

بررسی رابطه سبک‌های مقابله و سلامت روان پرستاران

حمید رحیمی*^۱، فریبرز صدیق‌ارفعی^۲، زینب قدوسی^۳

۱. دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران.

۲. دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران.

۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران.

*نویسنده مسئول: dr.hamid.rahimi@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۳/۴/۲۸؛ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۲۵

چکیده

مقدمه: سلامت جسمی و روانی پرستاران و راهبردهای آن‌ها برای مقابله با استرس‌ها به شکل مستقیم با کیفیت عملکرد آن‌ها در مراقبت از بیماران در ارتباط می‌باشد. از این‌رو هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه سبک‌های مقابله و سلامت روان پرستاران می‌باشد.

روش: نوع پژوهش توصیفی هم‌بستگی است. جامعه آماری، کلیه پرستاران بیمارستان بود که ۱۱۴ نفر به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه استاندارد سلامت روانی با ۲۸ گویه و پرسش‌نامه استاندارد سبک‌های مقابله با ۴۸ گویه بود که ضریب پایایی آن‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۳ به‌دست آمد.

یافته‌ها: میانگین سبک‌های اجتناب‌مدار و هیجان‌مدار بالاتر از حد متوسط و سبک مسئله‌مدار پایین‌تر از حد متوسط است. میانگین علائم جسمانی، علائم اضطرابی و علائم اجتماعی بالاتر از حد متوسط است؛ اما علائم افسردگی پایین‌تر می‌باشد. میانگین سلامت روان پرستاران به میزان ۳۶/۲۰ بالاتر از نقطه برش فرضی ۲۳ می‌باشد. از میان سبک‌های مقابله، فقط سبک مسئله‌مدار و هیجان‌مدار قابلیت پیش‌بینی سلامت روان را دارند.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهشی توجه فزاینده به سلامت روان پرستاران از طریق آموزش راهبردها و سبک‌های سالم برای مقابله با استرس‌های محیط کاری‌شان پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: سلامت روان، سبک‌های مقابله، پرستاران، بیمارستان

مقدمه

در حرفه پرستاری عوامل استرس‌زای شغلی متعددی وجود دارد که از جمله این عوامل مشکل شیفت کار، بار کاری، تعارض با همکاران، تماس مکرر با رنج و مرگ بیماران و مسئولیت‌های حرفه‌ای مشخص می‌باشد. پرستاری به علت دربرداشتن منابع متعدد استرس‌زا می‌تواند کشمکش‌های حل‌ناشدنی یا فشارهای شغلی را موجب شود که بخش عمده‌ای از این استرس‌ها می‌تواند ناشی از روابط بین فردی یا مسائل مرتبط با نظام اداری باشد (۱). از طرفی استرس در محل کار هم برای افراد و هم برای سازمان موجب خسارت و زیان‌های فراوان می‌شود و سلامت شاغلین به‌عنوان مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کار بر اثر استرس در معرض خطر قرار می‌گیرد. در نتیجه باتوجه به اهمیت کار پرستاران، سلامت جسمی و روانی پرستاران، به شکل مستقیم با کیفیت عملکرد آن‌ها در مراقبت از بیماران در ارتباط می‌باشد (۲).

افراد دارای سلامت روان، واجد ویژگی‌های مهمی مانند پذیرش خود، دوست‌داشتن خویش، مقابله با مسائل زندگی، کنترل الزامات و چالش‌های زندگی و برقراری ارتباط با دیگران هستند. عرصه قابل توجه در این تعریف آن است که کنترل چالش‌های زندگی نیازمند به‌کارگیری سبک مقابله مناسب است. در جهان کنونی، هر فرد در زندگی روزمره به شکلی استرس را تجربه می‌کند و به‌ناچار سعی می‌کند با اتخاذ شیوه‌ای منحصر به فرد به آن عوامل پاسخ‌گو باشد. زمانی که افراد تحت استرس هستند باید مهارت مقابله لازم را داشته باشند تا بدین‌وسیله بتوانند اثرات استرس بر جسم و روان را کاهش دهند، چنانچه استرس مدیریت شود (کاهش یابد یا کنترل شود) و مهارت‌های مقابله مؤثر موجود باشد، قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی مقابله نماید (۳).

اندلر فرایند مقابله عمومی افراد را برحسب سه نوع اساسی سبک مقابله متمایز می‌کند:

مسئله‌مدار: وجه مشخصه آن عملکرد مستقیم بر کاهش فشارها یا افزایش مهارت‌های مدیریت استرس است. شیوه مقابله مسئله‌مدار موفق مستلزم استفاده بهینه از مؤلفه‌های شناختی (عقلانی بودن)، انعطاف‌پذیری و دوراندیشی است.

هیجان‌مدار: وجه مشخصه آن راهبردهای شناختی است که حل یا حذف عامل استرس‌زا را با دادن نام و معنی جدید به تأخیر می‌اندازد. در این شیوه، واکنش‌های عاطفی خودمدارند و هدف، کاهش استرس است.

اجتناب‌مدار: ویژگی اصلی آن اجتناب از مواجهه با عامل استرس‌زا است. اجتناب (دوری عینی) از عامل استرس‌زا و

انکار (دوری ذهنی) عامل استرس‌زا، جزء شیوه‌های مقابله هیجان‌مدار می‌باشند (۴).

سلامت روانی در یک تعامل دوطرفه، از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می‌گردد و از سوی دیگر، خود زمینه‌ساز فضای روانی سالم است که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش‌زا جهت انتخاب راهکار مقابله‌ای مؤثر، میسر می‌گردد.

خدایاری فرد دریافت دانشجویان پسر بیشتر از مهارت‌های مقابله‌ای حل مسئله و دانشجویان دختر بیشتر از مهارت‌های مقابله‌ای هیجانی بهره می‌جویند (۵). ویتینگ و دینر دریافتند بین چگونگی شیوه‌های مقابله و سلامت روانی ارتباط معناداری وجود دارد (۶). خسروی دریافت بین سلامت عمومی با شیوه هیجانی مقابله و شیوه مسئله‌مدار مقابله، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد (۷). کدیور دریافت بین سبک‌های مقابله پسران و دختران تفاوت معنادار وجود دارد. پسران از سبک مسئله‌مدار بیشتر از سبک‌های هیجان‌مدار و اجتنابی استفاده می‌کنند و دختران نیز به ترتیب بیشتر از سبک‌های مسئله‌مدار، اجتنابی و هیجان‌مدار سود می‌جویند (۸). شکری دریافت سبک مقابله هیجان‌مدار بر سلامت روان اثر مثبت و معنادار دارد. سلامت روانی دانشجویان به‌طور معنی‌داری با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار در ارتباط است. از بین سبک‌های مقابله، سبک مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در پیش‌بینی سلامت روانی نقش داشتند (۹). گودرزی دریافت به‌کارگیری سبک‌های ناکارآمد و اجتنابی می‌تواند سلامت روانی فرد را به خطر بیندازد و به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و منطقی می‌تواند به بهداشت روانی فرد کمک کند و به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای هیجانی می‌تواند موجب افزایش افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی شود (۱۰). خاقانی‌زاده نشان داد میانگین سلامت روان پرستاران بالاتر از نمره برش ۲۳ است. همچنین بین ویژگی جمعیت شناختی سابقه کار و سلامت روان تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما بین وضعیت تأهل و سلامت، رابطه‌ای وجود ندارد (۱۱). محمدخانی دریافت که سبک مقابله هیجان‌مدار رابطه معکوس و معناداری با سلامت عمومی دارد. میانگین دانشجویان پسر در سبک مقابله مسئله‌مدار از دختران به‌طور معناداری بیشتر است و بین سلامت عمومی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنادار ندارد (۱۲). غضنفری به این نتیجه رسید که بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای، رابطه معنادار و مثبت است (۱۳). کدیور و ثمری وجود ارتباط بین میزان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و سلامت روانی و

مقابله و سلامت روان پرستاران است، نوع تحقیق توصیفی هم‌بستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران بیمارستان به تعداد ۲۲۰ نفر بودند که با استفاده از فرمول کوکران و به روش تصادفی ساده ۱۱۴ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب گردیدند.

پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه کاشان و ارائه آن به مدیران و مسئولان بیمارستان امیرالمؤمنین شهرستان شهرضا، اجازه نامه کتبی جهت اجرای پژوهش را دریافت نمود. همچنین در این پژوهش پس از کسب مجوز کمیته اخلاق از بیمارستان مربوطه و کسب رضایت آگاهانه از پرستاران، پرسش‌نامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار داده شد. بعد از انتخاب پرستاران و قبل از ارائه پرسش‌نامه‌ها توضیحات مختصری درباره هدف پژوهش، ضرورت همکاری صادقانه و چگونگی پاسخ‌دهی به سوالات داده شد. محقق متذکر شد که نیازی به ذکر نام و مشخصات نیست، هر پرستار به‌طور مستقل به سوالات پاسخ می‌دهد و هیچ محدودیت زمانی خاصی برای پاسخ‌گویی به سوالات وجود ندارد. ترتیب توزیع پرسش‌نامه به صورت تصادفی ساده بود و مدت زمانی که صرف پاسخ‌دهی پرسش‌نامه‌ها می‌شد به‌طور تقریبی بین ۲۵ تا ۳۰ دقیقه بود. لازم به ذکر است که پرسش‌نامه‌ها خارج از وقت اداری تکمیل شدند.

از دو پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد

الف) فرم ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه سلامت

عمومی: این پرسش‌نامه دارای چهار مقیاس فرعی می‌باشد. مقیاس اول A: نشانگان جسمانی را در بر می‌گیرد، نشانگان جسمانی مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی در آن‌ها است. مقیاس دوم B: نشانگان اضطرابی و اختلال خواب را در بر می‌گیرد. شامل مواردی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط هستند. مقیاس سوم C: نشانگان نارسانا کنش‌وری اجتماعی را در بر می‌گیرد، گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساس‌های آن‌ها را درباره چگونگی کنارآمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. مقیاس چهارم D: نشانگان افسردگی و گرایش به خودکشی و با افسردگی وخیم و گرایش مشخصی به خودکشی مرتبط هستند (۱۷). در این پرسش‌نامه از روش درجه‌بندی لیکرت استفاده شده که آزمودنی باید پاسخ‌های خود را بین چهار درجه اصلاً، در حد معمول، بیش از حد معمول و خیلی بیشتر از حد معمول مشخص کند. برای جمع‌بندی نمرات به اصلاً «صفر»، در حد معمول «یک»، بیش از حد معمول «دو» و خیلی بیشتر از حد معمول «سه»

جسمی را تأیید کردند (۸ و ۱۴). حبیبی نشان داد که میزان سلامت روان دبیران مرد بالاتر از دبیران زن و سلامت روانی دبیران مجرد بالاتر از دبیران متأهل بود (۱۵). حسینی دریافت که بین میزان سلامت روان جوانان از نظر وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود ندارد (۱۶). از نتایج مطالعات قبلی و حاضر می‌توان دریافت که به نوعی سبک‌های مقابله با سلامت روان افراد ارتباط دارد. همچنین در سازمان‌ها و من جمله بیمارستان، اگر فرهنگ سازمانی بیمارستان، فرهنگ حمایتی باشد و بین پرستاران، صمیمیت، اخلاق، تعهد و تعلق، همکاری و وفاداری باشد میزان سلامت روان پرستاران بهبود می‌یابد.

باتوجه به نقش مهم پرستاران در ارتقاء سلامت بیماران و نقش مهم آن‌ها در تیم بهداشتی، لازم است که با تحقیقات علمی به ریشه‌یابی و چاره‌جویی پرداخته و با گسترش حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی سطح سلامت این رکن مهم تیم بهداشتی و درمانی مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق ارائه خدمات به بیماران و مددجویان نیازمند، ارتقا یابد. زیرا سلامت روان پرستاران به دلایل متعددی نسبت به سایر اقشار جامعه در معرض خطر است. از مهم‌ترین این دلایل می‌توان به ماهیت استرس‌زای این حرفه، فشار کاری، مواجه شدن با موقعیت غیرمترقبه، نوبت‌های کاری، عوامل فردی و عوامل سازمانی اشاره کرد. از طرف دیگر همان‌طور که می‌دانیم، اکثریت پرسنل این حرفه را زنان تشکیل می‌دهند که علاوه بر وظایفی که در محل کار مسئول انجام آن هستند، مسئولیت خانه و فرزندان نیز بر عهده آنان است و این خود باعث افزایش میزان اضطراب و استرس در این قشر از جامعه می‌شود و سلامت روان آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد. از جمله عواملی که می‌تواند به بهبود سلامت روان و کاهش استرس پرستاران کمک نماید، روش‌ها و سبک‌های مقابله با استرس است. لذا این تحقیق به بررسی رابطه بین سبک‌های مقابله و سلامت روان پرستاران پرداخت.

از این‌رو این مقاله درصدد پاسخ‌گویی به این سوالات است که میزان سبک‌های مقابله و سلامت روان پرستاران تا چه اندازه است؛ تا چه اندازه بین سبک‌های مقابله و سلامت روان پرستاران رابطه وجود دارد و بین سبک‌های مقابله و سلامت روان بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سابقه کار و تحصیلات) تا چه اندازه تفاوت وجود دارد؟

روش

باتوجه به موضوع تحقیق که بررسی رابطه سبک‌های

یافته‌ها

بر اساس یافته‌ها، ۶۷ درصد گروه نمونه پرستاران زن و ۳۳ درصد مرد بودند، حدود ۵۰ درصد پرستاران ۲۰ تا ۳۰ ساله بودند و ۳۷ درصد بین ۳۰ تا ۴۰ ساله بودند. ۷۵ درصد متأهل و ۲۵ درصد مجرد بودند، ۴۰ درصد دارای سابقه کمتر از ۵ سال، ۳۳ درصد بین ۵ تا ۱۰ سال سابقه و ۲۰ درصد بین ۱۱ تا ۲۰ سال سابقه داشتند، ۱۲ درصد دیپلم، ۱۵ درصد فوق دیپلم، ۶۳ درصد لیسانس و ۱۰ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند.

آزمون تی تک نمونه‌ای در جدول ۱ نشان داد سبک‌های اجتناب‌مدار با میانگین (۳/۱۵) و هیجان‌مدار (۳/۱۴) بالاتر از حد متوسط ۳ و سبک مسئله‌مدار با (۲/۵۷) پایین‌تر از حد متوسط ۳ است و فرض ادعای پژوهشگر مبنی بر معنادار بودن هریک از سبک‌ها مورد تأیید قرار گرفت.

آزمون تی تک نمونه‌ای در جدول ۲ نشان داد علائم جسمانی با میانگین (۹/۴۳)، علائم اضطرابی (۹/۰۰) و علائم اجتماعی (۱۳/۱۴) بالاتر از نقطه برش ۶ است؛ اما علائم افسردگی با (۴/۵۸) پایین‌تر از نقطه برش ۶ می‌باشد. میانگین سلامت روان پرستاران به میزان ۳۶/۲۰ بالاتر از نقطه برش فرضی ۲۳ می‌باشد و فرض ادعای پژوهشگر مبنی بر معنادار بودن هریک از سبک‌ها مورد تأیید قرار گرفت.

ضریب رگرسیون نشان داد از میان سبک‌های مقابله، فقط سبک مسئله‌مدار و هیجان‌مدار قابلیت پیش‌بینی سلامت روان را دارند و می‌توانند در مدل رگرسیونی قرار گیرند.

طبق آزمون تحلیل واریانس چندگانه در جدول ۴، بین استفاده پرستاران از سبک‌های مقابله برحسب جنسیت تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما این تفاوت برحسب سن، تأهل، سابقه و تحصیلات معنادار نیست.

طبق آزمون تحلیل واریانس چندگانه در جدول ۵، بین سلامت روان پرستاران برحسب جنسیت، سن، تأهل، سابقه و تحصیلات تفاوت معنادار وجود ندارد. به عبارتی سلامت روان پرستاران مرد و زن مجرد و متأهل با سنین مختلف، سوابق خدمتی گوناگون و تحصیلات متفاوت، یکسان است.

تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۳ به بالا بیانگر علائم مرضی است. بالاترین نمره ۸۴ و نمره برش ۲۳ افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۸).

ب) پرسش‌نامه استاندارد سبک‌های مقابله: این

پرسش‌نامه دارای ۴۸ آیتم در سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای «مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی» است (۴). مجموع نمرات ماده‌های هریک از مقیاس‌ها جداگانه محاسبه می‌شود. این آزمون شامل ۴۸ سؤال است که پاسخ به هر سؤال براساس یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از هرگز «۱» به ندرت «۲» گاهی «۳» اکثراً «۴» بسیار زیاد «۵» مشخص می‌شود.

گزینه یک نشان می‌دهد آزمودنی هرگز رفتار موردنظر را انجام نمی‌دهد. گزینه دو به معنی به ندرت، گزینه سه به معنی گاهی اوقات، گزینه چهار به معنی اکثر اوقات و گزینه پنج به معنی خیلی زیاد می‌باشد. در نهایت، سبک‌های غالب هر فرد باتوجه به نمره اکتسابی وی در آزمون مشخص می‌شود. به عبارت دیگر رفتارهایی که نمره بالاتری در مقیاس کسب کنند، به عنوان سبک مقابله‌ای ترجیحی فرد در نظر گرفته می‌شوند (۱۹). باتوجه به اینکه مقیاس پرسش‌نامه‌ای پنج‌درجه‌ای بود، نقطه برش ۳ به عنوان میانگین فرضی در نظر گرفته شد. نتایج یافته‌های اندلر و پارکر (۱۹) و تحقیقات وقری (۲۰)، پیری (۲۱) و اسدخانی (۲۲) در داخل کشور بیانگر معتبر بودن آزمون موردنظر است و نشان داده‌اند که همسانی درونی آزمون و هم‌بستگی آن در رابطه با متغیرهای متفاوت، بالا بوده که نشان دهنده اعتبار و روایی بالای این آزمون است. پایایی سه سبک مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۲، به دست آمده است (۲۳). تحلیل داده‌ها در سطح استنباطی (ضریب هم‌بستگی پیرسون، آزمون t و تحلیل واریانس) انجام شد.

جدول ۱: آزمون تی تک نمونه‌ای جهت مقایسه هریک از مؤلفه‌های سبک مقابله با میانگین جامعه

متغیر	تعداد	میانگین	t	df	معناداری
مسئله‌مدار	۱۱۴	۲/۵۷	-۸/۱۳	۱۱۳	۰/۰۰۰
هیجان‌مدار	۱۱۴	۳/۱۴	۲/۶۹	۱۱۳	۰/۰۰۸
اجتناب‌مدار	۱۱۴	۳/۱۵	۳/۲۱	۱۱۳	۰/۰۰۲

جدول ۴: آزمون تی تک نمونه‌ای جهت مقایسه هریک از مؤلفه‌های سلامت روان با میانگین جامعه

متغیر	تعداد	میانگین	t	df	سطح معناداری
علائم جسمانی	۱۱۴	۹/۴۳	۸/۲۲	۱۱۳	۰/۰۰۰
علائم اضطرابی	۱۱۴	۹/۰۰	۵/۶۴	۱۱۳	۰/۰۰۰
علائم اجتماعی	۱۱۴	۱۳/۱۴	۲۱/۴۲	۱۱۳	۰/۰۰۰
علائم افسردگی	۱۱۴	۴/۵۸	-۲/۸۲	۱۱۳	۰/۰۰۶
سلامت روان	۱۱۴	۳۶/۲۰	۱۰/۷۶	۱۱۳	۰/۰۰۰

جدول ۳: ضرایب رگرسیون هریک از مؤلفه‌های سبک مقابله

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری
مقدار ثابت	۳۱/۹۸	۸/۸۵		۳/۶۱	۰/۰۰۰
مسئله‌مدار (X1)	۸/۵۴	۲/۰۵	۰/۳۶	۴/۱۶	۰/۰۰۰
هیجان‌مدار (X2)	-۶/۱۸	۱/۹۷	-۰/۲۷	-۳/۱۲	۰/۰۰۲
اجتنابی (X3)	۰/۵۴	۲/۳۹	۰/۲۱	۰/۲۲	۰/۸۱

جدول ۴: آزمون تحلیل واریانس چندگانه جهت مقایسه سبک‌های مقابله برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	مجذور مربعات	df	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
سن	۰/۰۸	۲	۰/۰۴	۰/۳۶	۰/۶۹
جنس	۰/۷۴	۱	۰/۷۴	۶/۲۸	۰/۰۱
تأهل	۰/۰۳	۱	۰/۰۳	۰/۲۶	۰/۶۱
سابقه	۰/۵۶	۳	۰/۱۹	۱/۵۹	۰/۱۹
تحصیلات	۰/۲۷	۳	۰/۰۹	۰/۷۷	۰/۵۱

جدول ۵: آزمون تحلیل واریانس چندگانه جهت مقایسه سلامت روان پرستاران برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	مجذور مربعات	df	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
سن	۱۴۲/۴۸	۲	۷۱/۲۴	۰/۳۵	۰/۷۰
جنس	۴۲/۸۰	۱	۴۲/۸۰	۰/۲۱	۰/۶۴
تأهل	۱۱۷/۴۰	۱	۱۱۷/۴۰	۰/۵۸	۰/۴۴
سابقه	۱۱۶/۰۸	۳	۳۸/۶۹	۰/۱۹	۰/۹۰
تحصیلات	۱۷۹/۹۲	۳	۵۹/۷۳	۰/۲۹	۰/۸۲

بحث

مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، در واقع رفتارهایی را برای بازسازمان‌دهی شناختی مسئله یا تغییر موقعیت استرس‌زا به کار می‌گیرند و در نتیجه سطوح پایین‌تری از اضطراب و عوامل افسردگی را نشان می‌دهند (۹).

طبق یافته‌ها، بین سلامت روان پرستاران برحسب جنسیت، سن، تأهل، سابقه و تحصیلات تفاوت معنادار وجود ندارد. به عبارتی سلامت روان پرستاران مرد و زن مجرد و متأهل با سنین مختلف و سوابق خدمتی گوناگون و تحصیلات متفاوت، یکسان است. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمدخانی (۱۲)، شکری (۹)، نوربالا (۲۵) مبنی بر اینکه بین سلامت روان برحسب ویژگی‌های دموگرافیک تفاوت وجود دارد، ناهمسو است. همچنین با نتایج پژوهش خاقانی‌زاده مبنی بر تفاوت معنادار بین سابقه کار و سلامت روان ناهمسو است (۱۱). در پژوهش حسینی (۱۶) و خاقانی‌زاده (۱۱) تفاوت معناداری بین سلامت روان و وضعیت تأهل وجود ندارد که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همسو است. یافته پژوهش دستگردی، مبنی بر عدم نقش عامل جنسیت در میزان سلامت روان با نتیجه پژوهش حاضر همسو است (۲۶). در تبیین احتمالی عدم نقش عوامل جمعیت شناختی در سلامت روان پرستاران در پژوهش حاضر می‌توان گفت یکسان بودن سلامت روان پرستاران برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی می‌تواند ناشی از استرس‌های محیطی و شغلی یکسان، مسئولیت‌ها، جایگاه و قدرت اجتماعی یکسان در ساختارهای اجتماعی و محدود بودن منابع رضایت برای همه آن‌ها صرف‌نظر از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی باشد.

یافته‌ها نشان داد بین استفاده پرستاران از سبک‌های مقابله برحسب جنسیت تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما این تفاوت برحسب سن، تأهل، سابقه و تحصیلات معنادار نیست. این یافته با نتایج پژوهش‌های شکری (۹)، خدایاری‌فرد (۵)، محمدخانی (۱۲) و کدیور (۸) مبنی بر اینکه در سبک‌های مقابله برحسب جنسیت تفاوت معنادار وجود دارد همسو است. برای تبیین تأثیر جنسیت بر فرایند مقابله با استرس بر الگوهای اجتماعی شدن سنتی تأکید می‌شود. نقش جنسیتی زنانه با اشاره به ویژگی‌هایی از قبیل وابستگی، پیوندجویی، آشکارسازی هیجانی، فقدان قاطعیت و وابستگی نیازهای وی به نیازهای دیگران توصیف می‌شود. چنین ویژگی‌هایی پذیرش و بیان احساسات، ضعف و عدم شایستگی و ترس را برای مردان و در مقابل استفاده فعالانه از حل مسئله را برای زنان دشوار یا حتی غیر ممکن می‌سازد. فرضیه اجتماعی شدن می‌تواند تفاوت‌های جنسیتی مشاهده‌شده را در رفتارهای مقابله‌ای تبیین کند (۹).

طبق یافته‌ها، میانگین سبک‌های اجتناب‌مدار و هیجان‌مدار بالاتر از حد متوسط و سبک مسئله‌مدار پایین‌تر از حد متوسط است. در تبیین علت پایین‌تر بودن سبک مقابله مسئله‌مدار می‌توان گفت شرایط خاص و شغل پر استرس پرستاری مانع سازگاری افراد می‌شود؛ به طوری که افراد مستعد داشتن عقاید غیرمنطقی بوده و کمتر قادر به کنترل تکانه‌های خود می‌باشند و بسیار ضعیف‌تر از دیگران با استرس‌کنار می‌آیند. لذا باتوجه به شرایط ویژه پرستاران بدیهی به نظر می‌رسد که آن‌ها برای مقابله با استرس کمتر قادر به استفاده از سبک مسئله‌مدار باشند (۲۴). همچنین میانگین علائم جسمانی، علائم اضطرابی و علائم اجتماعی با نقطه ۶ برش بالاتر از حد متوسط است؛ اما علائم افسردگی پایین‌تر از نقطه ۶ برش می‌باشد. همچنین میانگین سلامت روان پرستاران به میزان ۳۶/۲۰ بالاتر از نقطه ۲۳ برش فرضی می‌باشد. این یافته با پژوهش خاقانی‌زاده مبنی بر بالاتر بودن میانگین سلامت روان پرستاران از نمره ۲۳ همسو است (۱۱) و با یافته نوربالا مبنی بر اینکه علائم اضطرابی و جسمانی نسبت به علائم افسردگی و علائم و اختلال عملکرد اجتماعی شایع‌تر بودند همسو می‌باشد (۲۵). یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش دستگردی ناهمسو است (۲۶). این یافته گویای این است که احتمال ابتلا به اختلالات روانی در نمونه مورد مطالعه زیاد است. بالاترین درصد پاسخ مثبت به سؤالات آزمون مربوط به خوب و سرحال نبودن، عصبی بودن، دلهره و دلشوره ناتوانی در وقت گذاشتن در کارها و احساس ناامیدی و مشکل خواب بوده و کمترین درصد مربوط به فکر اقدام به خودکشی است و این ممکن است به دلیل ماهیت هیجانی و احساسی شغل پرستاران باشد که موجب کاهش قدرت سازگاری، احساس خستگی جسمی و تحلیل منابع هیجانی و عاطفی در پرستاران می‌گردد.

یافته‌ها نشان داد از میان سبک‌های مقابله، فقط سبک مسئله‌مدار و هیجان‌مدار قابلیت پیش‌بینی سلامت روان را دارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمدخانی (۱۲)، شکری (۹)، خسروی (۷)، غضنفری (۱۳)، گودرزی (۱۰)، کدیور (۸) و ثمری (۱۴) مبنی بر اینکه مؤلفه‌های سبک‌های مقابله با سلامت روان ارتباط دارد و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند، همسو است. افرادی که در رویارویی با فشار روش مقابله‌ای مسئله‌مدار و بعد از آن هیجان‌مدار را در پیش می‌گیرند، سلامت روان بیشتر و افرادی که روش‌های اجتناب‌مدار را در پیش می‌گیرند، سلامت روان کمتری خواهند داشت؛ زیرا افرادی که در موقعیت‌های استرس‌زا از سبک‌های مقابله‌ای

6. Weiting NG, Diner E. Feeling bad? The power of positive thinking may not apply to everyone. *J Res Pers.* 2009; 43, 455-463.
7. Khosravi Z. The relationship between mental health, locus of control and coping freshman high school students in Tehran, *Women's Studies.* 2003; 1: 21. [Persian].
8. Kadivar P. Investigate the relationship between family structure and interactions with gender differences in coping with stress and pre-university students. *J Psycho and Edu Sci.* 2004; 34(2): 97-123. [Persian].
9. Shokri O. The role of gender differences in coping with stress and mental health, *Contemporary Psychology.* 2008; 3(1): 51-63. [Persian].
10. Goodarzi M A. Examine the relationship between coping style and mental health in high school students. *Clinic Psychol & Pers.* 2006; 13(19): 23-327. [Persian]
11. Khagani zadeh M. Assessing of mental health level of employed nurses in educational hospitals affiliated to Tehran Medical Sciences University, *J Fundam Ment Health.* 2006; 8: 31, 414-148. [Persian].
12. Mohammad khani Sh. The relationship between emotional intelligence and coping styles and general health. *Res Psycho Health.* 2008; 2. 1. [Persian].
13. Ghazanfari F. Examine the relationship between coping strategies and mental health of residents Khorramabad. *J Fundam of Ment Health.* 2008; 10, 37: 47-54. [Persian].
14. Samari A A. An investigation on supportive resources and coping styles with stressors in university students. *J Fundam of Ment Health.* 2008; 8, 31, 97-107. [Persian].
15. Habibi M, Besharat M A, Gharagozlo F. The comparison of mental health status in physical education teachers and non-physical education teachers based on demographic characteristics, *Develop Mot Learn.* 2009; 1, 93-114. [Persian].
16. Hoseaini A. The role of social support on the mental health of young employees. *Social Development & Welfare Planning.* 2010; 3, 111-144. [Persian].
17. Goldberg D P. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychology Med.* 1979; 9: 139-145.

نتیجه‌گیری

به‌علت حساسیت شغل پرستاران که ارتباط با بیماران و مراقبت از آنان را دربر می‌گیرد غفلت از شناخت و مقابله با استرس‌ها سبب عوارض جبران‌ناپذیری خواهد شد. تداوم حضور یا تشدید عوامل استرس‌زا می‌تواند سبب افت سلامت روان در پرستاران گردد. از طرفی با توجه به مسئولیت سنگین مراقبت از بیمار، هرگونه استرس پرستاران به‌نحوی در جامعه بازتاب خواهد داشت. افزایش قدرت مقابله با عوامل استرس‌زا، کاهش و حذف این عوامل می‌تواند در ایجاد محیطی آرام و افزایش ظرفیت و کارایی پرستاران نقش مؤثری داشته باشد و در صورت عدم شناسایی مطلوب، سبب عدم سلامت روان می‌شود.

پژوهش حاضر به‌دلیل تازگی آن در نمونه‌های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تأییدهای تجربی بیشتر است. تا آن موقع، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند. همین‌طور، نمونه پژوهش (گروهی از پرستاران) و نوع پژوهش (هم‌بستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم‌یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. به‌علاوه، مشکلات و محدودیت‌های مربوط به ابزارهای خودگزارش‌دهی در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی تربیتی دانشگاه کاشان استخراج شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مسئولان دانشگاه و کلیه مدیران و پرستاران بیمارستان امیرالمؤمنین که در این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

منابع

1. Roberts R. The effect of health. *J Amrican College Health.* 1999; 48: 9-103.
2. Kilfedder C. J. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurse,* 2001; 34 (3): 383-96.
3. Gangi H. *General Psychology.* Tehran: Payam Noor University, Arasbaran. 2003. [Persian]
4. Endler N D. Multi-dimensional assessment of coping. a critical evaluation, *J Pers Soc Psychol.* 1990; 54: 466-475.
5. Khodayari fard M. Relationship between stressors and ways of coping with stress symptoms in students. 1st Seminar on Mental Health of Students. 2001. [Persian].

23. Taghavi M R. Study reliability and validity of the general health questionnaire (GHQ-28), J Psycho. 2011; 4, 5: 98-381. [Persian].
24. Simon M. Work-home conflict in the European nursing profession, INT J Occup Environ Health. 2004; 10: 384-391.
25. Noor bala A A. Mental health status of people aged 15 and over in Tehran. J Psychiatry and Clinlc Psycho. 2010; 16(4): 479-483. [Persian].
26. Fayyaz Dastgerdi J. The effect of mental health education on public health in staff at Welfare Organization of Isfahan, Knowledge and Research in Applied Psychology. 2005; 23: 23-28. [Persian].
18. Yaghobi A. Comparison of mental health achievement and academic performance in students with attention deficit disorder and normal students. Edu Psycho. 2010; 6, 16, 147-163. [Persian].
19. Endler NS. Parker J D A. A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. J Clinic Psycho. 1993; 49, 523-527.
20. Weghri A. Study of relationship between self efficacy and coping style with crisis in young couples in University of Tehran, MA thesis, University of Tehran. 2000. [Persian].
21. Piri L. Study of relationship between identity styles, assertive and coping styles, JCP. 2005; 1, 2, 39-54. [Persian].
22. Asadkhani F. The relationship between gender role and ways of coping with stress in married women. MA thesis. Alzahra University.

Investigate the relationship between coping styles and nurse's mental health

Hamid Rahimi^{1*}, Fariborz Sedigh Arfaee², Zeinab Ghodousi³

1. Ph.D in Educational Administration, College of Humanities, University of Kashan, Iran.

2. Ph.D in Psychology, College of Humanities, University of Kashan, Iran.

3. Master of Educational Psychology, College of Humanities, University of Kashan, Iran.

*Corresponding author: dr.hamid.rahimi@gmail.com

Received on: 19/07/2014 Accepted on: 16/11/2015

Abstract

Introduction: Nurse's physical and mental health and their strategies for coping with stress is directly associated with quality of their performance in patient care. Thus purpose of this research was examining the relationship between coping styles and mental health among nurses.

Method: Research type was descriptive - correlative. Statistical population of research included all nurses in hospital that were 114 nurses and were selected as sample. To gather data, two questionnaires were used: standard questionnaire of mental health with 28 items and standard questionnaire of coping styles with 48 items that their reliability through Cronbach alpha coefficient obtained equal with 0.85 and 0.83.

Result: Means of avoidance and emotional styles were higher than average and problem-oriented style lower than average. Mean of physical, anxiety and social symptoms were higher than average but depression symptoms were lower. Also mean of mental health nurses with 36.20 was higher than cut-off point (23). Among the coping styles, only problem-oriented and emotion-oriented styles have the ability to predict mental health.

Conclusion: According to research results, increasing attention is recommended to nurse's mental health through strategies education and appropriate styles for cope with the stress of working environment for nurses.

Keywords: Mental Health, Coping Styles, Nurse, Hospital