

مقایسه استرس ادراک شده و خودناتوان سازی پرستاران در نوبت‌های کاری مختلف

مرضیه طیبی^۱، *مژگان سپاه منصور^۲، معصومه امینی خو^۳

چکیده

مقدمه: پرستاران از جمله شاغلینی هستند که به دلیل حساسیت بالای کارشان در محیط شغلی دچار استرس می‌شوند. همچنین، استرس با خودناتوان‌سازی در ارتباط است. بنابراین هدف این مطالعه مقایسه استرس ادراک شده و خودناتوان‌سازی پرستاران در نوبت‌های مختلف کاری است. **روش بررسی:** شرکت‌کنندگان این پژوهش علی-مقایسه‌ای، ۷۲ نفر از پرستاران (۳۲ نفر نوبت صبح و ۴۰ نفر نوبت عصر و شب) یکی از بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۹۶-۱۳۹۵ بود که از طریق نمونه‌گیری در دسترس و تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران انتخاب شدند. برای بررسی تفاوت بین سه نوبت کاری از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد که بین سه گروه در استرس ادراک شده تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین سه گروه پرستاران نوبت کاری در خودناتوان‌سازی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P=0/001$) به طوری که در خودناتوان‌سازی ادعایی به ترتیب میانگین نوبت صبح، عصر و شب از کم به زیاد بود و در خودناتوان‌سازی رفتاری این میانگین‌ها معکوس بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد استرس ادراک شده در بین پرستاران نوبت‌های مختلف کاری به دلیل حساسیت این کار بالاست. در رابطه با خودناتوان‌سازی نیز به دلیل اینکه حضور متخصصین در شب‌ها در کنار پرستاران کم‌رنگ‌تر می‌شود و پرستاران می‌بایست خود تصمیم‌گیرنده باشند، این ویژگی بیشتر قابل مشاهده است.

کلمات کلیدی: استرس شغلی، خودناتوان‌سازی ادعایی، خودناتوان‌سازی رفتاری، پرستاری، نوبت کاری

مقدمه

ویژگی‌های شغلی و ویژگی‌های روانی به طور دایم در ارتباط متقابل و پویا هستند و یکی از علل اصلی استرس در زندگی افراد شغل و حرفه آنهاست [۱]. استرس شغلی^۱ عوامل و رفتارهای خطرناک برای انسان را تقویت می‌کند و بیماری‌ها را تشدید می‌کند [۲]. استرس شغلی وقتی رخ می‌دهد که انتظاراتی که از فرد می‌رود بیش از توانایی‌هایش باشد [۳]. ویژگی‌های هر شغل از جمله ماهیت، تنوع و اهمیت آزادی عمل در کار و بازخورد از جمله مهمترین عوامل بروز استرس شغلی هستند [۴]. حرفه‌های درمانی از آن جهت که بایستی به نیازهای درمانی بیماران و خانواده آنها به سرعت پاسخ داده شود و هرگونه خطا یا اشتباه ممکن است باعث تهدید حیات بیماران شود، جزء پرسترس‌ترین حرفه‌ها بوده و در این میان شاغلین حرفه پرستاری همواره با استرس‌های شغلی زیادی روبرو هستند [۵، ۶].

آنگرمایر^۲ و همکاران [۷] طبق تحقیقی دریافته‌اند که پرستاران از جمله گروه‌های شاغل هستند که در جریان استرس و مسایل روانی قرار داشته و افسردگی و اضطراب و خستگی^۳، از مشکلات رایج این گروه است. گیائی و همکاران [۸] در مطالعه خود دریافته‌اند که ۷۰/۲۳٪ کادر پرستاری بیمارستان نظامی مورد بررسی آنها دارای سطح استرس متوسط بودند و عوامل روانی، فیزیکی و محیط کار اجتماعی، به ترتیب جزء منابع استرس‌زا در میان پرستاران بود. اسمیت و کولمن^۴ [۹] معتقدند که پرستاران در محیط کاری خود استرس و فشار زیادی تجربه می‌کنند که می‌تواند بر خلق و خوی آنان تأثیر گذاشته و آنان را دچار افسردگی کند. ملکوتی و همکاران [۱۰] طی تحقیقی مشخص نمودند که میزان استرس با افسردگی و اضطراب در بین کارکنان بیمارستان‌ها و نیز در گروه‌های

درمانی و اداری همبستگی مثبت دارد و ارتباط آن با افسردگی و اضطراب معنی‌دار است. موسسه بهداشت و ایمنی حرفه‌ای که ارتباط بین وقوع بیماری‌های روانی و استرس شغلی را بررسی نموده است، گزارش می‌کند که در بین ۱۳۰ حرفه مورد مطالعه، پرستاران رتبه ۲۷ را در میزان پذیرش مشکلات روانی حرفه‌ای، به خود اختصاص داده‌اند و انجمن ملی ایمنی حرفه‌ای ایالات متحده، پرستاری را در رأس ۴۰ حرفه با استرس بالا معرفی کرده است [۱۱].

استرس هنگامی رخ می‌دهد که تقاضاهای محیطی بیش از منابع فرد برای سازگاری باشد. استرس را می‌توان به عنوان عامل فیزیکی، شیمیایی یا هیجانی که می‌تواند ناشی از تغییر در جسم یا روان باشد، تعریف کرد. قرار گرفتن در معرض استرس، بخش اجتناب‌ناپذیری از زندگی روزمره است و برخی استرس‌ها تأثیر مثبتی بر افزایش برانگیختگی دارند که بدن را برای فعالیت آماده می‌کند، از سوی دیگر قرار گرفتن در معرض استرس می‌تواند مضر باشد.

سازه استرس ادراک شده^۵ از مفهوم استرس لازاروس و فولکمن^۶ [۱۲]، به عنوان ارزیابی شناختی یک فرد از وقایع منفی زندگی ناشی شده است. استرس ادراک شده به عنوان درجه‌ای که موقعیت‌ها در زندگی فرد به عنوان استرس‌زا ارزیابی می‌شود، تعریف شده است [۱۳]. استرس ادراک شده سه مؤلفه دارد، از یک سو، درخواست‌هایی که از فرد صورت می‌گیرد، از سوی دیگر نوع احساس تهدیدی که به فرد دست می‌دهد و نهایتاً واکنش فرد به آن درخواست‌ها. براساس این تعریف، درخواست را می‌توان منبع استرس تلقی کرد. بر این اساس، امکانات فرد در برابر این درخواست‌ها قرار می‌گیرد که نوع واکنش فرد را مشخص می‌کند [۱۴]. مطالعات نشان می‌دهد که عوامل استرس‌زای متعددی در محیط کار پرستاران وجود دارد که می‌توان به حجم کاری زیاد، کمبود نیرو، آزادی

1. Job stress
2. Angermeyer
3. Burnout
4. Smith & Coleman

5. Perceived Stress
6. Lazarus & Folkman

یادگیری مهارت‌های جدید، و دلسرد نشدن از شکست افزایش دهند [۱۷].

خودناتوان‌سازی می‌تواند به دو صورت رفتاری^۳ و ادعا شده^۴ باشد. خودناتوان‌سازی رفتاری عبارت است از انجام و یا عدم انجام کاری به منظور عذرتراشی، و خودناتوان‌سازی ادعا شده، تلاش کلامی برای توجیه دیگران در مورد دلایل شکست است به نحوی که فرد، مورد سؤال و سرزنش قرار نگیرد. تلاش ناکافی و مصرف دارویی، که روی عملکرد فرد تأثیر بد دارد، از دیگر شکل‌های رفتاری خودناتوان‌سازی است [۱۸].

روان‌شناسان بیشتر بر این عقیده‌اند که به کارگیری راهبردهای مقابله با خودناتوان‌سازی به انگیزش صیانت نفس و تعالی خود منتهی می‌شود [۱۹]. سایر راهبردهای خودناتوان‌سازی عبارتند از: نسبت دادن عملکرد ضعیف به مشکلات جسمی و علائم بدنی، چاقی، بدخلقی و تجارب آسیب‌زای گذشته. نتایج مطالعه آنان نشان داد که در موقعیت‌های استرس‌زا انتظار می‌رود افراد خودناتوان‌ساز بر جنبه‌های منفی موقعیت متمرکز شوند [۲۰].

پژوهشگران دریافته‌اند دانشجویانی که از راهبردهای خودناتوان‌سازی بیشتر استفاده می‌کنند، هیجانات منفی بیشتری در آنها دیده شده و از طریق کناره‌گیری از مسائل به مقابله با فشار روانی می‌پردازند. از این‌رو خلق منفی عاملی پایه‌ای در خودناتوان‌سازی است [۲۱]. رودوال و فیدفیلد^۵ در رابطه با خودناتوان‌سازی نشان دادند که آزمودنی‌هایی که از خودناتوان‌سازی استفاده می‌کردند و انتظار داشتند آزمون دشواری از آنها به عمل آید، در آزمون تلاش کمتری انجام دادند و عملکرد ضعیفی از خود نشان دادند. مطالعه دوم نشان داد که خودناتوان‌سازی مستقل از عزت نفس روی عملکرد اثر می‌گذارد. افزون بر آن، آزمودنی‌هایی که انتظار آزمون دشواری را داشتند نسبت به سایر آزمودنی‌ها در حین انجام آزمون،

عمل پایین، مرگ بیماران، اختلال در خواب، ساعات کار طولانی، مواجهه با درد و رنج بیماران، نوبت‌های کاری، دیدن صحنه‌های ناخوشایند در مداخلات درمانی و اقدامات مراقبتی، و تضاد و ابهام در نقش و وظایف اشاره نمود [۱۵].

دومین متغیر مورد بررسی در این مطالعه خودناتوان‌سازی^۱ است. تقریباً در طول دو دهه پیش برگلاس، جونز^۲ و همکارانش نظر دادند که برخی افراد تلاش دارند تا شرایط رفتار خود را به نحوی تنظیم کنند که در صورت داشتن عملکرد ضعیف، این شرایط را به عنوان علت عملکرد ضعیف خود اعلام نمایند. به عبارت دیگر، افراد، مجموعه‌ای از راهبردها را به کار می‌گیرند تا به عنوان قربانیان شرایط - و نه ناتوان - نگریسته شوند. برگلاس و جونز [۱۶]، این راهبردها را خودناتوان‌سازی نامیدند زیرا استفاده از آنها ممکن است به تضعیف عملکرد بیانجامد. به نظر برگلاس و جونز، خودناتوان‌سازی عبارت است از هر عمل یا زمینه عملی که فرد امکان می‌دهد تا شکست را به عوامل بیرونی (بهانه) و موفقیت را به (منظور کسب افتخار) به عوامل درونی نسبت دهد [۱۷].

خودناتوان‌سازی بیشتر در مورد وضعیت‌هایی که در آن احتمال موفقیت کمتر باشد به کار گرفته می‌شود. افرادی که از راهبردهای خودناتوان‌سازی استفاده می‌کنند، اعتماد زیادی به توانایی خود برای موفق شدن ندارند و احساس می‌کنند که استعدادایشان «همان است که دارند» و نمی‌توانند کار زیادی به منظور ارتقاء صلاحیت خود انجام دهند. به همین دلیل افرادی که از خودناتوان‌سازی استفاده می‌کنند تلاش‌های خود را بر اجتناب از شکست متمرکز می‌کنند. هنگامی که آنان کاری را درست انجام می‌دهند، فرض این افراد این است که به دلیل آسان بودن، آن کار را درست انجام داده‌اند. این نگرش، از غرور داشتن در مورد عملکردشان جلوگیری می‌کند. خودناتوان‌سازها متوجه این احتمال نیستند که می‌توانند شانس موفقیت خود را با

3. behavioral
4. Self-reported
5. Rhodewalt, Fairfield

1. self-handicapping
2. Berglas & Jonz

جدول ۱- توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان بر اساس نوبت کاری

نوبت	فراوانی	درصد
صبح	۳۲	۴۴/۴
عصر	۲۰	۲۷/۸
شب	۲۰	۲۷/۸
کل	۷۲	۱۰۰

پرسشنامه استرس ادراک شده^۱ که در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کامارک و مرملستین^۲ [۲۴] تهیه شده است، استفاده شد. این پرسشنامه افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد.

این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربردهای فراوانی داشته و هنجاریابی شده است. در این مجموعه نسخه ۱۴ ماده‌ای آن ارائه می‌شود. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت است. در این مطالعه مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

مقیاس خودناتوان‌سازی^۳ توسط جونز و رودوالد برای اندازه‌گیری خودناتوان‌سازی تهیه و تنظیم شده است. این مقیاس مشتمل بر ۲۵ ماده است. پاسخ به پرسش‌ها در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۵ تنظیم شده است.

این ابزار توسط حیدری و همکارانش روی یک نمونه ۶۵۰ نفری از دانشجویان کارشناسی دانشگاه‌های سراسری ایران اجرا شده و روایی‌سازه این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است. مقدار اعتبار کل آزمون در مطالعه آنها برابر با ۰/۷۹ بوده است. در این مطالعه پایایی از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج به دست آمده نشان داد که مقدار پایایی در خود ناتوان‌سازی ادعایی و رفتاری به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ است.

حواس‌پرتی شناختی بیشتری را تجربه کردند [۲۲].

در همین راستا لازم به ذکر است که افراد در گروه‌های مختلفی که در بیمارستان مشغول به کار هستند ممکن است استرس‌های متفاوتی را تجربه کنند، برای مثال افرادی که در بخش اورژانس یا مراقبت‌های ویژه و دیگر نقاط بیمارستان مشغول به کار هستند ممکن است این استرس را متفاوت تجربه کنند و همچنین از نظر خودناتوان‌سازی متفاوت باشند [۲۳]. همچنین طبق بررسی‌های صورت گرفته، پژوهشی در این زمینه که استرس و خودناتوان‌سازی را بر روی نمونه‌های بیمارستانی به خصوص پرستاران بررسی کرده باشد، یافت نشد و خلاء پژوهشی در این زمینه حس می‌شود. از طرف دیگر با انجام چنین پژوهشی می‌توان به پرستارانی که دارای استرس شغلی و خودناتوان‌سازی بیشتری هستند، مداخلات مختلفی را ارائه کرد. به همین دلیل در این مطالعه هدف این بود که تفاوت میزان استرس ادراک شده و خودناتوان‌سازی بین پرستاران در نوبت‌های مختلف کاری مورد ارزیابی قرار گیرد.

روش بررسی

پژوهش حاضر پژوهشی علی-مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش حاضر، پرستاران یکی از بیمارستان‌های نظامی شهر تهران در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ بود. شرکت‌کنندگان این مطالعه به صورت در دسترس انتخاب شدند. در این بیمارستان ۵۰۰ نفر پرستار مشغول به کار بودند و تقسیم‌بندی آنان به صورت زن و مرد هم به این صورت است که تقریباً ۲۵۰ نیروی پرستار زن و ۲۵۰ نفر پرستار مرد آماده فعالیت بودند.

تعداد ۷۲ نفر از آنها با استفاده از فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه و همچنین با در نظر گرفتن محیط بیمارستانی انتخاب شدند، که ۳۲ نفر از آنها در نوبت صبح و حدود ۴۰ نفر دیگر در نوبت عصر و شب مشغول به کار بودند (جدول ۱).

در این مطالعه برای سنجش استرس ادراک شده از

1. A global measure of perceived stress
2. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein
3. The self-handicapping scale

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی و توزیع داده‌ها در استرس ادراک شده و نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

متغیر	نوبت کاری	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	آماره	درجه آزادی	مقدار p
استرس ادراک شده	صبح	۱۸/۹۴	۴/۷۸	-۰/۲۵	-۰/۴۸	-۰/۸۸	۳۲	۰/۱۲
	عصر	۱۹/۳۰	۴/۶۴	-۰/۲۵	-۰/۶۶	-۰/۶۹	۲۰	۰/۲۰
	شب	۱۸/۰۴	۴/۸۷	-۱/۵۵	۱/۲۲	-۰/۹۸	۲۰	۰/۱۷
خودناتوان‌سازی ادعایی	صبح	۱۵/۹۴	۵/۴۵	-۰/۲۵	-۰/۵۰	-۰/۱۴	۳۲	۰/۱۲
	عصر	۲۰/۳۰	۴/۶۴	-۰/۳۹	-۰/۱۴	-۰/۱۱	۲۰	۰/۲۰
	شب	۲۴/۰۴	۴/۹۶	-۱/۴۱	۱/۲۶	-۰/۱۶	۲۰	۰/۱۷
رفتاری	صبح	۲۲/۴۶	۵/۸۸	-۰/۲۳	-۰/۸۰	-۰/۰۹	۳۲	۰/۲۰
	عصر	۱۸/۸۰	۴/۰۵	-۰/۳۱	-۰/۵۳	-۰/۱۱	۲۰	۰/۲۰
	شب	۱۴/۶۴	۴/۹۰	-۰/۵۲	-۰/۱۵	-۰/۱۵	۲۰	۰/۰۱

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه و همگنی واریانس لوین در بین سه گروه پرستاران نوبت صبح، عصر و شب در استرس ادراک شده

منبع اثر	SS	df	MS	F	مقدار p	اندازه اثر (Levene)	F	مقدار p
بین گروهی	۲۸۰/۹۷	۲	۱۴۰/۵۰	۰/۴۲	۰/۸۸	۱/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸
درون گروهی	۲۳۰۹۴۸/۸۲	۷۰	۳۲۹۹/۲۷					
کل	۲۳۱۲۲۹/۷۹	۱۵۰						

نشان داد که بین سه گروه تفاوت معنی‌داری در واریانس استرس ادراک شده وجود ندارد، بدین معنی که هر سه گروه از نظر پراکندگی یکسان هستند و مفروضه همگنی برقرار است. پس از بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، نتایج به دست آمده از تفاوت بین سه گروه نشان داد که بین سه نوبت کاری صبح، عصر و شب تفاوت معنی‌داری در استرس ادراک شده وجود ندارد. بدین معنی که هر سه گروه، استرس بالایی را تجربه می‌کنند (جدول ۳).

همچنین نتایج آزمون همگنی واریانس لوین نشان داد که بین واریانس گروه‌ها در خودناتوان‌سازی ادعایی و رفتاری تفاوتی وجود ندارد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری این آزمون، از طریق چهار شاخص پیگیری شد. نتایج آماره چند متغیری لامبدای ویلکز نشان داد بین سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد (جدول ۴). برای بررسی این که تفاوت در کدام مؤلفه خودناتوان‌سازی بوده، از تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد (جدول ۵). پس از معنی‌دار شدن نتایج تحلیل واریانس چند متغیری، نتایج تحلیل واریانس تک متغیری نشان داد بین سه گروه در مؤلفه‌های خودناتوان‌سازی ادعایی و خودناتوان‌سازی رفتاری تفاوت وجود دارد.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت بین سه گروه شرکت کننده در مؤلفه‌های خودناتوان‌سازی

ارزش	F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	مقدار p	اندازه اثر
۰/۸۰	۵/۸۴۸	۳۰	۲۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰
۰/۲۵	۸/۷۰	۳۰	۲۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰
۲/۸۱	۱۲/۰۹۱	۳۰	۲۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸
۲/۷۳۷	۲۳/۹۰	۱۵	۱۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳

شیوه اجرا بدین صورت بود که پس از کسب مجوز از دانشگاه و هماهنگی با بیمارستان با توجه به ملاک‌های انتخاب، سه مقیاس این مطالعه را به صورت تصادفی در طول روز در اختیار شرکت کنندگان قرار دادیم. در حین پرکردن به هیچ سوالی پاسخ داده نشد. همچنین آزمون در اتاقی انجام شد که در آن هیچ ارتباطی با دیگران وجود نداشت. علاوه بر آن، کسانی که تمایلی به همکاری نداشتند در مطالعه شرکت نکردند. در آخر از آنها به صورت زبانی تشکر و قدردانی شد. برای بررسی تفاوت بین سه گروه در استرس ادراک شده از تحلیل واریانس یک طرفه و برای بررسی تفاوت بین سه گروه در خودناتوان‌سازی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ انجام پذیرفت.

یافته‌ها

میانگین پرستاران در استرس ادراک شده به میزان بالایی بود، همچنین میانگین‌های به دست آمده از سه گروه، تفاوت زیادی با یکدیگر نداشت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است. بررسی شاخص‌های توزیع (کجی و کشیدگی) نیز این عدم تفاوت بین توزیع داده‌ها و توزیع نرمال را تأیید کرد (جدول ۲).

مفروضه بعدی، همگنی واریانس بود. نتایج آزمون لوین

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس تک متغیری و همگنی واریانس لوین در بین مؤلفه‌های خودناتوان‌سازی بین پرستاران سه نوبت کاری

منبع اثر	متغیر	SS	df	MS	F	مقدار p	اندازه اثر	F (Levene)	مقدار p
گروه	خود ناتوان سازی ادعایی	۲۹۹/۷۹	۲	۱۴۹/۹۰	۵/۵۸	۰/۰۰	۰/۰۷	۱/۰۵	۰/۳۵
	خود ناتوان سازی رفتاری	۶۱۸/۲۶	۲	۳۰۹/۱۳	۱۵/۵۴	۰/۰۰	۰/۱۸	۲/۱۰	۰/۱۳
خطا	خود ناتوان سازی ادعایی	۲۴۵/۹۷	۷۰	۳۵/۰۳					
	خود ناتوان سازی رفتاری	۲۴۶۱/۷۹	۷۰	۳۵۱/۱۰					

جدول ۶- مقایسه بین سه گروه پرستاران در سه نوبت کاری صبح، عصر و شب

متغیر	مقایسه	اختلاف میانگین	خطای برآورد	مقدار p	حد پایین حد بالا
خود ناتوان سازی ادعایی	صبح با عصر	۲/۷۸۲۵*	۰/۹۰	۰/۰۰۱	-۴/۵۶ -۱/۰۰
	صبح با شب	۴/۹۸۵۳*	۰/۹۰	۰/۰۰۱	-۶/۷۶ -۳/۲۱
	عصر با شب	۲/۲۰۲۸*	۰/۹۱	۰/۰۰۱	-۳/۹۹ -۰/۴۱
خود ناتوان سازی رفتاری	صبح با عصر	۴/۳۳۳۳*	۱/۰۲	۰/۰۰۱	-۶/۴۰ -۲/۳۵
	صبح با شب	۷/۵۰۹۴*	۱/۰۲	۰/۰۰۱	-۹/۵۲ -۵/۵۰
	عصر با شب	۳/۱۳۶۱*	۱/۰۳	۰/۰۰۱	-۵/۱۷ -۱/۱۰

برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج به دست آمده از تفاوت بین گروه‌ها حاکی از این بود که میانگین خودناتوان‌سازی ادعایی به ترتیب در نوبت صبح، عصر و شب از کم به زیاد است و بالعکس در خودناتوان‌سازی رفتاری، میانگین این سه گروه پرستاران از زیاد به کم مرتب شده است (جدول ۶).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه بررسی تفاوت بین استرس ادراک شده و خودناتوان‌سازی پرستاران در سه نوبت کاری (صبح، عصر و شب) بود. نتایج به دست آمده از تفاوت بین سه گروه نشان داد که بین سه نوبت کاری صبح، عصر و شب تفاوت معنی‌داری در استرس ادراک شده وجود ندارد. بدین معنی که هر سه گروه استرس بالایی را تجربه می‌کنند.

در مطالعه‌ای که صفایی و شگری [۲۵] انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین پرستاران عادی و ویژه تفاوت معنی‌داری در استرس وجود ندارد، به عبارتی هر دو گروه به یک میزان استرس را تجربه می‌کنند. در مطالعه‌ای دیگر که سلیمانی در سال ۱۳۹۲ انجام داده بود [۲۶] به این نتیجه رسید که پرستاران با توجه به نوع شغل و محیط کاری خود، به دلیل برخورد با افراد مختلف، فرهنگ‌های مختلف بیماران، ساعات کاری طولانی و خسته‌کننده بودن آن و فشارهای خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی در طول ساعات کاری خود، استرس و افسردگی را تجربه می‌کنند.

همچنین صداقت در سال ۱۳۸۷ در پژوهشی نشان داد که استرس‌های وارد شده به پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه و بخش عادی فراتر از افراد عادی است و به دلیل استرس‌های محیطی تحت فشار بالای استرس قرار می‌گیرند [۲۷]. عرفانی

در مطالعه‌ای دیگر بیان می‌کند که در حالت کلی پرستاران سطح بالاتری از استرس را نسبت به افراد عادی جامعه تجربه می‌کنند. دلیل عدم تفاوت در میزان شدت استرس در پرستاران نوبت‌های مختلف کاری شاید بدین دلیل است که آنها به صورت چرخشی کار کرده و از آنجایی که تعدادی از پرستاران به خصوص پرستاران مرد به دلیل کمبود نیرو از بخش‌های عادی به بخش‌های ویژه جابجا می‌شوند، در نتیجه هر دو نوع استرس نوبت‌های مختلف کاری را تجربه می‌کنند. یافته‌های این مطالعه با پژوهش عبدی در سال ۱۳۹۳ و فرضی و بردبار در سال ۱۳۹۲ همسو است. بین استرس ادراک شده مثبت با اجتناب شناختی، جستجوی پاسخ‌های اجتنابی و کناره‌گیری، همبستگی منفی و بین استرس ادراک شده منفی با اجتناب شناختی و کناره‌گیری همبستگی مثبت و معنی‌دار به دست آمد. در یک تعریف مناسب از استرس، باید تعامل بین عوامل ایجادکننده فشار خارجی و پاسخ‌های جسمانی و روان‌شناختی را در نظر گرفت و این تعامل نه ساده است و نه قابل پیشگویی، چون از شخصی به شخص دیگر و از روزی به روز دیگر تغییر می‌کند. شدت استرس ادراک شده به باور فرد در زمینه میزان جدی بودن استرس اشاره دارد. به احتمال زیاد، فرد زمانی اقدام به اتخاذ راهبردهای مقابله خاص می‌کند که از تأثیرات فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی منفی ناشی از استرس و پیامدهای مهم آن اطلاع پیدا کند.

در رابطه با خودناتوان‌سازی، نتایج به دست آمده از تفاوت بین گروه‌ها حاکی از این بود که میانگین خودناتوان‌سازی ادعایی به ترتیب در نوبت صبح، عصر و شب از کم به زیاد است و بالعکس در خودناتوان‌سازی رفتاری میانگین این سه گروه پرستاران از زیاد به کم است. این نتایج با پژوهش رودوال و فیدفیلد [۱۹] و دهقانی در سال ۱۳۹۱ همسو است و محققان به این نتیجه رسیدند که افرادی که از خودناتوان‌سازی استفاده می‌کنند، در شرایط مذکور کمتر تلاش می‌کنند و مطالعه دوم در پژوهش رودوال و فیدفیلد نشان داد که خودناتوان‌سازی به صورت مستقل از عزت نفس روی عملکرد

اثر می‌گذارد.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت که وقتی حضور متخصصین در کنار پرستاران کمرنگ‌تر می‌شود و پرستاران می‌بایست خود تصمیم‌گیرنده باشند، بنابراین در صورت شکست مشکلات پیش آمده را به عوامل بیرونی منتسب می‌کنند. به همین دلیل در شب‌ها که حضور متخصصین کمتر است این ویژگی بیشتر قابل مشاهده است. راهبردهای خودناتوان‌سازی، آن شرایط پیش‌آیندی هستند که افراد به این امید فراهم می‌سازند که جانشین عواملی شوند که در آینده ممکن است شایستگی آنان را مورد تردید قرار دهد. آرمانی آن است که افراد این شرایط را در عوامل بیرونی و نه در عوامل درونی جستجو کنند.

مدیران می‌توانند با کاهش فشار کاری به وسیله تنظیم ساعات کاری براساس شرایط و روحیات پرستاران و برگزاری دوره‌های مدیریت استرس و مشاوره‌های دوره‌ای و همچنین گزینش پرستاران براساس عواملی مانند ویژگی‌های شخصیتی، سن و کمال‌گرایی به کاهش استرس کمک کنند. همچنین با انجام مشاوره‌های روان‌شناختی و آموزش در مورد خودناتوان‌سازی می‌توانند به پرستاران در بهتر شدن کیفیت خدماتشان کمک کنند.

تشکر و قدردانی

در پایان از همه پرستارانی که پژوهشگر را در انجام این مطالعه همراهی نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Nazari F, Mirzamohamadi M, Yousefi H. The effect of massage therapy on occupational stress of intensive care unit nurses. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2015; 20(4):508-515.
2. Khodae Ataloo N. The relationship between job stress and cardiovascular diseases in military personnel. *Ebnesina*. 2016; 18(3):65-67. [Persian]
3. Farsi Z, Nazari S, Jafarkhani M, Safavi M. Investigation of the relationship between occupational stress and problem-oriented coping style among military personnel with acute coronary syndrome. *Ebnesina*. 2017; 18(4):4-10. [Persian]
4. Vaezfar SS, Azadi MM, Akbari Balootbangan A, Rahimi M. The role of coping styles and self-efficacy in nurses job stress in hospital. *Iranian journal of psychiatric nursing*. 2014; 2(2):22-32. [Persian]
5. Rostami H, Rahmani A. Correlation between nurses' occupational stress and professional communications between nurses and physicians. *Journal of education and ethics in nursing*. 2014; 3(3):31-38. [Persian]
6. Moein M, Adib Hajbaghery M. Comparison of occupational stress among female nurses and female members of the medical group in chosen training hospitals in Isfahan. *Iranian journal of psychiatric nursing*. 2015; 3(2):1-10. [Persian]
7. Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, Dietrich S, Kopf A. Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses. *Archives of psychiatric nursing*. 2006; 20(4):158-165.
8. Ghiasi AR, Ghaffari M, Shabinejad M, Soltani Poorsheikh S, Barkhordar A, Davari M. A study of occupational stressors among the nurses in a military hospital. *Ebnesina*. 2017; 19(1):4-11. [Persian]
9. Smith L, Coleman V. Student nurse transition from traditional to problem-based learning. *Learning in health and social care*. 2008; 7(2):114-123.
10. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. Validation of geriatric depression scale (GDS-15) in Iran. *Research in medicine*. 2006; 30(4):361-368. [Persian]
11. Narimani M, Salehi M, Kazemi N. The effectiveness of dialectical behavior therapy on stress reduction and increasing self-efficacy among nurses. *Journal of health and care*. 2016; 17(4):270-280. [Persian]
12. Lazarus RS, Folkman S. *Manual for the Hassles and uplifts scales*. California: Consulting Psychologists Press; 1989.

13. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International journal of stress management*. 2005; 12(2):164-176.
14. Ramírez MT, Hernández RL. Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish journal of psychology*. 2007; 10(1):199-206.
15. Ghanei R, Valiei S, Rezaei M, Rezaei K. The relationship between personality characteristics and nursing occupational stress. *Iranian journal of psychiatric nursing*. 2013; 1(3):27-34. [Persian]
16. Berglas S, Jones EE. Drug choice as a self-handicapping strategy in response to noncontingent success. *Journal of personality and social psychology*. 1978; 36(4):405-417.
17. Fatehizade M, Reisi F, Emami T, Jazayeri R. Relationship between educational self-handicapping and personality characteristics of males and females student in Esfahan. *Journal of applied psychology*. 2008; 2(2-3):491-503. [Persian]
18. Akin A. Self-handicapping and burnout. *Psychological reports*. 2012; 110(1):187-196.
19. Rhodewalt F, Saltzman AT, Wittmer J. Self-handicapping among competitive athletes: the role of practice in self-esteem protection. *Basic and applied social psychology*. 1984; 5(3):197-209.
20. Sadaty F. The role of intermediate self-sufficiency in the relationship between the dimensions of personality and academic proclivity. *Tarbiat Moalem University - Tehran - Faculty of Psychology and Educational Sciences*. 2011. [Persian]
21. Tice DM. Esteem protection or enhancement? Self-handicapping motives and attributions differ by trait self-esteem. *Journal of personality and social psychology*. 1991; 60(5):711-725.
22. Rhodewalt F, Fairfield M. Claimed self-handicaps and the self-handicapper: the relation of reduction in intended effort to performance. *Journal of research in personality*. 1991; 25(4):402-417.
23. Moustaka E, Constantinidis TC. Sources and effects of Work-related stress in nursing. *Health science journal*. 2010; 4(4):210-216.
24. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983; 24(4):385-396.
25. Safaei M, Shokri O. Assessing stress in cancer patients: factorial validity of the perceived stress scale in Iran. *Iranian journal of psychiatric nursing*. 2014; 2(1):13-22. [Persian]
26. Soleimani R, Shokrogozar S, Kianmehr S, Fallahi M, Pakdaman M. Comparison of mental health and burn out in medical staff of Rasht Shafa and Heshmat Hospitals. *Research in medical education*. 2016; 7(4):20-30. [Persian]
27. Hassani M, Sedaqat R, Kazemzadehbeytali M. Correlation between the ethical climate, job stress and job satisfaction in nurses. *Medical ethics journal*. 2017; 11(40):63-71. [Persian]

Comparison of perceived stress and self-handicapping of nurses in different shift work schedules

Tayebi M¹, *Sepah Mansour M², Amini Kho M³

Abstract

Background: Nurses are among those who are stressed due to their high sensitivity job in the workplace. In addition, stress is associated with self-handicapping. Therefore, the purpose of this study was to compare the perceived stress and self-handicapping of nurses in various work shifts.

Materials and methods: Participants of this causal-comparative study were 72 nurses (32 morning shifts and 40 evening and night shifts) in one of hospitals in Tehran city during 2016-2017 that were selected by available sampling process. Determination of sample size was performed using Cochran's formula. One-way analysis of variance was used to assess the difference between the three shifts.

Results: The results showed that there was no significant difference between the three groups in perceived stress. The results of multivariate analysis of variance showed that there is a significant difference between the three groups of nurses ($p=0.001$), so that in the claimed self-handicapping, the means of alteration changed from low- to high- values respectively in the morning to night shifts and, reversely, it was from high- to low- values in behavioral self-handicapping.

Conclusion: Perceived stress among nurses seems to be high due to the sensitivity of this work. In the context of self-handicapping, as the nurses should be decision-makers due to reduced access to specialists at nights, this feature is bolder.

Keywords: Occupational Stress, Behavioral Self-Handicapping; Claimed Self-Handicapping, Nursing, Shift Work Schedule

1. PhD in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran south branch, Tehran, Iran

2. Associate professor, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran (*Corresponding Author)
drsepahmansour@yahoo.com

3. MSc in Educational Psychology, Islamic Azad University, Tehran south branch, Tehran, Iran