn.12376) PMID: [25825025](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25825025/)
6. Lovell BL, Lee RT. Impact of workplace bullying on emotional and physical well-being: A longitudinal collective case study. *J Aggression, Maltreatment & Trauma.* 2011;20(3):344-57.
7. 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 Journal.* 2015;19(6):328-34.
8. Høgh A, Mikkelsen E, Hansen A. Individual consequences of workplace bullying / mobbing. In: Einarsen H, Hoel D, Cooper ZCL, editors. *Workplace bullying: Developments in theory research and practice* 2nd ed. London: Taylor Francis 2011. p. 107-28.
9. Mikkelsen EG, Høgh A, Puggaard LB. Prevention of bullying and conflicts at work: Process factors influencing the implementation and effects of interventions. *International Journal of Workplace Health Management.* 2011;4(1):84-100.
10. Nielsen MB, Matthiesen SB, Einarsen S. The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology.* 2010;83(4):955-79.
11. Nielsen MB, Einarsen S. Outcomes of exposure to workplace bullying: A meta-analytic review. *Work & Stress.* 2012;26(4):309-32.
12. Cooper-Thomas H, Gardner D, O'Driscoll M, Catley B, Bentley T, Trenberth L. Neutralizing workplace bullying: the buffering effects of contextual factors. *J Manage Psycho.* 2013;28(4):384-407.
13. Golparvar M, Rafizadeh H. The Relationship Between Bullying at Workplace with Psychological and Spiritual Well Being of Nurses. *Humanities and Social Sciences Letters.* 2014;2(2):120-8.
14. 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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24033807/)
15. Golparvar M, Jafarpour Z. [Moderating role of psychological capital on the relationship between work-family conflict and emotional exhaustion]. *J Pers Indivi Diff.* 2015;4(7):91-121.
16. Avey JB, Reichard RJ, Luthans F, Mhatre KH. Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Development Quarterly.* 2011;22(2):127-52.
17. Haq IU, editor *Workplace ostracism and job outcomes: Moderating effects of psychological capital. Human capital without borders: Knowledge and learning for quality of life: Proceedings of the management, knowledge and learning international conference* 2014; 2014.
18. Siu OL, Lu Cq, Spector PE. Employees' well-being in Greater China: the direct and moderating effects of general self-efficacy. *Applied psychology.* 2007;56(2):288-301.
19. Cheung F, Tang CS-k, Tang S. Psychological capital as a moderator between emotional labor, burnout, and job satisfaction among school teachers in China. *Inter J Stress Manage.* 2011;18(4):348.
20. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement.* 1970;30(3):607-10.
21. Nguyen TD, Nguyen TT. Psychological capital, quality of work life, and quality of life of marketers: Evidence from Vietnam. *J Macromarketing.* 2012;32(1):87-95.
22. Golparvar M, Zareiy M. [The Effect of Job Success Training on Affective Capital and Flow at Work in Hemophilic Patients]. *Health Based Res.* 2018;3(4).