

ارتباط اشتیاق شغلی پرستاران با توانمندی ساختاری و بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار

سید ابوالفضل وقار سیدین ، مریم سلمانی مود

چکیده

مقدمه: با عنایت به این که اشتیاق شغلی پرستاران با پیامدهایی چون تعهد سازمانی و رضایت شغلی مرتبط است، تلاش جهت ارتقاء آن ضروری به نظر می‌رسد. اولین گام در رسیدن به این هدف، تعیین عوامل مؤثر بر اشتیاق شغلی است که در این زمینه، مطالعات انجام شده در ایران بسیار محدود است.

هدف: بررسی ارتباط توانمندی ساختاری و بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار با اشتیاق شغلی پرستاران و برخی عوامل مؤثر بر آن در میان پرستاران شاغل بوده است. **روش:** در این مطالعه مقطعی و توصیفی-تحلیلی، داده‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند از میان (۴۰۰) پرستار (حداقل دارای یک سال سابقه کار و دارای مدرک کارشناسی پرستاری) شاغل در ۶ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۳ جمع‌آوری گردید. اطلاعات با پرسشنامه جمع‌آوری گردیدند؛ اشتیاق شغلی با ابزار اشتیاق شغلی اتریچ (۲۰۰۳) (Utrecht Work Engagement Scale)، توانمندی ساختاری با پرسشنامه شماره ۲ شرایط محیط کاری (۲۰۰۱) (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II) و ابزار سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار (Workplace Incivility Scale)، (۲۰۰۱) مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مطالعه حاضر، آلفای کرانباخ جهت پایایی برای ۳ پرسشنامه مذکور به ترتیب (۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۹۲) بود. داده‌ها در نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی تست مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه و رگرسیون چندگانه در سطح معنی داری $p < 0.05$ تجزیه و تحلیل گردید. **یافته‌ها:** میانگین کلی نمره اشتیاق شغلی، توانمندی ساختاری و بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار به ترتیب (۱۹/۱۹) (۶۴/۰۹) (۳/۲۹) (۱۶/۲۱) و (۰/۷۶) (۱/۹۵) بود که نشان دهنده اشتیاق شغلی و توانمندی ساختاری متوسط و سطوح پایین بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی درک شده در محیط کار است. اشتیاق پرستاران در مطالعه با درک آنان از توانمندی ساختاری همبستگی مثبت و معنی داری نشان داد ($r = 0.37, p > 0.05$). لیکن، بین اشتیاق شغلی با سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی تجربه شده توسط پرستاران ارتباط معنی داری مشاهده نگردید ($p > 0.05$). همچنین، بین توانمندی ساختاری درک شده توسط پرستاران با سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار نیز رابطه منفی معنی داری وجود داشت ($r = -0.26, p > 0.05$). توانمندی ساختاری، جنسیت، سن و وضعیت تأهل مجموعاً ۱۹ درصد از واریانس اشتیاق شغلی را تبیین نمودند.

نتیجه‌گیری: مدیران پرستاری به منظور ارتقاء هر چه بیشتر اشتیاق شغلی پرستاران و کاهش هر چه بیشتر بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار آنها از ماست راهکارهایی را جهت توانمندسازی ساختاری در بیمارستان لحاظ نمایند.

کلمات کلیدی: اشتیاق شغلی، سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار، پرستاران، توانمندی ساختاری

■ نویسنده مسؤول: مریم سلمانی مود

کارشناس ارشد پرستاری، مربی و عضو هیأت علمی
دانشکده پرستاری-مامایی بیرجند، دانشگاه علوم
پزشکی بیرجند، ایران

آدرس: M.salmani@bums.ac.ir

سید ابوالفضل وقار سیدین

دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و
مامایی شرق کشور، استادیار و عضو هیأت علمی
دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی
بیرجند، بیرجند، ایران

آدرس: waghars@bums.ac.ir

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال چهارم، دوره چهارم، شماره اول

بهار ۱۳۹۴

■ مقدمه

نظر گرفت که تحت تأثیر رفتارهای مثبت و منفی محیط کار قرار می‌گیرد. تئوری توانمندی ساختاری Kanter (۱۹۹۷) از جمله تئوری‌های مفید در تبیین علل مربوط به نگرش‌ها و رفتارهای منفی یا مثبت کارکنان در محیط کار است. مطابق این تئوری، ساختار محیط کار عامل مؤثری در شکل‌گیری نگرش و رفتار کارکنان یک سازمان است. از دیدگاه کانتر محیط کار توانمند کننده محیطی است که در آن ساختارهایی پیش‌بینی شده است که دسترسی به چهار مؤلفه فرصت (Opportunity)، دسترسی به منابع (Resources)، اطلاعات (Information) و حمایت (Support) را امکان‌پذیر می‌کند. حیطة فرصت، به رشد، تحرک و مجال ارتقاء دانش و مهارت‌های کارمند اشاره دارد. دومین مؤلفه دسترسی به منابع است که به توانایی فرد برای کسب ابزارهای مالی، داشتن زمان و ملزومات ضروری برای انجام وظایف مربوط می‌شود. حیطة دسترسی به اطلاعات به داشتن اطلاعات رسمی و غیر رسمی مورد نیاز برای مؤثر بودن در محل کار (دانش و مهارت مورد نیاز برای انجام کار و درک سیاست‌ها و تصمیمات سازمانی) اشاره دارد. در نهایت، برخورداری از حمایت شامل دریافت بازخورد و راهنمایی از زیردستان، همکاران و سرپرستان می‌شود. کانتر معتقد است مشخصات ویژه شغل (قدرت رسمی) و نیز روابط بین فردی قوی (قدرت غیر رسمی) دسترسی به این ساختارها را تسهیل می‌نمایند (۱۱). سطوح بالایی از توانمندی منجر به احساسات مثبت کارکنان پرستاری نسبت به کارشان می‌شود (۱۲). لذا می‌توان چنین فرض کرد که سطوح بالایی از توانمندی ساختاری با اشتقاق شغلی بالاتر در پرستاران مرتبط باشد.

از سویی، مطابق تئوری کانتر، رفتارهای منفی در محیط کار منجر به نگرش منفی کارکنان نسبت به شغل‌شان خواهد شد. لذا احتمالاً این رفتارهای منفی به کاهش اشتقاق شغلی خواهد انجامید (۱۱). در بین منش‌های منفی محیط کار، سوء رفتارهای کلامی و غیرکلامی در محل کار (Workplace incivility) اخیراً در پرستاری مورد توجه قرار گرفته است (۱۳). Andersson و Pearson (۱۹۹۹) سوء رفتارهای کلامی و غیرکلامی در محل کار را به عنوان "رفتار نابهنجار 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 (۱۴). بی‌نزاکتی در محیط

امروزه کمبود پرستاران با صلاحیت در سیستم‌های مراقبت سلامت سراسر دنیا عامل عمده ای است که پیامدهای مراقبت از مددجویان را به خطر می‌اندازد. دست کم ۵۷ کشور دنیا بحران کمبود نیروهای پرستاری را گزارش کرده‌اند (۱). در ایران نیز حرفه پرستاری با کمبود جدی نیروی کار مواجه است (۲). کمبود نیروی پرستاری با پیامدهای نامطلوبی مانند مرگ و میر مددجویان و کاهش رضایتمندی شغلی مرتبط بوده است (۳). لذا مدیران جهت تضمین کیفیت مراقبت ارائه شده به مددجویان باید جهت استخدام و حفظ پرستاران با صلاحیت چاره‌اندیشی نمایند. در میان علل عمده ترک حرفه در پرستاران، نارضایتی از محیط کار مورد توجه است (۴). لذا ضروری است ساختار محیط کار پرستاران به نحوی طراحی شود که به افزایش اشتقاق کاری (Work engagement) پرستاران منجر شود و در نهایت سبب ابقاء آنان در حرفه پرستاری گردد (۵). در دهه‌های اخیر اشتقاق شغلی به عنوان عاملی اساسی در ابقاء کارکنان مورد توجه فزاینده قرار گرفته است. اشتقاق شغلی که مفهومی متضاد با فرسودگی شغلی است (۶)، حالت ذهنی مثبت کارکنان نسبت به حرفه‌ای است که انتخاب کرده‌اند. اشتقاق شغلی نوعی تعهد شخصی و حرفه‌ای به شغل و سازمان محل کار فرد است که سه مؤلفه را در بردارد. اولین مؤلفه یعنی "نیرومندی" (Vigor) به سطوح بالایی از انعطاف‌پذیری ذهنی و پراورزی بودن همراه با تمایل به تلاش و پافشاری در انجام وظایف اشاره دارد. "فداکاری" (Dedication) به عنوان دومین جزء اشتقاق شغلی، به تعامل و درگیر شدن کامل فرد با شغلش مربوط می‌شود؛ به نحوی که فرد حس می‌کند نقش مهمی در سازمان دارد و سرشار از احساساتی چون شوق، غرور و افتخار است. سومین مؤلفه یعنی "جذب" (Absorption)، توصیفی از تمرکز کامل فرد در شغلش است که در آن فرد چنان با خرسندی مجذوب شغلش می‌شود که متوجه گذشت زمان نمی‌شود (۷). سطوح بالایی از اشتقاق شغلی با رضایت شغلی بیشتر کارکنان، بازدهی بیشتر آنان، تعهد سازمانی بالاتر و عدم تمایل به ترک حرفه مرتبط بوده است (۶، ۸ و ۹). عموماً فرض بر آن است که پرستاران باید بویژه اشتقاق شغلی بالایی داشته باشند. لذا اهمیت مطالعات هر چه بیشتر در رابطه با اشتقاق شغلی در حرفه پرستاری قویاً مورد تأکید محققین است (۱۰). اشتقاق کاری پرستاران را می‌توان به عنوان پیامدی در

گردآوری شد. اشتیاق شغلی توسط ابزار ۱۷ عبارتی اشتیاق شغلی اتریچ (Utrecht Work Engagement Scale; [UWES]) سنجیده شد. این ابزار دارای ۳ خرده مقیاس نیرومندی (۶ عبارت، به عنوان نمونه: "در محل کارم پرنرژی و قوی هستم")، فداکاری (۵ عبارت، به عنوان نمونه: "فکر می‌کنم کاری که انجام می‌دهم هدفمند و معنادار است") و جذب (۶ عبارت، به عنوان نمونه: "غرق در شغلم هستم") است. پاسخ‌دهندگان با استفاده از یک مقیاس ۷ نقطه‌ای (۰=هرگز و ۷=همیشه) به هر عبارت پاسخ می‌دهند. نمره کلی از صفر تا ۱۰۲ متغیر است. نمرات بالاتر بیانگر سطوح بالاتر اشتیاق شغلی مشارکت-کننده است (۱۸). در مطالعات گذشته، محققین ایرانی آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۳ را برای این ابزار گزارش کرده‌اند (۱۹). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۸ بوده است.

توانمندی ساختاری توسط پرسشنامه شماره ۲ شرایط محیط کاری (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II [CWEQ- II]) که تاکنون بارها در مطالعات گذشته جهت بررسی توانمندی ساختاری مورد استفاده قرار گرفته است (۱۲ و ۵)، ارزیابی شد. این پرسشنامه دارای ۱۹ عبارت است که در ۶ خرده مقیاس گنجانده شده‌اند و شش ساختار توصیف شده توسط کانتیر یعنی دسترسی به فرصت (نمونه عبارت: "داشتن فرصت برای کسب مهارت‌های تازه"، اطلاعات (نمونه عبارت: "داشتن اطلاعات در مورد وضعیت فعلی بیمارستان")، حمایت (نمونه عبارت "حمایت کردن از وظایفی که بخوبی انجام می‌دهید")، منابع (نمونه عبارت: "زمان کافی برای وظایف نوشتاری در بخش")، قدرت غیررسمی (نمونه عبارت: "مشارکت با مدیران") و قدرت رسمی (نمونه عبارت: "اهمیت قائل شدن سازمان برای شغلی که انجام می‌دهید") را اندازه می‌گیرند. پاسخ‌دهنده با مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای (۱=هیچ و ۵=بسیار زیاد) به عبارات پاسخ می‌دهد. پاسخ‌های افراد به عبارات مربوط به هر خرده مقیاس با هم جمع شده و میانگین آنها محاسبه می‌گردد. به این ترتیب یک نمره برای هر خرده مقیاس بدست می‌آید. در نهایت نمرات تمام خرده مقیاس‌ها با هم جمع می‌شوند و یک نمره کلی توانمندی برای افراد بدست می‌آید که در محدوده (۶ تا ۳۰) قرار می‌گیرد. مطالعات گذشته ضرایب پایایی بالایی برای کل ابزار و برای هر کدام از خرده

کار شامل سوء رفتار کلامی و رفتارهای غیر کلامی مانند خیره نگاه کردن، بی‌اعتنایی و کنار زدن فرد از جمع کارکنان می‌شود (۱۵). مطالعات محدود انجام شده در پرستاری این پدیده را با تعهد سازمانی پایین و تمایل ترک حرفه مرتبط دانسته‌اند (۱۲). علیرغم علاقه‌ای که اخیراً نسبت به مطالعه چنین پدیده‌هایی بوجود آمده است، لیکن اکثر مطالعات موجود در کشورهای غربی انجام شده‌اند (۱۳۱۶، ۱۷)، که فرهنگی متفاوت از کشورهای آسیایی مانند ایران دارند. در صورتیکه مدیران پرستاری بخواهند راهکارهایی جهت ارتقاء اشتیاق شغلی پرستاران طراحی نمایند و در این زمینه اثربخش عمل کنند، مسلماً اولین گام شناسایی عواملی است که بر اشتیاق شغلی پرستاران اثرگذارند. با عنایت به مطالب فوق‌الذکر، مطالعه حاضر با هدف بررسی برخی از این عوامل همانند ارتباط توانمندی ساختاری و بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار با اشتیاق شغلی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند طراحی گردید.

■ مواد و روش‌ها

در این مطالعه از یک طرح مقطعی، توصیفی-تحلیلی استفاده شده است. طرح پیشنهادی این مطالعه در کمیته تحقیق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به تصویب رسید. جامعه پژوهش شامل همه‌ی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند واقع در سطح خراسان جنوبی (شامل ۶ شهر) بودند که حداقل دارای یک سال سابقه کار و حداقل دارای مدرک کارشناسی پرستاری بودند. داده‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند از میان (۴۰۰) پرستار شاغل در (۶) بیمارستان واقع در استان خراسان جنوبی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۳ جمع‌آوری گردید. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها، مجوز ورود به بیمارستان‌های مذکور از مسئولین این بیمارستان‌ها اخذ گردید. پس از آنکه اهداف پژوهش برای مشارکت‌کنندگان بالقوه تشریح گردید، در خصوص داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش به آنها تذکر داده شد. همچنین محرمانه ماندن اطلاعات اخذ شده از آنها توسط پژوهشگر تضمین گردید. اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری شده در این مطالعه شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، نوع بخش کاری، سابقه کار و میانگین ساعات کاری در هفته بود که توسط پرسشنامه‌ای محقق ساخته از مشارکت‌کنندگان

به گام جهت تعیین میزان واریانس تبیین شده اشتیاق شغلی (به عنوان متغیر وابسته) توسط متغیرهای دیگر بکار گرفته شد. جهت تحلیل داده‌ها، آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و درصد) و نیز آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی تست مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه و رگرسیون چندگانه مورد استفاده قرار گرفتند. سطح معنی‌داری برای آزمون‌های آماری در $(p > 0/05)$ تنظیم شده بود.

■ یافته‌ها

از ۴۰۰ پرسشنامه توزیع شده (۲۶۳) پرسشنامه کامل شده (میزان پاسخ دهی ۶۵٪) توسط پژوهشگران جمع‌آوری گردید. (۱۸۰) مشارکت‌کننده (۶۸/۴٪) متأهل و ۸۳ نفر آنها (۳۱/۶٪) مجرد بودند. اکثریت مشارکت‌کنندگان در مطالعه (۹۱/۶٪) دارای مدرک کارشناسی و مابقی آنها (۸/۴٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. سایر مشخصات دموگرافیک پرستاران، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای عمده مورد مطالعه در جدول (۱) ارائه شده‌اند.

برای کل مشارکت‌کنندگان در مطالعه، میانگین کلی نمره اشتیاق شغلی، توانمندی ساختاری و بروز سوء رفتارهای کلامی و غیرکلامی در محل کار به ترتیب (۱۹/۱۹)، (۶۴/۰۹)، (۳/۲۹) و (۱۶/۲۱) و (۰/۷۶) بود که نشان دهنده اشتیاق شغلی و توانمندی ساختاری متوسط و سطوح پایین سوء رفتارهای کلامی و غیرکلامی درک شده در محیط کار است.

نتایج نشان دهنده پایایی رضایت بخش هر یک از ابزارهای مورد استفاده در مطالعه حاضر بود. ضریب آلفای کرونباخ و نیز ضریب همبستگی بین متغیرهای اصلی مطالعه در جدول ۲ آمده است.

مقیاس‌ها گزارش کرده‌اند. به عنوان مثال در مطالعه Spence Laschinger و همکاران (۲۰۰۹) آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۷ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۵ تا ۰/۸۹ بوده است. مطالعات انجام شده در ایران نیز پایایی و روایی مناسبی برای این پرسشنامه گزارش نموده‌اند (۲۰). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای این ابزار (۰/۹۲) بود.

ابزار سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار (Workplace Incivility Scale [WIS]) که توسط Cortina و دیگران (۲۰۰۱) معرفی شده است، برای بررسی بی‌نزاکتی تجربه شده توسط پرستاران در سال گذشته که منبع آن همکاران یا سوپروایزرها بوده‌اند مورد استفاده قرار گرفت. مشارکت‌کنندگان با مقیاس ۵ نقطه‌ای (۱=هرگز و ۵=بسیاری اوقات) به ۷ عبارت این پرسشنامه پاسخ می‌دهند. پاسخ‌های افراد به عبارات با هم جمع شده و میانگین آنها تعیین می‌شود. بنابراین، نمرات افراد در این پرسشنامه از ۱ تا ۷ متغیر است و نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی است (نمونه عبارات: آیا در طی سال گذشته موقعیتی پیش آمده که در آن یکی از سوپروایزرها یا همکاران شما با شما تحقیرآمیز صحبت کند یا شما را مورد سرزنش قرار داده باشد؟). مشخصات سایکومتریک این ابزار بیانگر روا و پایا بودن این ابزار بوده است (۱۵). آلفای کرونباخ در این مطالعه برای پرسشنامه‌ی مذکور (۰/۹۲) محاسبه گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند. جهت تعیین مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان و نیز پاسخ آنها به ابزارهای مورد استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و درصد) استفاده گردید. پس از آنکه توزیع نرمال داده‌ها توسط آزمون آماری Kolmogorov-Smirnov مورد تأیید قرار گرفت، جهت تعیین همبستگی بین اشتیاق شغلی با توانمندی ساختاری و سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی از ضریب همبستگی Pearson استفاده شد. ارتباط بین مشخصات دموگرافیک پرستاران با درک آنها از توانمندی، اشتیاق شغلی و سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار با کمک آزمون t-test مستقل دو گروهی و نیز One-way ANOVA مورد بررسی قرار گرفت. علاوه بر این، در صورت معنی‌دار شدن آزمون تحلیل واریانس یک طرفه تعقیب نتایج با استفاده از آزمون Tukey انجام گردید. همچنین، Multiple regression گام

جدول ۱: میانگین نمرات اشتیاق شغلی، توانمندی ساختاری و سوء رفتار کلامی و غیر کلامی در محل کار بر حسب مشخصات دموگرافیک

متغیرها	تعداد (درصد)	اشتیاق شغلی میانگین (انحراف استاندارد)	توانمندی میانگین (انحراف استاندارد)	سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی میانگین (انحراف استاندارد)
سن				
۲۰-۳۰	۱۷۵ (۶۶/۵)	۶۲/۰۱ (۱۸/۸۹)	۱۶/۱۷ (۳/۲۲)	۲/۰۱ (۰/۸۱)
۳۱-۴۰	۶۲ (۲۳/۶)	۶۸/۷۴ (۱۹/۰۹)	۱۶/۲۹ (۳/۴۷)	۱/۷۶ (۰/۶۸)
≥۴۱	۲۶ (۹/۹)	۶۷/۰۷ (۱۹/۸۱)	۱۶/۲۹ (۳/۵۱)	۲/۱ (۰/۸۳)
جنسیت				
زن	۱۹۷ (۷۴/۹)	۶۶/۰۲ (۱۹/۲۷)	۱۶/۲ (۳/۳)	۱/۹۲ (۰/۸۱)
مرد	۶۶ (۲۵/۱)	۵۸/۳۴ (۱۷/۸۷)	۱۶/۰۷ (۳/۰۱)	۲/۰۷ (۰/۷۴)
میانگین ساعات کار در هر هفته				
≤۴۴	۹۴ (۳۵/۷)	۶۶/۹۱ (۲۰/۵۴)	۱۶/۳۹ (۳/۴۱)	۱/۷۷ (۰/۶۲)
۴۵-۶۰	۱۳۰ (۴۹/۴)	۶۳/۳ (۱۸/۲۵)	۱۶/۱۵ (۳/۲۳)	۲/۰۲ (۰/۸۹)
≥۶۱	۳۹ (۱۴/۸)	۵۹/۹۷ (۱۸/۳۵)	۱۵/۹۶ (۳/۲۹)	۲/۱۷ (۰/۷۴)
سابقه کار در پرستاری				
۱-۱۰	۲۱۲ (۸۰/۶)	۶۳/۵۸ (۱۹/۲۵)	۱۶/۲۴ (۳/۰۸)	۱/۹۱ (۰/۸)
۱۱-۲۰	۳۸ (۱۴/۴)	۶۳/۷۳ (۱۹/۶۱)	۱۵/۵۷ (۴/۳۳)	۲/۲۳ (۰/۸)
≥۲۱	۱۳ (۴/۹)	۷۳/۶۱ (۱۵/۲۵)	۱۷/۵۷ (۳/۰۱)	۱/۸۷ (۰/۵۳)
نوع بخش				
جنرال	۱۹۳ (۷۳/۴)	۶۴/۵۶ (۱۷/۶۳)	۱۵/۹۹ (۳/۲۷)	۱/۹۵ (۰/۷۹)
ویژه	۷۰ (۲۶/۶)	۶۲/۸ (۲۳/۰۳)	۱۶/۸۰ (۳/۳)	۱/۹۶ (۰/۸۲)

جدول ۲: آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی میان متغیرهای اصلی مورد مطالعه

متغیر	α	۱	۲	۳	۴	۵	۶
اشتیاق شغلی کلی	۰/۸۸	-					
نیرومندی	۰/۸	۰/۹۲*	-				
فداکاری	۰/۸۶	۰/۹*	۰/۸۴*	-			
جذب	۰/۸۲	۰/۹۲*	۰/۷۹*	۰/۸۶*	-		
توانمندی ساختاری	۰/۹۲	۰/۳۷*	۰/۳۶*	۰/۳۶*	۰/۳۲*	-	
سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار	۰/۹۲	-۰/۱۱	-۰/۱۷*	-۰/۱۱	-۰/۰۵	-۰/۲۶*	-

*P < ۰/۰۵

توسط پرستاران مشاهده گردید ($F=4/47, df=2, p=0/01$). به نحوی که پرستاران با میانگین ساعات کاری کمتر از (۴۴) ساعت در هفته، سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی کمتری نسبت به پرستارانی که میانگین ساعات کاری آنان بالای ۶۰ ساعت بود، تجربه کرده بودند ($2/23 \pm 0/8$ در مقابل $1/91 \pm 0/8$) ($p=0/021$).

شایان ذکر است که با توجه به سایر متغیرهای دموگرافیک، تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات پرستاران در متغیرهای اصلی یعنی اشتیاق شغلی، توانمندی ساختاری و نیز بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار در محل کار وجود نداشت.

جهت تعیین اینکه متغیرهای دموگرافیک، توانمندی ساختاری و بی‌نزاکتی به چه میزان می‌توانند اشتیاق شغلی را پیش بینی نمایند، از رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام (Stepwise) استفاده شد. در نخستین گام توانمندی ساختاری وارد شد. در دومین گام متغیر نوع جنسیت وارد گردید. در سومین گام سن و در آخرین گام نوع بخش متغیرهای وارد شده بودند. واریانس کلی همه‌ی متغیرهای وارد شده از (۱۹٪) واریانس را تبیین می‌کرد ($R^2=0/19, F=14/88, P=0/000$).

تحلیل آماری بیانگر آن بود که متغیرهای توانمندی ساختاری ($B=2/04, t=6/05$)، جنسیت ($B=-7/5, t=-2/96$)، وضعیت تأهل ($B=-5/47, t=-2/21$) و سن ($B=0/34, t=0/11$) بطور معنی داری اشتیاق شغلی پرستاران را پیش بینی می‌کردند.

همچنان که در جدول ۲ آمده است، اشتیاق شغلی مشارکت‌کنندگان در مطالعه با درک آنان از توانمندی ساختاری همبستگی مثبت و معنی دار ($F=0/37, p=0/000$) نشان داد. لیکن بین اشتیاق شغلی پرستاران با سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار تجربه شده توسط آنان ارتباط معنی داری وجود نداشت. علاوه بر این، بین توانمندی ساختاری درک شده توسط پرستاران با تجربه سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار نیز رابطه منفی معنی دار ($F=-0/26, p=0/000$) وجود داشت.

با در نظر گرفتن سن مشارکت‌کنندگان تحلیل واریانس یک طرفه تفاوت آماری معنی داری نشان داد ($F=3/21, df=2, p=0/04$). تعقیب این نتیجه با آزمون توکی نشان داد این تفاوت مربوط به گروه سنی (۲۰-۳۰) و گروه سنی (۳۱-۴۰) می‌باشد ($p=0/04$). به عبارتی در گروه سنی (۳۱-۴۰) سال اشتیاق کاری بیشتر بود. همچنین زنان نسبت به مردان ($66/02 \pm 19/27$) در مقابل ($58/34 \pm 17/87$) اشتیاق شغلی بیشتری داشتند ($p=0/005, t=2/85, df=261$).

تحلیل داده‌ها بیانگر آن بود که با در نظر گرفتن وضعیت تأهل تفاوت معنی داری بین نمره کلی اشتیاق شغلی مشارکت‌کنندگان وجود دارد، بنحویکه مشارکت‌کنندگان متأهل اشتیاق شغلی بالاتری ($66/21 \pm 19/91$) نسبت به پرستاران مجرد ($59/5 \pm 16/72$) گزارش کرده بودند ($t=2/66, df=261, p=0/008$).

بر حسب میانگین ساعات کاری در هفته نیز تفاوت آماری معنی داری در سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی تجربه شده

جدول ۳: تحلیل رگرسیون گام به گام اشتیاق شغلی ($n=263$)

F	Adjusted R ²	R ²	t	β	B	
۱۴/۸۸*	۰/۱۹	۰/۲	۳/۰۸		۲۴/۵	ضریب ثابت
			۶/۰۵	۰/۳۴۹	۲/۰۴	توانمندی ساختاری
			-۲/۹۶	-۰/۱۷	-۷/۵	جنسیت
			-۲/۲۱	۰/۱۳-	-۵/۴۷	وضعیت تأهل
			۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۳۴	سن
مرحله ۱: توانمندی ساختاری						
مرحله ۲: جنسیت						
مرحله ۳: وضعیت تأهل						
مرحله ۴: سن						
*P < 0/05						

■ بحث

خشونت در محل کار منجر گردد (۱۴). لذا مدیران پرستاری باید بصورتی پیشگیرانه مانع بروز این رفتارها شوند و شیوع آن را کاهش دهند.

پرستاران مشارکت‌کننده که بین (۳۱-۴۰) سال سن داشتند نسبت به پرستاران در گروه سنی (۲۰-۱۰) سال اشتیاق شغلی بیشتری گزارش کردند. ارتباط مثبت بین سن و اشتیاق شغلی هم راستا با یافته‌های چند مطالعه است (۱۸ و ۷). در ایران، برنامه کاری پرستاران مسن‌تر و با سابقه کار بالاتر معمولاً انعطاف‌پذیری بیشتری دارد و آنها اغلب در شیفت‌های مشخص و غیر چرخشی انجام وظیفه می‌کنند. این پرستاران بتدریج شبکه‌های ارتباطی محکم و گسترده‌ای با همکاران و احتمالاً مدیران ایجاد می‌کنند. از سویی این پرستاران بتدریج می‌آموزند که چگونه با مشکلات محیط کار روبرو شوند. از سویی پرستاران جوان نسبت به پرستاران مسن‌تر عموماً سابقه کاری کمتری دارند. لذا، احتمال آنکه آنها احساس فقدان مهارت و دانش کافی برای ارائه مراقبت به بیماران داشته باشند، بیشتر است. تمامی این مسائل مجموعاً سبب می‌شود احتمالاً استرس شغلی برای پرستاران جوانتر بیشتر باشد. این ادعا در مطالعات انجام شده در پرستاری مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). در نتیجه، پرستاران مسن‌تر احتمالاً رضایت بیشتری از محیط کارشان دارند و سطح اشتیاق شغلی آنان بالاتر است.

همچنین زنان نسبت به مردان اشتیاق شغلی بیشتری تجربه می‌کردند. بطور کلی، نتایج مربوط به ارتباط جنسیت و اشتیاق شغلی در مطالعات مختلف منسجم نیستند (۱۵ و ۲۶). با این وجود در توجیه این یافته می‌توان گفت در ایران پرستاری غالباً یک حرفه زنانه در نظر گرفته می‌شود. لذا احتمال دارد پرستاران مرد حرفه پرستاری را بر اساس علاقه انتخاب نکرده باشند. در مطالعه ولیزاده و دیگران (۲۰۰۴) تنها ۳ پرستار از ۸ پرستار مرد، حرفه پرستاری را به عنوان اولین انتخاب شغلی برگزیده بودند. ضمن آنکه همه آنها اظهار کرده بودند برای ورود به پرستاری به عنوان حرفه‌ای که در آن غالب کارمندان را زنان تشکیل می‌دهند با مقاومت خانواده‌هایشان روبرو بوده‌اند (۲۷). بنابراین می‌توان انتظار داشت که پرستاران زن نسبت به مردان اشتیاق شغلی بالاتری را گزارش نمایند. همچنین در مطالعه حاضر پرستاران متأهل نیز نسبت به پرستاران مجرد اشتیاق شغلی بالاتری داشتند. این یافته را می‌توان تا حدودی با یافته قبلی که در آن پرستاران با سن بالاتر نسبت به جوانترها اشتیاق بیشتری داشتند، مربوط دانست؛ چرا که قاعدتاً متأهل بودن فرد به موازات افزایش سن

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط توانمندی ساختاری، سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار با اشتیاق شغلی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند صورت گرفته است. میزان پاسخ دهی در مطالعه (۶۵٪) بود که حکایت از مشارکت مناسب پرستاران در مطالعه دارد. با توجه به ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابزارهای مورد استفاده در مطالعه، این ابزارها پایایی مطلوبی داشتند. با توجه به نمره کلی اشتیاق شغلی، می‌توان گفت پرستاران در این مطالعه اشتیاق شغلی متوسطی داشتند (۶۴/۰۹ از ۱۰۲). این یافته که با مطالعات خارجی انجام شده در این زمینه کاملاً قابل مقایسه است (۱۰ و ۲۱)، حاکی از آن است که تا رسیدن به نقطه حداکثر اشتیاق شغلی فاصله نسبتاً زیادی وجود دارد و جهت ارتقاء اشتیاق شغلی می‌توان راهکارهایی را اجرا و ارزیابی کرد. این موضوع در مورد درک پرستاران از توانمندی ساختاری نیز صادق است، زیرا نمره کلی توانمندی ساختاری مشارکت‌کنندگان (۱۹/۱۹) بیانگر سطح متوسطی از توانمندی گزارش شده توسط پرستاران بود. گرچه پرستاران در این مطالعه سطوح پایینی از سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی را گزارش نمودند (۱/۹۵ از ۷ نمره)؛ اما نکته قابل توجه آن است که میانگین نمره سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی گزارش شده توسط پرستاران بطور قابل ملاحظه‌ای بالاتر از نمره گزارش شده در چند مطالعه مشابه خارجی است (۵، ۲۲ و ۲۳). این یافته ضرورت اتخاذ تدابیری جهت پایش و نیز کاهش شیوع چنین رفتارهایی آنها تأکید می‌کند. در این مطالعه اشتیاق شغلی پرستاران رابطه مثبت و معنی‌داری با درک آنان از توانمندی محیط کار نشان داد که با برخی مطالعات انجام شده دیگر همخوانی دارد (۲۴). ولی اشتیاق شغلی پرستاران با بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار برای آنان رابطه معنی‌داری نشان نداد. در توجیه این یافته می‌توان گفت اشتیاق شغلی پرستاران احتمالاً از دیدگاه آنان تحت تأثیر عوامل با اهمیت‌تری از سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار بوده است. یکی از پرستاران همزمان با پاسخ به پرسشنامه سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار نوشته بود: "در بخش مشکلات رنگارنگ برای ما آنقدر زیادند که در مقابل آنها چنین رفتارهایی [سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی] از جانب همکار یا سوپروایزر ناچیزند". این موضوع از اهمیت بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار نمی‌کاهد. محققین معتقدند سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی مکرر، علیرغم ظاهر بی‌اهمیت آن، می‌تواند در نهایت منجر به بروز

افزایش می‌یابد.

■ نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر برای مدیران سازمان‌های مراقبت سلامت پیام‌های قابل ملاحظه‌ای دارد. تحلیل آماری نشان داد اشتیاق شغلی پرستاران می‌تواند با ارتقاء توانمندی ساختاری افزایش یابد لذا کنترل مداوم درک پرستاران از میزان توانمندی ساختاری موجود در بیمارستان‌ها و تلاش برای برطرف نمودن نقاط ضعف ساختارهای توانمندکننده در محیط کار و تقویت نقاط قوت آن خواهد توانست در بهبود اشتیاق شغلی پرستاران مؤثر واقع شود. در این مطالعه بین بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار و اشتیاق شغلی ارتباط آماری معناداری مشاهده نگردید. اما نکته قابل تأمل آن است که بین بی‌نزاکتی در محل کار با توانمندی ساختاری ارتباط معناداری وجود داشت. لذا، با توجه به ارتباط توانمندی ساختاری با بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار، تلاش جهت افزایش اشتیاق شغلی پرستاران با وجود محیطی آکنده از بی‌نزاکتی احتمالاً بی‌ثمر خواهد بود. با توجه به ارتباط منفی توانمندی ساختاری با بروز سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی در محل کار، تلاش جهت افزایش اشتیاق شغلی پرستاران با توجه به معیارهای توانمندی ساختاری بسیار مهم است. در نهایت، انجام مطالعات مداخله‌ای با تمرکز بر ارتقاء توانمندی ساختاری محیط کار توصیه می‌گردد.

■ تشکر و قدرانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری نموده‌اند صمیمانه سپاسگزاریم.

در این مطالعه پرستارانی با میانگین ساعات کاری کمتر یا مساوی (۴۴) ساعت در هفته نسبت به پرستاران با میانگین ساعات کاری مساوی یا بیشتر از (۶۰) ساعات در هفته، سوء رفتارهای کلامی و غیر کلامی بیشتری در محل کار در محل کار تجربه کردند. این یافته کاملاً مورد انتظار است. هر چه میزان حضور کارکنان در بیمارستان بیشتر باشد، احتمال آنکه آنان قربانی رفتارهای بی‌نزاکت در محل کار شوند، افزایش خواهد یافت.

در نهایت رگرسیون نشان داد توانمندی، جنسیت، سن و وضعیت تأهل مجموعاً (۱۹ درصد) از واریانس اشتیاق شغلی را تبیین می‌نمایند. با توجه به این یافته و با در نظر گرفتن نتایج پیشین این مطالعه، در برنامه‌ریزی برای بهبود اشتیاق شغلی مشخصات دموگرافیک پرستاران نباید مورد غفلت واقع شوند و برنامه‌هایی متناسب با گروه‌های خاص کارکنان ضرورت دارد. علاوه بر این، در مطالعات آینده می‌توان عوامل بیشتری را که احتمالاً قادر به تبیین میزان بالاتری از اشتیاق شغلی پرستاران باشند، انتخاب کرد و مورد آزمون قرار داد.

این مطالعه محدودیت‌های چندی دارد که هنگام تعبیر نتایج آن باید مدنظر قرار گیرند. نخست با توجه به ماهیت توصیفی-تحلیلی بودن مطالعه، علیرغم همبستگی‌های مشاهده شده بین متغیرهای مورد مطالعه، این ارتباطات را نمی‌توان ارتباطات علی-معلولی در نظر گرفت. مطالعات آینده با بکارگیری طرح‌های طولی می‌توانند جهت بررسی رابطه علی-معلولی بین متغیرهای اصلی در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گیرند. همچنین داده‌های مطالعه تنها از پرستاران شاغل در بیمارستان جمع‌آوری شده‌اند. لذا ضروری است در تعمیم نتایج به پرستارانی که در سایر محیط‌های سازمان‌های مراقبت سلامت مشغول کار هستند جانب احتیاط رعایت شود. در مطالعات آینده، گردآوری داده‌هایی از پرستاران شاغل در بخش‌های متنوع‌تر می‌تواند مدنظر قرار گیرد.

■ References

- 1- Christmas K, Hart KA. Workforce shortages are a global issue. *Nursing Economic\$*. 2007; 25 (3): 175-7.
- 2- Zarea K, Negarandeh R, Dehghan-Nayeri N, Rezaei-Adaryani M. Nursing staff shortages and job satisfaction in Iran: Issues and challenges. *Nursing & Health Sciences*. 2009; 11 (3): 326-31.
- 3- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*. 2002; 288 (16): 1987-93.
- 4- Hayes LJ, Orchard CA, Hall LM, Nincic V, O'Brien-Pallas L, Andrews G. Career intentions of nursing students and new nurse graduates: A review of the literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2006, 3 (26): 10-15.

- 5- Spence Laschinger HK, Leiter M, Day A, Gilin D. Workplace empowerment, incivility, and burnout: Impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*. 2009; 17(3):302-11.
- 6- Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multisample study. *Journal of Organizational Behavior*. 2004; 25 (3):293– 15.
- 7- Bakker A, Schaufeli W, Leiter M, Taris T. Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work and Stress*. 2008; 22(3): 187–201.
- 8- Hallberg UE, Schaufeli WB. Same but different? Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *European Psychologist*. 2006; 11(2): 119-27.
- 9- Demerouti E, Bakker AB, de Jonge J, Janssen PPM, Schaufeli WB. Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal for Work and Environmental Health*. 2001; 27 (4): 279–86.
- 10- Simpson MR. Predictors of work engagement among medical-surgical registered nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 2006; 31 (1): 44–65.
- 11- Kanter RM. Power failure in management circuits. *Harvard Business Review*. 1979; 57(4):65-75.
- 12- Laschinger HK, Finegan J, Shaminan J, Wilk P. Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings. *The Journal of Nursing Administration*. 2001; 31(5): 260-72.
- 13- Campana K.L, Hammoud S. (In press). Incivility from patients and their families: Can organisational justice protect nurses from burnout? *Journal of Nursing Management*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12201/pdf>
- 14- Andersson, LM, Pearson CM. Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. *The Academy of Management Review*. 1999; 24 (3): 452-71.
- 15- Lim S, Cortina LM, Magley VJ. Personal and workgroup incivility: impact on work and health outcomes. *The Journal of Applied Psychology*. 2008; 93(1):95-107.
- 16- Guidroz AM, Burnfield-Geimer JL, Clark O, Schwetschenau HM, Jex SM. The nursing incivility scale: Development and validation of an occupation-specific measure. *Journal of Nursing Measurement*. 2010; 18(3):176-200.
- 17- Lewis, P.S., & Malecha, A. The Impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. *Journal of Nursing Administration*. 2011; 41(1): 41-47.
- 18- Schaufeli WB, Salanova M, Gonzalez-Roma V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*. 2002; 3 (1), 71–92.
- 19- Hayati D, Charkhabi M, Naami A. The relationship between transformational leadership and work engagement in governmental hospitals nurses: A survey study. *Springer Plus*. 2014; 3:25[Persian].
- 20- Maleki MR, Gohari MR, Ghorbanian A. Relationship between structural empowering and nurses' readiness for change. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 25 (76) :10-18[Persian].
- 21- Spence Laschinger HK, Wilk P, Cho J, Greco P. Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: Does experience matter? *Journal of Nursing Management*. 2009; 17 (5): 636–46.
- 22- Laschinger HK, Wong C, Reagan S, Young-Ritchie C, Bushell P. Workplace incivility and new graduate nurses' mental health: The Protective Role of Resiliency. *The Journal of Nursing Administration*. 2013; 42(7/8), 415–21.
- 23- Wing R, Reagan S, Laschinger KS. The influence of empowerment and incivility on the mental health of new graduate nurses. *Journal of Nursing Management*. *Journal of Nursing Management*. (in press).
- 24- Laschinger HKS, Wong CA, Greco P. The impact of staff nurse empowerment on person-job fit and work engagement/ burnout. *Nursing Administration Quarterly*. 2006; 30 (4), 358-67.
- 25- Li IC, Chen YC, Kuo HT. The relationship between work empowerment and work stress perceived by nurses at long-term care facilities in Taipei city. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17 (22), 3050–8.
- 26- Fong TC, Ng SM. Measuring engagement at work: Validation of the Chinese version of the Utrecht Work Engagement Scale. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2012; 19 (3), 391-7.
- 27- Valizadeh L, Zamanzadeh V, Fooladi MM, Azadi A, Negarandeh R, Monadi M. The image of nursing, as perceived by Iranian male nurses. *Nursing & Health Sciences*. (in press). [Persian].

Relationship between nurses' work engagement, structural empowerment, and workplace incivility

Seyyed Abolfazl Vagharseyyedin, Maryam Salmani Mud[■]

Vagharseyyedin Seyyed A.

PhD Nursing, East Nursing and Midwifery Research Center, Assistant Professor, Nursing and midwifery School, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

■ **Corresponding author:**

Salmani Mud M.

Msc Nursing, East Nursing and Midwifery Research Center, Instructor. Faculty of Nursing and Midwifery School, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Address: M.salmani@bums.ac.ir

Abstract

Introduction: Given that nurses' work engagement is linked with such outcomes as organizational commitment and job satisfaction, effort to improve nurses' work engagement seems necessary. So, the first step is to demonstrate the factors influencing work engagement that in Iran, few studies have been conducted concerning this issue.

Aim: This study aimed to assess the relationships between structural empowerment, workplace incivility, and work engagement as well as some factors influencing it among staff nurses.

Method: In this cross-sectional, descriptive-analytical study, data were collected through purposeful sampling from among (400) staff nurses (with at least 1 year of experience and a baccalaureate degree in nursing), working in six hospitals, affiliated to Birjand University of Medical sciences (BUMS), in (2014). Data were gathered by questioners; The Utrecht Work Engagement Scale (2003), structural empowerment was measured by Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II (2001) and Workplace Incivility Scale (2001) was applied. As for reliability, Cronbach's alphas were calculated 0.88, 0.92 and 0.92 for these questionnaires respectively. Data were analyzed in SPSS 16.0 using descriptive statistics, as well as inferential statistics including Pearson correlation coefficient, independent t-test, one-way ANOVA, and multiple regression at the significant level of $p < 0.05$.

Results: For the whole sample, the overall mean for the Iranian version of the CWEQ-II, UWES, and WIS were 16.21 (SD=3.29), 64.09 (SD=19.19), and 1.95 (SD=0.76) respectively, indicating moderate levels of structural empowerment and work engagement and a low incidence of incivility experienced by nurses. A significant positive correlation was found between nurses' work engagement and their perceived levels of structural empowerment ($r=0.37; p < 0.05$). However, there was not a significant association between work engagement and the incivility experienced by nurses ($p > 0.05$). Also, levels of perceived structural empowerment among participants significantly correlated with their experienced workplace incivility ($r=0.26; p < 0.05$). In total, structural empowerment, sex, marital status and age explained (19%) of variance of work engagement.

Conclusion: Nurse managers must consider strategies aimed to increase nurses' work engagement and for decreasing workplace incivility perception by improvement structural empowerment within the organization.

Key words: nurses, structural empowerment, work engagement, workplace incivility

**Nursing
Management**

Quarterly Journal of Nursing Management

Fourth Year, Vol 4, No1, Spring 2015