journal homepage: www.sjfm.ir

Iranian Journal of Forensic Medicine

Iran J Forensic Med. 2025 Dec;31(3):139-148 Volume 31, Issue 3, Autumn 2025 Research Article

Investigating the Prevalence and Relationship between Bullying, Aggression, and Violence Among Doctors in Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences

Mahya Payam[1] MA, **Asma Gholipour**[1*] PhD, **Roya Biabani Khankahdani**[2] PhD

[1] Department of Health Services Management, Faculty of Dentistry, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

[2] Department of Nanobiotechnology, Faculty of Dentistry, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

***Correspondence to:** Asma Gholipour, Email: ze.gholipour@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article history:

Received: September 2, 2025
Accepted: October 29, 2025
Online Published: November 5, 2025

Keywords:
Bullying
Aggression
Violence
Physicians
Hospital personnel

HIGHLIGHTS

1. Violence, bullying, and aggression among physicians have widespread individual and organizational consequences.
2. The results, by accurately estimating the frequency and explaining the interrelationships of these three behaviors, provide a strategic tool for medical center managers to develop more effective preventive and corrective intervention guidelines to address this growing challenge in the medical workplace.

ABSTRACT

Introduction: Physicians, facing the high-stress environment inherent to the medical profession, are disproportionately susceptible to psychological distress and exposure to aggressive behaviors compared to other occupational groups. Such incidents can adversely impact physician mental well-being, compromise the quality of healthcare delivery, and diminish patient satisfaction. This study sought to determine the prevalence and interrelationships among bullying, aggression, and violence experienced by physicians in public hospitals affiliated with Shiraz University of Medical Sciences.

Methods: This descriptive-analytical, cross-sectional study was conducted in 2024. The target population included all physicians working in public hospitals who reported experiencing at least one instance of bullying, aggression, or violence within the preceding year. A total of 158 physicians participated, completing 282 questionnaires overall. Data were gathered using validated instruments measuring workplace violence, organizational bullying, cyberbullying, and aggression, and were analyzed using SPSS version 22.

Results: The findings revealed that 12% of physicians encountered physical violence, 72.15% experienced verbal violence, 13.92% reported sexual violence, and 8.2% faced racial violence. Organizational bullying exhibited a significant positive correlation with both aggression and cyberbullying, and cyberbullying was found to be directly associated with violence. The mean organizational bullying score was 56.91, while the overall mean aggression score was 68.68. Job stress, heavy workload, and inadequate organizational support were identified as significant contributing factors to these behaviors.

Conclusion: Violence, bullying, and aggression among physicians result in extensive individual and organizational repercussions. Essential strategies for mitigating these issues include bolstering organizational support mechanisms, implementing training programs for violence coping strategies, enhancing on-site security measures, and fostering a positive organizational culture.

How to cite: Payam M, Gholipour A, Biabani Khankahdani R. Investigating the prevalence and relationship between bullying, aggression, and violence among doctors in hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. Iran J Forensic Med. 2025;31(3):139-48.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

Copyright © 2025 The Author(s); Published by Legal Medicine Research Center. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

مجله
پزشکی قانونی ایران

www.sjfm.ir



دوره ۳۱، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۴، صفحات ۱۳۹ تا ۱۴۸

مقاله پژوهشی

بررسی فراوانی و ارتباط بین قلدری، پرخاشگری و خشونت در میان پزشکان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز

محیا پیام[۱] MA، اسماء قلی‌پور[۱*] PhD، رویا بیابانی خانکهدانی[۲] PhD

[۱] گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده دندانپزشکی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
[۲] گروه نانوبیوتکنولوژی، دانشکده دندانپزشکی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

*نویسنده مسئول: اسماء قلی پور، پست الکترونیک: ze.gholipour@iau.ac.ir

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۱۱
پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۰۷
انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۸/۱۴

واژگان کلیدی:
قلدری
پرخاشگری
خشونت
پزشکان
پرسنل بیمارستان

نکات ویژه

۱- خشونت، قلدری و پرخاشگری میان پزشکان پیامدهای فردی و سازمانی گسترده‌ای دارد.
۲- نتایج حاصله، به واسطه برآورد دقیق فراوانی و تبیین روابط متقابل این سه رفتار، ابزاری استراتژیک برای مدیران مراکز درمانی فراهم می‌آورد تا دستورالعمل‌های مداخله‌ای پیشگیرانه و اصلاحی مؤثرتری را برای مقابله با این چالش رو به رشد در محیط کار پزشکی تدوین کنند.

چکیده

مقدمه: پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها به دلیل ماهیت پرتنش حرفه پزشکی، بیش از سایر گروه‌های شغلی در معرض فشارهای روانی و رفتارهای تهاجمی قرار دارند. این رفتارها می‌توانند سلامت روان پزشکان، کیفیت خدمات درمانی و رضایت بیماران را تحت تأثیر قرار دهند. پژوهش حاضر با هدف بررسی فراوانی و ارتباط بین قلدری، پرخاشگری و خشونت در میان پزشکان بیمارستان‌های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی در سال ۱۴۰۳ انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی بود که طی یک سال اخیر دست‌کم یکی از رفتارهای قلدری، پرخاشگری یا خشونت را تجربه کرده بودند. نمونه ۱۵۸ پزشک بود که ۲۸۲ پرسشنامه تکمیل کردند. داده‌ها با پرسشنامه‌های استاندارد خشونت محل کار، قلدری سازمانی، قلدری سایبری و پرخاشگری جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد.

یافته‌ها: ۱۲ درصد پزشکان خشونت فیزیکی، ۷۲/۱۵ درصد خشونت کلامی، ۱۳/۹۲ درصد خشونت جنسی و ۸/۲ درصد خشونت نژادی را تجربه کرده‌اند. قلدری سازمانی با پرخاشگری و قلدری سایبری رابطه مثبت و معنادار داشت و قلدری سایبری نیز با خشونت ارتباط مستقیم نشان داد. میانگین نمره قلدری سازمانی ۵۶/۹۱ و پرخاشگری ۶۸/۶۸ بود. استرس شغلی، فشار کاری و حمایت ناکافی سازمانی نقش مهمی در بروز این رفتارها داشتند.

نتیجه‌گیری: خشونت، قلدری و پرخاشگری میان پزشکان پیامدهای فردی و سازمانی گسترده دارد. حمایت سازمانی، آموزش مقابله با خشونت، ارتقای امنیت و فرهنگ سازمانی از مهم‌ترین راهکارهای کاهش این پدیده‌ها هستند.

مقدمه

بیمارستان‌ها به عنوان مراکز اصلی ارائه خدمات درمانی و مراقبتی، محیط‌هایی پیچیده و پرتنش هستند که پزشکان در آنها با فشارهای روانی و اجتماعی قابل توجهی روبه‌رو می‌شوند. پزشکان به عنوان گروه حرفه‌ای کلیدی، مسئول ارائه مراقبت‌های بالینی، تصمیم‌گیری‌های حیاتی، مدیریت بحران‌های درمانی و برقراری ارتباط مؤثر با بیماران و همراهانشان هستند [۲،۱]. شرایط کاری آنان اغلب شامل ساعات طولانی کاری، مواجهه با بیماران بحرانی و پیچیدگی‌های سازمانی است که فشارهای روانی و جسمی بالایی ایجاد می‌کند [۳]. علاوه بر این، پزشکان در محیط‌های بیمارستانی با محدودیت منابع، انتظارات متعدد بیماران و خانواده‌ها و الزام به تصمیم‌گیری سریع و در عین حال درست مواجهند. این عوامل می‌توانند زمینه بروز رفتارهای تهاجمی از قبیل خشونت، قلدری و پرخاشگری را در بیمارستان به صورت همه‌جانبه فراهم کنند [۴].

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

خشونت در محیط کار، به هر نوع رفتار یا حادثه‌ای گفته می‌شود که کارکنان را در شرایط مرتبط با شغل مورد آزار، تهدید، تهاجم یا آسیب قرار دهد [۵]. این رفتارها می‌توانند شامل خشونت فیزیکی، روانی، کلامی و حتی جنسی و نژادی باشند و غالباً ناشی از تنش‌های محیطی، سوءاستفاده از قدرت یا نابرابری‌های سازمانی هستند [۶،۷].

قلدری در محیط کار نوعی رفتار سیستماتیک و مکرر است که با هدف تحقیر، تهدید یا کاهش عزت نفس قربانی انجام می‌شود. قلدری معمولاً از طریق تعاملات مستقیم یا غیرمستقیم، همکاران، مدیران یا بیماران اعمال می‌شود و می‌تواند سلامت روانی و عملکرد حرفه‌ای پزشکان را به طور جدی تحت تأثیر قرار دهد [۸]. این رفتار معمولاً شامل توهین، تهدید، تحقیر، کاهش اعتماد به نفس و محدود کردن فرصت‌های حرفه‌ای قربانی است و اغلب پیامدهای بلندمدت روانی و عاطفی ایجاد می‌کند. پرخاشگری نیز رفتاری عمدی برای آسیب رساندن به دیگران است که می‌تواند به شکل کلامی، روانی یا فیزیکی بروز کند [۹،۱۰]. در محیط بیمارستان، پرخاشگری اغلب به صورت تهدید، انتقاد مداوم، بی‌احترامی یا سوءتفاهم‌های شغلی ظاهر می‌شود و می‌تواند موجب کاهش اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی و فرسودگی شغلی پزشکان شود. آمارهای جهانی نشان می‌دهد که پزشکان یکی از گروه‌های شغلی با بیشترین میزان تجربه خشونت و پرخاشگری هستند. مطالعه‌ای بزرگ در استرالیا با نمونه ۹۹۵۱ پزشک نشان داد که ۷۰/۶ درصد پزشکان حداقل یک بار پرخاشگری کلامی یا نوشتاری را تجربه کرده‌اند و در ۱۲ ماه گذشته، شیوع پرخاشگری کلامی ۵۴/۹ درصد و پرخاشگری فیزیکی ۲۳/۴ درصد گزارش شده است [۱۱].

مطالعه‌ای در فنلاند نیز نشان داد که تنها حدود ۵ درصد پزشکان عمومی هرگز با پرخاشگری مواجه نشده‌اند، در حالی که حدود ۲۰ درصد پرخاشگری فیزیکی و ۸ درصد پرخاشگری جنسی را تجربه کرده‌اند [۱۲]. در ایران نیز، مطالعات نشان می‌دهند که خشونت و قلدری در میان پزشکان روندی رو به افزایش دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهند که ۳۰ تا ۹۵ درصد پزشکان در طول دوره کاری خود حداقل یک بار تجربه قلدری را داشته‌اند و غالباً پزشکان جوان و زنان بیشتر در معرض آن قرار دارند [۱۳،۱۴]. این رفتارهای تهاجمی باعث کاهش رضایت شغلی، افزایش فرسودگی شغلی و حتی ترک حرفه پزشکی می‌شوند و سلامت جسمی و روانی پزشکان را تهدید می‌کنند. پیامدهای خشونت، پرخاشگری و قلدری گسترده و چندجانبه هستند. پیامدهای فردی شامل اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب و فرسودگی شغلی و اختلالات جسمی مانند سردرد، مشکلات گوارشی و دردهای مزمن است [۱۵،۱۶]. تجربه قلدری، خشونت و پرخاشگری می‌تواند باعث احساس گناه، شرم و کاهش عزت نفس در پزشکان شود و اثرات آن ممکن است ماه‌ها یا حتی سال‌ها ادامه داشته باشد [۱۷]. پیامدهای سازمانی نیز قابل توجهند و شامل کاهش بهره‌وری، افزایش غیبت و مرخصی استعلاجی، کاهش کیفیت مراقبت، کاهش تعهد حرفه‌ای و افزایش تمرین پزشکی دفاعی است [۱۸،۱۹]. به عنوان مثال، پزشکانی که مکرراً مورد قلدری، خشونت یا پرخاشگری قرار می‌گیرند، ممکن است تصمیم بگیرند از ارائه خدمات مطلوب خودداری کنند یا شغل خود را ترک کنند [۲۰].

با توجه به شیوع بالای خشونت، پرخاشگری و قلدری در محل کار پزشکان، بررسی فراوانی و ارتباط این سه پدیده اهمیت زیادی دارد. پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که بسیاری از پزشکان آموزش کافی برای مواجهه با رفتارهای تهاجمی دریافت نکرده‌اند و این موضوع آسیب‌پذیری آنان را افزایش می‌دهد [۲۱،۲۲]. اگرچه

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

محققان تاکنون به بررسی ابعاد مختلفی از رفتارهای تهاجمی در میان گروه‌های متعددی از کارکنان بیمارستان‌ها پرداخته‌اند، اما در هیچ‌یک از مطالعات سه متغیر قلدری، پرخاشگری و خشونت به طور همزمان در میان پزشکان بررسی نشده است. با توجه به اینکه رفتارهای تهاجمی در بیمارستان‌ها روند فزاینده‌ای دارد، این مطالعه با برآورد توزیع فراوانی و ارتباط بین قلدری، پرخاشگری و خشونت در میان پزشکان، تاثیر به‌سزایی در تمرکز بر جلوگیری از بروز رفتارهای تهاجمی خواهد داشت و نیز با بررسی چگونگی مواجهه پزشکان با این قبیل از رفتارهای تهاجمی، به مدیران مراکز درمانی در تدوین دستورالعمل و اقدامات اصلاحی موثر در این خصوص کمک شایانی خواهد کرد.

روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی و مقطعی و با هدف بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر قلدری، خشونت و پرخاشگری در محیط کار پزشکان طراحی شد. جمع‌آوری داده‌ها طی ۶ ماه در سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه هدف پژوهش شامل پزشکان واجب‌الشرایط بیمارستان‌های دولتی دانشگاه شیراز که یک بار خشونت، قلدری و پرخاشگری را تجربه کرده بودند و پذیرفتند که در این پرسشنامه همکاری کنند، بود و از نمونه‌گیری به روش سرشماری استفاده شد، به طوری که تمام پزشکان شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر شیراز، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود، شامل داشتن مواجهه یا بروز حداقل یکی از رفتارهای تهاجمی شامل قلدری، پرخاشگری و خشونت طی ۱۲ ماه گذشته، تمایل به شرکت، تکمیل صحیح پرسشنامه و نیز ارائه رضایت آگاهانه بود. شرکت‌کنندگانی که پاسخ‌های ناقص یا نادرست ارائه دادند، از مطالعه حذف شدند. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های آنلاین جمع‌آوری شدند و در ابتدای هر پرسشنامه رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ شد. همچنین تعاریف قلدری، پرخاشگری و خشونت برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد.

پرسشنامه‌ها شامل چهار ابزار استاندارد بود: پرسشنامه خشونت محل کار در بخش سلامت [۲۳-۲۵]، پرسشنامه قلدری سازمانی اینرسن و همکاران (۲۰۰۹) [۲۶-۲۸]، پرسشنامه قلدری سایبری مینه‌سینی (۲۰۱۱) [۲۹،۳۰] و پرسشنامه پرخاشگری ویلیامز و همکاران (۱۹۹۶) [۳۱]. تمام پرسشنامه‌ها از اعتبار و پایایی استاندارد برخوردار بودند و ابزارها پیش از استفاده مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ تحلیل شدند. در بخش توصیفی از میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و از فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی استفاده شد. در بخش تحلیلی، نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و نمودارهای Q-Q بررسی شد. برای مقایسه متغیرهای کمی از آزمون t مستقل و من-ویتنی و برای بررسی روابط بین متغیرهای رتبه‌ای از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۵۸ پزشک با شرط مواجه با هریک از این متغیرها (قلدری، خشونت، پرخاشگری) مشارکت کردند و در مجموع ۲۸۲ پرسشنامه معتبر گردآوری شد. توزیع پرسشنامه‌ها نشان داد که ۱۱۵ پرسشنامه مربوط به خشونت، ۶۶ پرسشنامه مربوط به قلدری سازمانی و سایبری و ۱۰۱ پرسشنامه مربوط به پرخاشگری بود. بیشترین فراوانی مربوط به خشونت (۴۰/۷۸ درصد) و کمترین مربوط به قلدری سازمانی و سایبری (۲۳/۴۰ درصد) بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی پزشکان نشان داد که ۵۴/۴۳ درصد زن و مابقی مرد بودند و نیز ۵۶/۹۶ درصد متأهل و ۴۳/۰۴ درصد مجرد بودند. میانگین

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

سنی شرکت‌کنندگان ۳۶/۰۹ سال با انحراف معیار ۷/۵۹ بود. از نظر تحصیلات، ۴۴/۳۰ درصد پزشک عمومی، ۴۹/۳۷ درصد متخصص و ۶/۳۳ درصد فوق‌تخصص بودند (جدول ۱). در یک سال گذشته ۱۲/۱۷ درصد خشونت فیزیکی علیه پزشکان رخ داده که شایع‌ترین نوع آن هل دادن (۵۷/۸۹ درصد) و عمدتاً در بخش‌های بستری بوده است (۸۴/۲۱ درصد). عامل اصلی خشونت فیزیکی بیماران (۶۸/۴۲ درصد) و بیشتر مهاجمان مرد بوده‌اند. همچنین، ۲۱/۰۵ درصد پزشکان گزارش دادند که خود در بیمارستان، مرتکب خشونت فیزیکی شده‌اند. خشونت کلامی بسیار رایج‌تر بود (۷۲/۱۵ درصد) و شایع‌ترین شکل آن فحاشی (۸۴/۲۱ درصد) و توهین (۷۶/۳۲ درصد) بوده است. بیشترین عامل خشونت کلامی خانواده بیماران (۴۶/۳۷ درصد) و بیماران (۴۲/۱۱ درصد) بودند و بخش اورژانس بیشترین محل بروز آن بوده است. ۱۸/۱۹ درصد پزشکان خود مرتکب خشونت کلامی شده‌اند. خشونت جنسی توسط ۱۳/۹۲ درصد پزشکان تجربه شده و بیشترین عامل آن کارکنان غیرپرستار (۶۳/۶۴ درصد) بوده‌اند. خشونت نژادی نیز در ۸/۲ درصد پزشکان گزارش شد، با بیشترین موارد تبعیض قومی (۴۶/۱۵ درصد) و زبانی (۳۰/۷۷ درصد) (جدول ۲).

واکنش پزشکان به خشونت نشان داد که در ۵۴/۷۸ درصد موارد مهاجم را به آرامش دعوت کرده‌اند، ۳۶/۵۲ درصد از خود دفاع کرده و ۱۸/۲۶ درصد درخواست کمک کرده‌اند. با این حال، ۸۲/۶۱ درصد پزشکان خشونت‌های تجربه‌شده را به مراجع ذی‌ربط اطلاع نداده‌اند که دلایل در اکثر موارد، بی‌فایده بودن گزارش (۳۶/۸۴ درصد)، کم‌اهمیت بودن حادثه (۲۵/۲۶ درصد)،

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های پزشکان شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	رده‌ها	فراوانی	(درصد)
جنسیت	زن	۸۶	۵۴/۴۳
	مرد	۷۲	۴۵/۵۷
وضعیت تاهل	متاهل	۹۰	۵۶/۹۶
	مجرد	۶۶	۴۱/۷۷
	مطلقه / بیوه	۲	۱/۲۷
تحصیلات	پزشک عمومی	۷۰	۴۴/۳۰
	پزشک متخصص	۷۸	۴۹/۳۷
	پزشک فوق تخصص	۱۰	۶/۳۳
مذهب	اسلام-شیعه	۱۱۵	۷۲/۷۸
	اسلام-سنی	۰	۰
	ذکر نشده	۴۳	۲۷/۲۲
قومیت	فارس	۹۷	۶۱/۳۹
	ترک	۱۳	۸/۲۳
	کرد	۰	۰
	لر	۵	۳/۱۶
	ذکر نشده	۴۳	۲۷
وضعیت استخدام	طرحی	۷۰	۴۴/۳۰
	پیمانی	۱	۰/۶۳
	رسمی	۱۴	۸/۸۶
	قراردادی	۶۵	۴۱/۱۴
	شرکتی	۸	۵/۰۶
سن	میانگین	انحراف معیار	کمترین
	۳۶/۰۹	۷/۵۹	۲۵

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخ‌های داده شده به پرسشنامه خشونت

حیطه اصلی	زیر حیطه	فراوانی	درصد	بیشترین جنسیت		بیشترین منبع		بیشترین نوع خشونت		فاز ارتکاب به خشونت		درصد ارتکاب خود پزشک
				گروه	درصد	گروه	درصد	نوع	درصد	مکان	درصد	
خشونت فیزیکی	---	۱۹	۱۲	مرد	۶۳/۱۶	خود بیمار	۶۸/۴۲	هل دادن	۵۷/۸۹	داخل بخش	۸۴/۲۱	۲۱/۰۵
خشونت روانی	لفظی	۱۱۴	۷۲/۱۵	زن	۵۳/۵۱	خانواده بیمار	۴۶/۳۷	فحاشی	۸۴/۲۱	بستری در اورژانس	۳۳/۳۳	۱۸/۱۹
						خود بیمار	۴۲/۱۱	توهین	۷۶/۳۲			
	جنسی	۲۲	۱۳/۹۲	مرد	۹۵/۴۵	غیر پرستار	۶۳/۶۴	---	---	بستری در بخش	۱۸/۱۸	۰
	نژادی	۱۳	۸/۲	زن	۶۱/۵۴	خانواده	۳۰/۷۷	قوم	۴۶/۱۵	---	---	۱۲/۳۱
						غیر پرستار	۳۰/۷۷	زبان	۳۰/۷۷			

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

▼ جدول ۳- توزیع فراوانی پاسخ‌های داده شده پزشکان به برخی از پرسش‌های مربوط به بخش واکنش به خشونت

محور		فراوانی	درصد
مهم‌ترین واکنش پزشکان نسبت به خشونت‌های ایجاد شده	اقدامی نکردم	۱۷	۱۴/۷۸
	مهاجم را به آرامش دعوت کردم	۶۳	۵۴/۷۸
	از خودم دفاع کردم	۴۲	۳۶/۵۲
	تقاضای کمک کردم	۲۱	۱۸/۲۶
گزارش خشونت	بله	۲۰	۱۷/۳۹
	خیر	۹۵	۸۲/۶۱
دلیل گزارش ندادن	تصور می‌کردم گزارش بی‌فایده است	۳۵	۳۶/۸۴
	چیز مهمی نبود	۲۴	۲۵/۲۶
	نمی دانستم به چه کسی گزارش کنم	۱۷	۱۷/۸۹
	از عواقب آن می‌ترسیدم	۱۱	۱۱/۵۸
	احساس خجالت می‌کردم	۵	۵/۲۶
	خودم را مقصر می‌دانستم	۳	۳/۱۶
مهم‌ترین عوامل موثر در پیشگیری از خشونت از دیدگاه پزشکان	اقدامات منجر به ایمنی در بخش‌ها	۳۲	۲۷/۸۳
	اقدامات بازدارنده	۳۹	۳۳/۹۱
	وجود دستورالعمل مواجهه با خشونت	۱۸	۱۵/۶۵
	وجود تنبیهات	۱۸	۱۵/۶۵

▼ جدول ۴- میانگین نمره پرسشنامه‌ها و حیطه‌های آن در پزشکان شرکت‌کننده در مطالعه

پرسشنامه	زیر حیطه		میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
قلدری سازمانی	کار		۱۸/۸۲	۴/۰۲	۹	۳۱
	شخصی		۳۰/۳۳	۵/۹۲	۱۷	۴۲
	فیزیکی		۷/۷۶	۱/۹۳	۳	۱۳
	نمره کل		۵۶/۹۱	۹/۹۰	۳۸	۷۷
قلدری سایبری	قربانی قلدری سایبری		۱۱/۴۸	۱/۳۳	۱۰	۱۶
	عامل قلدری سایبری		۱۰/۱۸	۰/۷۲	۱۰	۱۴
	نمره کل		۲۱/۶۱	۱/۷۹	۲۰	۲۹
پرخاشگری	فیزیکی-خشم		۳۷/۱۲	۶/۲۴	۲۲	۴۷
	کلامی-خصومت		۳۱/۵۶	۶/۰۱	۱۸	۴۵
	نمره کل		۶۸/۶۸	۱۰/۴۰	۴۴	۹۰
خشونت	فیزیکی		---	۰/۴۵	۰/۸۰	۰
	روانی	لفظی	لفظی	۲/۶۷	۰	۱۶
		جنسی	جنسی	۱/۲۱	۰	۴
		نژادی	نژادی	۱/۲۱	۰	۶
		کل روانی	کل روانی	۳/۰۰	۳	۲۰
	نمره کل خشونت		۱۰/۸۲	۳/۱۵	۴	۲۱

ناآگاهی از مرجع گزارش‌دهی (۱۷/۸۹ درصد) و ترس از عواقب (۱۱/۵۸ درصد) بوده است (جدول ۳).

میانگین نمره قلدری سازمانی ۵۶/۹۱ (انحراف معیار ۹/۹۰) بود. در قلدری سایبری، میانگین نمره قربانی ۱۱/۴۸ و عامل ۱۰/۱۸ بود و بیش از ۹۹ درصد پزشکان در سطح خفیف قرار داشتند. قلدری سایبری با خشونت همبستگی مثبت و معناداری داشت (r=۰/۳۴۹، P=۰/۰۱۶). قلدری سازمانی همچنین با قلدری سایبری همبستگی مثبت نشان داد (r=۰/۳۶۰، P=۰/۰۰۳) و نیز با پرخاشگری رابطه مثبت و معنادار داشت (r=۰/۵۰۸، P<۰/۰۰۱). میانگین نمره پرخاشگری ۶۸/۶۸ به دست آمد که شامل پرخاشگری فیزیکی-خشم (۳۷/۱۲) و خصومت کلامی (۳۱/۵۶) بود. بین پرخاشگری و خشونت ارتباط معناداری یافت نشد (P=۰/۸۰۷) (جداول ۴و۵). میانگین نمرات خشونت، پرخاشگری و قلدری سایبری بر اساس جنسیت، وضعیت تأهل و نوع استخدام تفاوت معناداری نداشتند. قلدری سازمانی با سن رابطه معکوس داشت، یعنی پزشکان جوان‌تر بیشتر در معرض آن قرار داشتند. همچنین، پزشکان مجرد میانگین بالاتری در قلدری سایبری نسبت به متأهلان داشتند (جدول ۶).

▼ جدول ۵- ارتباط بین خشونت، قلدری سازمانی، قلدری سایبری و پرخاشگری در پزشکان

متغیر	خشونت	قلدری سازمانی	قلدری سایبری	پرخاشگری
قلدری سازمانی	P=۰/۸۱۸ r= -۰/۰۳۴			
قلدری سایبری	P=۰/۰۱۶ r=۰/۳۴۹	P=۰/۰۰۳ r=۰/۳۶۰		
پرخاشگری	P=۰/۸۰۷ r= -۰/۰۳۳	P<۰/۰۰۱ r=۰/۵۰۸	P=۰/۱۷۴ r=۰/۱۶۹	

▼ جدول ۶- ارتباط بین خشونت، قلدری سازمانی، قلدری سایبری و پرخاشگری در پزشکان

متغیر	ضریب همبستگی با سن	سطح معناداری	نتیجه
خشونت	- ۰/۱۵۵	۰/۰۹۹	ارتباط معنادار نیست.
قلدری سازمانی	- ۰/۳۷۲	۰/۰۰۲	ارتباط معکوس و معنادار است.
قلدری سایبری	۰/۱۰۵	۰/۴۰۳	ارتباط معنادار نیست.
پرخاشگری	- ۰/۲۰۷	۰/۰۳۷	ارتباط معکوس و معنادار است.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که خشونت، قلدری و پرخاشگری در محیط‌های بیمارستانی پدیده‌هایی مجزا و مستقل نیستند، بلکه در قالب یک الگوی رفتاری به‌هم‌پیوسته و تحت تأثیر شرایط سازمانی و شغلی بروز می‌کنند. این یافته با ادبیات موجود همسو است که خشونت شغلی در حوزه سلامت را نتیجه تعامل عوامل فردی، سازمانی و محیطی می‌داند [۱،۴].

ارتباط معنادار قلدری سازمانی با پرخاشگری در میان پزشکان نشان می‌دهد که محیط‌های کاری با روابط قدرت نامتوازن، حمایت ناکافی مدیریتی و فرهنگ سازمانی ضعیف می‌توانند زمینه بروز رفتارهای خصمانه را فراهم کنند. این موضوع با مدل‌های نظری قلدری در محیط کار همخوانی دارد که قلدری را بازتابی از ساختارهای سازمانی ناسالم می‌دانند، نه صرفاً رفتارهای فردی [۷،۲۸]. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که تجربه مکرر قلدری سازمانی با افزایش استرس شغلی، فرسودگی و بروز رفتارهای پرخاشگرانه در پزشکان همراه است [۱۲،۲۱].

یافته مهم دیگر، ارتباط قلدری سایبری با خشونت بود که نشان می‌دهد تعاملات حرفه‌ای پزشکان تنها به محیط فیزیکی بیمارستان محدود نمی‌شود. با گسترش ابزارهای ارتباطی دیجیتال، اشکال جدیدی از قلدری در فضای مجازی شکل گرفته‌اند که می‌توانند تنش‌های شغلی را تشدید کرده و به بروز رفتارهای خصمانه در محیط واقعی منجر شوند. این یافته با پژوهش‌هایی همخوانی دارد که نشان داده‌اند قلدری سایبری می‌تواند سلامت روان کارکنان سلامت را به‌طور معناداری تهدید کند و با خشونت شغلی همپوشانی داشته باشد [۲۹،۳۲].

شیوع بالای خشونت کلامی در این مطالعه، مشابه گزارش‌های بین‌المللی، بیانگر این واقعیت است که خشونت در بیمارستان‌ها بیش از آنکه فیزیکی باشد، ماهیتی روانی و کلامی دارد [۱۰،۳۳]. عواملی نظیر ازدحام بیماران، فشار کاری، کمبود منابع انسانی و شرایط بحرانی بخش‌هایی مانند اورژانس می‌توانند بروز این نوع خشونت را تسهیل کنند [۳،۳۴]. هرچند خشونت کلامی اغلب کم‌اهمیت تلقی می‌شود، اما شواهد نشان می‌دهد که آثار روانی آن می‌تواند در بلندمدت به کاهش کیفیت مراقبت و افزایش تمایل به ترک شغل منجر شود [۱۵،۳۵].

گزارش نکردن بخش قابل توجهی از خشونت‌های تجربه‌شده توسط پزشکان، یافته‌ای نگران‌کننده است که در مطالعات دیگر نیز مشاهده شده است [۳۷،۳۶]. دلایلی مانند بی‌اعتمادی به اثربخشی گزارش‌دهی، ترس از پیامدهای احتمالی و عادی‌سازی خشونت در محیط‌های درمانی می‌تواند تداوم این چرخه را تقویت کند. در چنین شرایطی، خشونت به‌عنوان بخشی از واقعیت شغلی پذیرفته می‌شود و فرصت مداخله سازمانی از بین می‌رود. همچنین، آسیب‌پذیری بیشتر پزشکان جوان‌تر در برابر قلدری سازمانی، با یافته‌های پیشین همخوان است که نشان می‌دهند تجربه کاری کمتر، جایگاه شغلی پایین‌تر و نبود شبکه‌های حمایتی قوی، ریسک مواجهه با قلدری را افزایش می‌دهد [۱۳،۳۸]. این موضوع بر اهمیت برنامه‌های منتورینگ، حمایت حرفه‌ای و آموزش مهارت‌های ارتباطی در سال‌های ابتدایی اشتغال پزشکان تأکید دارد.

در مجموع، نتایج این مطالعه تأیید می‌کند که کاهش خشونت در محیط‌های بیمارستانی مستلزم نگاهی فراتر از مدیریت حوادث منفرد است و باید به اصلاح ساختارهای سازمانی، ارتقای فرهنگ حرفه‌ای و تقویت حمایت‌های مدیریتی توجه شود [۶،۱۹].

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که محیط‌های کاری پزشکان در بیمارستان‌ها مستعد شکل‌گیری زنجیره‌ای از رفتارهای منفی شامل قلدری، پرخاشگری و خشونت هستند. زنجیره‌ای که ریشه آن بیش از آنکه فردی باشد،

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

سازمانی و ساختاری است. وجود روابط معنادار میان این پدیده‌ها بیانگر آن است که خشونت شغلی در نظام سلامت، حاصل تعامل پیچیده عوامل فردی، حرفه‌ای و سازمانی است. بر این اساس، بهبود وضعیت ایمنی روانی و شغلی پزشکان مستلزم اتخاذ رویکردی جامع و پیشگیرانه است. تقویت حمایت سازمانی، شفاف‌سازی سازوکارهای گزارش‌دهی خشونت، آموزش مهارت‌های ارتباطی و مدیریت تعارض و بازنگری در فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها می‌تواند نقش مؤثری در کاهش رفتارهای تهاجمی ایفا کند. همچنین، طراحی برنامه‌های حمایتی ویژه برای پزشکان جوان‌تر و تازه‌وارد می‌تواند از آسیب‌پذیری آنان در برابر قلدری سازمانی بکاهد. در نهایت، توجه سیاست‌گذاران نظام سلامت به سلامت روان پزشکان و ایجاد محیط‌های کاری ایمن و محترمانه، نه‌تنها به ارتقای رضایت شغلی و ماندگاری نیروی انسانی منجر می‌شود، بلکه می‌تواند کیفیت مراقبت و ایمنی بیماران را نیز به‌طور معناداری بهبود بخشد.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم محیا پیام است. از تمامی پزشکان محترم شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر شیراز که با صبر و حوصله در تکمیل پرسشنامه‌ها و ارا ئه اطلاعات صادقانه همکاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم. همچنین از مسئولان محترم بیمارستان‌ها که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم آوردند سپاسگزاری می‌شود. بدیهی است بدون حمایت‌ها و همراهی‌های ارزشمند این عزیزان، انجام مطالعه حاضر امکان‌پذیر نبود.

تأییدیه اخلاقی: مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1403.280 مورد تأیید دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز قرار گرفت.

تعارض منافع: نویسندگان مطالعه حاضر اعلام داشتند که هیچ‌گونه تعارض منافعی (مالی، سازمانی یا شخصی) وجود ندارد که بتواند بر نتایج این مطالعه تأثیر بگذارد. این مطالعه صرفاً به منظور انجام پایان‌نامه کارشناسی ارشد و در چارچوب اهداف علمی صورت گرفته است.

سهم نویسندگان: محیا پیام در طراحی اولیه پژوهش، گردآوری داده‌ها، انجام تحلیل‌ها، جستجوی منابع، نگارش پیش‌نویس اولیه مقاله و اصلاحات علمی متن مشارکت اساسی داشته و ۵۰ درصد از سهم کلی مقاله را برعهده داشته است. اسما قلی‌پور به‌عنوان استاد راهنما، در ایده‌پردازی پژوهش، نظارت علمی بر مراحل انجام مطالعه، بازبینی انتقادی مقاله، اصلاح محتوای علمی و تأیید نسخه نهایی برای ارسال به مجله مشارکت داشته و ۳۰ درصد از سهم کلی مقاله را به خود اختصاص داده‌اند. رویا بیابانی خانکهدانی به‌عنوان استاد مشاور، در راهنمایی روش‌شناسی پژوهش، تفسیر یافته‌ها، بازنگری علمی متن و ارائه پیشنهادهای اصلاحی مشارکت داشته و ۲۰ درصد از سهم کلی مقاله را بر عهده داشته است. کلیه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کرده و مسئولیت محتوای آن را می‌پذیرند.

منابع مالی: این مطالعه هیچ‌گونه منبع مالی یا کمک هزینه خارجی دریافت نکرده است. تمام هزینه‌های اجرای این پژوهش از سوی نویسنده اول (دانشجو) و با حمایت‌های عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز تأمین شده است.

Resources

1. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. J Intern Med. 2018;283(6):516-29. doi: 10.1111/joim.12752.
2. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. Ann Fam Med. 2011;9(2):100-3. doi: 10.1370/afm.1239.
3. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. JAMA. 2020;323(21):2133-4. doi: 10.1001/jama.2020.5893.
4. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occup Environ Med. 2019;76(12):927-37. doi: 10.1136/oemed-2019-105849.
5. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. Int J Nurs Stud. 2014;51(1):72-84. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010.
6. Barling J, Dupré KE, Kelloway EK. Predicting workplace aggression and violence. Annu Rev Psychol2009;60(1):671-92. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163629.
7. Schneider KT, Swan S, Fitzgerald LF. Job-related and psychological effects of sexual harassment in the workplace: empirical evidence from two organizations. J Appl Psychol. 1997;82(3):401. doi: 10.1037/0021-9010.82.3.401.
8. Nielsen MB, Einarsen SV. What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research. Aggress Violent Behav. 2018;42:71-83. doi: 10.1016/j.avb.2018.06.007.
9. Einarsen S, Skogstad A, Rørvik E, Lande ÅB, Nielsen MB. Climate for conflict management, exposure to workplace bullying and work engagement: a moderated mediation analysis. Int J Hum Resourc Manag. 2018;29(3):549-70. doi:

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

10.1080/09585192.2016.1164216.
10. Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. Annu Rev Psychol. 2002;53(1):27-51. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135231.
11. Bismark MM, Spittal MJ, Gurrin LC, Ward M, Studdert DM. Identification of doctors at risk of recurrent complaints: a national study of healthcare complaints in Australia. BMJ Qual Saf. 2013;22(7):532-40. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001691.
12. Elovainio M, Kivimäki M, Steen N, Vahtera J. Job decision latitude, organizational justice and health: multilevel covariance structure analysis. Soc Sci Med. 2004;58(9):1659-69. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00366-6.
13. Caruso R, Toffanin T, Folesani F, Biancosino B, Romagnolo F, Riba MB, et al. Violence against physicians in the workplace: trends, causes, consequences, and strategies for intervention. Curr Psychiatry Rep. 2022;24(12):911-24. doi: 10.1007/s11920-022-01398-1.
14. Jagsi R, Griffith KA, Jones R, Perumalswami CR, Ubel P, Stewart A. Sexual harassment and discrimination experiences of academic medical faculty. JAMA. 2016;315(19):2120-1. doi: 10.1001/jama.2016.2188.
15. Bamber M, McMahon R. Danger—Early maladaptive schemas at work!: The role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. Clin Psychol Psychother. 2008;15(2):96-112. doi: 10.1002/cpp.564.
16. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. JAMA. 2011;305(19):2009-10. doi: 10.1001/jama.2011.652.
17. Lever I, Dyball D, Greenberg N, Stevelink SA. Health consequences of bullying in the healthcare workplace: a systematic review. J Adv Nurs. 2019;75(12):3195-209. doi: 10.1111/jan.13986.
18. Yang BX, Stone TE, Petrini MA, Morris DL. Incidence, type, related factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: a cross-sectional survey. Arch Psychiatr Nurs. 2018;32(1):31-8. doi: 10.1016/j.apnu.2017.09.013.
19. Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, et al. The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. Health Qual Life Outcomes. 2019;17(1):93. doi: 10.1186/s12955-019-1164-3.
20. Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA, Trockel M, Tutty M, Satele D, et al. Physicians' experiences with mistreatment and discrimination by patients, families, and visitors and association with burnout. JAMA Netw Open. 2022;5(5):e2213080. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.13080.
21. West CP, Dyrbye LN, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Concurrent validity of single-item measures of emotional exhaustion and depersonalization in burnout assessment. J Gen Intern Med. 2012;27(11):1445-52. doi: 10.1007/s11606-012-2015-7.
22. Phillips JP. Workplace violence against health care workers in the United StatesN Engl J Med. 2016;374(17):1661-9. doi: 10.1056/NEJMra1501998.
23. Fallahi-Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Afshani S. Physical violence against health care workers: A nationwide study from Iran. Iran J Nurs Midwifery Res. 2016;21(3):232-8. doi: 10.4103/1735-9066.180387.
24. Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. 2002. pp.3-42.
25. Chakraborty S, Mashreky SR, Dalal K. Violence against physicians and nurses: a systematic literature review. J Public Health. 2022;30(8):1837-55. doi: 10.1007/s10389-021-01689-6.
26. Laschinger HK, Fida R. A time-lagged analysis of the effect of authentic leadership on workplace bullying, burnout, and occupational turnover intentions. Eur J Work Organ Psychol. 2014;23(5):739-53. doi: 10.1080/1359432X.2013.804646.
27. Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. Work & stress. 2009;23(1):24-44. doi: 10.1080/02678370902815673.
28. Nielsen MB, Skogstad A, Matthiesen SB, Glasø L, Aasland MS, Notelaers G, et al. Prevalence of workplace bullying in Norway: Comparisons across time and estimation methods. Eur J

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

Work Organ Psychol. 2009;18(1):81-101. doi: 10.1080/13594320801969707.
29. Stewart RW, Drescher CF, Maack DJ, Ebesutani C, Young J. The development and psychometric investigation of the Cyberbullying Scale. J Interpers Violence. 2014;29(12):2218-38. doi: 10.1177/0886260513517552.
30. Menesini E, Nocentini A, Calussi P. The measurement of cyberbullying: Dimensional structure and relative item severity and discrimination. Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2011;14(5):267-74. doi: 10.1089/cyber.2010.0002.
31. Williams TY, Boyd JC, Cascardi MA, Poythress N. Factor structure and convergent validity of the Aggression Questionnaire in an offender population. Psychol Assess. 1996;8(4):398. doi: 10.1037/1040-3590.8.4.398.
32. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MR, Cedro C, Pandolfo G, et al. Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. Aggress Violent Behav. 2020;51:101381. doi: 10.1016/j.avb.2020.101381.
33. Averbuch T, Eliya Y, Van Spall HG. Systematic review of academic bullying in medical settings: dynamics and consequences. BMJ Open. 2021;11(7):e043256. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043256.
34. Pourshaikhian M, Gorji HA, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A systematic literature review: workplace violence against emergency medical services personnel. Arch Trauma Res. 2016;5(1):e28734. doi: 10.5812/atr.28734.
35. Wang Q, Yang YP, Li ZY, Yu FY, He Y, Zhang M, et al. Prevalence and associated factor of verbal abuse against nurses: A systematic review. Int Nurs Rev. 2025;72(1):e13095. doi: 10.1111/inr.13095.
36. García-Pérez MD, Rivera-Sequeiros A, Sánchez-Elías TM, Lima-Serrano M. Workplace violence on healthcare professionals and underreporting: Characterization and knowledge gaps for prevention. Enferm Clin (Engl Ed). 2021;31(6):390-5. doi: 10.1016/j.enfcle.2021.05.001.
37. Kim K. Exploring the influence of workplace violence and bystander behaviour on patient safety in Korea: a pilot study. J Nurs Manag. 2020;28(3):735-43. doi: 10.1111/jonm.12991.
38. Lombardi B, Jensen T, Galloway E, Fraher E. Trends in workplace violence for health care occupations and facilities over the last 10 years. Health Aff Sch. 2024;2(12):qxae134. doi: 10.1093/haschl/qxae134.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]