

مقایسه سلامت عمومی، منبع کنترل، انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی در پزشکان زن و مرد

مریم اصفهانی اصل^{*}
منیره مهدی پور^{**}

چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه سلامت روان، منبع کنترل، انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی در پزشکان زن و مرد ناحیه شمال خوزستان بود. جامعه مورد بررسی شامل کلیه پزشکان عمومی زن و مرد شمال خوزستان بود که از این میان تعداد ۲۰۰ نفر به صورت نمونه گیری تصادفی طبقه ای به عنوان نمونه انتخاب شدند که با تکمیل چهار پرسشنامه سلامت عمومی «GHQ ۲۸»، «منبع کنترل راتر»، «انگیزه پیشرفت»، و «مقیاس GSE» در پژوهش شرکت کردند. نوع مطالعه این پژوهش علی - مقایسه ای بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری «تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA» استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش $p=0/05$ می‌باشد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد، سلامت روان و منبع کنترل در بین پزشکان زن و مرد تفاوت معناداری ندارد اما انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی در بین پزشکان زن و مرد تفاوت معنی داری وجود دارد و سطح انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی در مردان پزشک به طور مشخصی از زنان پزشک بالاتر بود.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، منبع کنترل، انگیزه پیشرفت، خوداثربخشی

*عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیشک
**دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس (نویسنده مسئول)

مقدمه

پیشرفت‌های علمی و تکنولوژی در سالهای اخیر، انسان‌ها را با انبوهی فزاینده از مسائل گوناگون مواجه ساخته است. کار، تحصیل و فشارهای روانی-اجتماعی از جمله مسائلی هستند که اغلب انسانها در سنین جوانی و حتی بالاتر با آن مواجه هستند و به نوعی این مسائل با زندگی آنها آمیخته است و به نوعی این فشارهای روانی، سلامت روان همه‌ی افراد را تهدید می‌کند. مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی^۱ و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی می‌باشد. البته با در نظر گرفتن تفاوهای بین فرهنگها ارائه تعریف جامع از سلامت روان غیر ممکن می‌نماید. با وجود این بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روان نیز مانند سلامت جسم حائز اهمیت است (عباس زاده و دیگران، ۱۳۸۲). یکی دیگر از مسایل مهم در برخورد با فشارها و مشکلات، مبحث منبع کنترل می‌باشد. روانشناسان در دهه‌های اخیر، در بررسی بسیاری از اختلالات روانی و ناتوانی افراد، در تحلیل صحیح و مناسب از خود و موقعیت خویش، اعتقاد دارند که عدم احساس کنترل و کفایت شخصی جهت رویارویی با موقعیت خویش در رویارویی با موقعیت‌های دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب، ریشه دارد. از جمله عوامل بسیار مهم فردی که به آن پرداخته شده است، درک از منبع کنترل می‌باشد. با توجه به الگوی درک از منبع کنترل فرد، تأثیر تقویت بر فرد قابل پیش بینی می‌باشد. به بیان دیگر فرد با توجه به نوع درک از منبع کنترل خود دریافت پاداش را وابسته یا غیر وابسته به عملکرد خویش می‌داند (اشمیت^۲ و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از یاریاری، مرادی و یحیی زاده، ۱۳۸۶). داشتن درک از منبع کنترل داخلی با این باور همراه است که دستاوردهای فرد در زندگی ناشی از تلاش فردی می‌باشد، در حالی که شخصی که درک از منبع کنترل خارجی دارد، دستاوردهایش را تحت کنترل نیروهای خارجی می‌داند (پروین و جان^۳، ۲۰۰۱).

اما «نیاز به پیشرفت»^۴ انگیزه‌ای است برای انجام دادن کارها و موفق شدن در انجام وظایف. مردمانی که نیاز به پیشرفت در آنها زیاد است، ترجیح می‌دهند به کارهای نسبتاً چالش‌انگیز و مخاطره آمیز که احتمال موفقیت در آنها وجود دارد، دست بزنند و تکالیفی را انجام دهند که با عملکرد دیگران قابل مقایسه باشد. آنان در کار خود ثابت قدمند، وقتیکه موفق شدند، کارهای مبارزه جویانه تری را جستجو می‌کنند و دوست دارند در موقعیت‌هایی کار کنند که بر نتیجه آن، تا اندازه‌ای کنترل داشته باشند. یکی دیگر از موضوعات مهم در بحث سلامت روان احساس کفایت و ارزشمندی شخصی است. نیازهای محرک و کاوش ممکن است به عنوان کوشش‌هایی در نظر گرفته شوند که با شایستگی سرو کار داشتن با محیط مربوط می‌شوند. انگیزشی که در پس این فعالیت‌های شایستگی قرار دارد، انگیزش «اثربخشی» نام

1. Intergenerational dependence

2. Eschmit

3. Pervin & Jann

4. need to achievement

دارد. یک‌انگیزش عمومی که به هنگام تعامل با محیط به نحو شایسته و مؤثر عمل می‌کند (وایت، ۱۹۹۰، به نقل از مهدی پور، ۱۳۸۶) انگیزش اثربخشی در رفتار آدمی نقش مهمی ایفا می‌کند به همین نسبت نیز سلامت روان، از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار نقش حیاتی دارد (صفری و فتاح زاده، ۱۳۸۳).

پژوهش‌های گوناگونی در چند سال اخیر در داخل و خارج از کشورمان در این خصوص صورت گرفته است که به نمونه‌ای از این پژوهش‌ها اشاره می‌گردد. از جمله بایرودی در سال ۱۳۸۳ در پژوهشی نشان داد رابطه معنی‌داری بین منبع کنترل و سلامت عمومی وجود ندارد. ضریب همبستگی دو به دو متغیرهای ملاک با متغیر پیش بین نشان داد که بین منبع کنترل با سلامت عمومی و مقیاسهای افسردگی و اضطراب رابطه معنی‌داری وجود ندارد. ساسان فرد نیز در سال ۱۳۸۵ در پژوهشی نشان داد، افراد دارای منبع کنترل درونی از انگیزش پیشرفت بالاتری برخوردارند. افراد با منبع کنترل درونی موفقیت را به عوامل درونی اسناد می‌دهند، اما هم درونی‌ها هم بیرونی‌ها شکست را به عوامل بیرونی اسناد می‌دهند.

افراد با منبع کنترل درونی انتظار پیشرفت بالاتری دارند و بین افراد دو گروه (منبع کنترل درونی و منبع کنترل بیرونی) از لحاظ پشتکار در کارها تفاوتی مشاهده نشد. همچنین در سال ۱۳۸۵ نیز یاری، مرادی و یحیی زاده در پژوهشی رابطه بین منبع کنترل با سلامت روانشناختی را در بین دانشجویان مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ارتباط بین منبع کنترل و سلامت روانشناختی با استفاده از ماتریس ضریب همبستگی در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است. بیان زاده و همکاران در سال ۱۳۸۶ نیز در پژوهشی رابطه بین سلامت روان و منبع کنترل را در کارمندان یک مجتمع صنعتی بررسی کرده و نتیجه گرفتند که این دو متغیر ارتباط معنی‌داری باهم ندارند.

همچنین صالحی، سلیمانی زاده، باقری یزدی و عباس زاده در سال ۱۳۸۶ در پژوهشی خوداثربخشی، منبع کنترل و سلامت روان را در دانشجویان پزشکی شهر بندرعباس مورد مقایسه قرار دادند که نتایج آن نشان داد بین خوداثربخشی و منبع کنترل رابطه معنی‌داری وجود دارد، همچنین بین منبع کنترل و سلامت روان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد اما بین خوداثربخشی و سلامت روان رابطه معنی‌داری دیده نشد. خسروی و آقاجانی نیز در سال ۱۳۸۶ در پژوهشی به بررسی رابطه بین سلامت روان و شیوه مقابله‌ای در بین پرستاران پرداختند که نتایج نشان داد که بین سلامت و شیوه مقابله‌ای و منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد اما بین سلامت روان و منبع کنترل ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود ندارد. غلامعلی لواسانی، کیوان زاده و کیوان زاده همچنین در سال ۱۳۸۶ در پژوهشی در بررسی انگیزه پیشرفت و سلامت روان به این نتیجه رسیدند که بین سلامت روان و انگیزه پیشرفت در دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. همچنین مهدی پور در سال ۱۳۸۶ در پژوهشی به بررسی این مولفه‌ها در بین پزشکان شبکه‌های بهداشت و درمان و بیمارستانهای تامین اجتماعی شهرستان شوش و هفت تپه پرداخت و به این نتایج دست یافت؛ بین خوداثربخشی و انگیزه

پیشرفت در پزشکان رابطه معناداری وجود دارد. اما بین «خوداثربخشی و سلامت روان»، «منبع کنترل و سلامت روان»، «منبع کنترل و خوداثربخشی»، «منبع کنترل و انگیزه پیشرفت»، «انگیزه پیشرفت و سلامت روان» در پزشکان عمومی رابطه معناداری وجود ندارد. طاهری و مقامی در سال ۱۳۸۷ در پژوهشی انگیزه پیشرفت و سلامت روان و خودپنداره دانشجویان شهر تهران را مورد بررسی قرار دادند که نتایج آن نشان داد بین انگیزه پیشرفت و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. همچنین این دو متغیر با خودپنداره نیز مرتبط است. خلیلیان، فرید و مهرآور (۱۳۸۵) به نقل از مهدی پور، ۱۳۸۶ در پژوهشی به بررسی رابطه سلامت روان و انگیزه پیشرفت در بین پزشکان یک بیمارستان خصوصی پرداختند، نتایج نشان داد که بین این متغیرها رابطه معناداری وجود دارد. کاپلان همچنین در سال ۲۰۰۲، به نقل از مهدی پور، ۱۳۸۶ دریافت که نمره حاصل از GHQ در ۴۷٪ از پزشکان، مدیران و مشاورین بیمارستانی در بخش بهداشت و درمان در لینکلن شایر شمالی بیش از حد نرمال بوده که نشانگر بالا بودن سطح تنش در این گروه است و نشان می دهد که سلامت روان در بین گروه علوم پزشکی تفاوت معنی داری دارد. کوپرا- فرای^۱، سالتز^۲، جونز و دیکسون^۳ نیز در سال ۲۰۰۲، به نقل از ری و هیبرت^۴ در سال ۲۰۰۳ دریافتند که بین منبع کنترل سلامت و سلامت عمومی کارمندان بخش های پزشکی ارتباط وجود دارد و افراد دارای منبع کنترل سلامتی درونی بالا، استرس و افسردگی کمتری دارند. در یک پژوهش که برندون^۵ در سال ۲۰۰۵ انجام داد نتایج نشان داد که بین خوداثربخشی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد و هر چه سلامت روان بالاتر باشد اشخاص احساس خوداثربخشی و کفایت شخصی بهتری دارند و برعکس. فارل^۶ (۲۰۰۵) در پژوهشی سلامت روان و انگیزه پیشرفت دانشجویان را بررسی نمود و نتایج پژوهش وی نشان داد که این دو متغیر در دانشجویان حرفه های پزشکی و مرتبط با آن با هم ارتباط معنی داری دارند.

نتایج پژوهش های یانگ^۷، پان^۸ در سال ۲۰۰۶ در بررسی انگیزه پیشرفت و سلامت عمومی در کارمندان یک بیمارستان نشان داد که بین این دو متغیر ارتباط مثبت و معنی داری وجود دارد و این ارتباط در زنان قوی تر از مردان است. گارول و بار رو^۹ در سال ۲۰۰۶ در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بین خوداثربخشی و انگیزه پیشرفت در ورزشکاران رابطه معناداری وجود دارد اما بین انگیزه پیشرفت و منبع کنترل رابطه معناداری مشاهده نشد. در سال ۲۰۰۸ نیز زیدنر^{۱۰} پژوهشی را در رابطه با بررسی منبع کنترل، انگیزه پیشرفت و هوش هیجانی در پرستاران یکی از بیمارستان های ایالات متحده امریکا، انجام داد که نتایج آن نشان داد بین منبع کنترل و انگیزه پیشرفت رابطه معناداری در پرستاران وجود دارد، اما بین منبع

1. Kopera-Frye
2. Salts
3. Jones & Dixon
4. Ree & Hiebert
5. Brandon
6. Farel
7. Yang
8. Pan
9. Garroll & Burhrow
10. Zeidner

کنترل و هوش هیجانی رابطه معنی داری نشان داده نشد. همه ما به این موضوع اذعان داریم که پزشکان از جمله اقشار مهم جامعه هستند و مسئولیتی کلیدی در درمان بیماران به عهده دارند و همچنین از جمله گروهی هستند که حضور آنان در جامعه بسیار مفید و سودمند است. با نظر به پژوهشهای انجام شده و با دقت به آنچه که هر روزه در کلینیک‌های درمانی بیمارستان‌ها و مطب‌های پزشکی - درمانی، شاهد آن هستیم، می‌توان به سهولت به این نکته دست یافت که میزان فشار روانی، خستگی شغلی و استرس محیطی، در حرفه‌ی پزشکی و گرایش‌های تخصصی آن در سطح بسیار بالایی است و پزشکان به دلیل رویارویی با موقعیتهای بالینی گوناگون و حوادث و اتفاقات عموماً ناخوشایند، سطح بالایی از خستگی روانی و روحی را تجربه می‌کنند، که البته به همه‌ی این عوامل خستگی بر اثر کشیک‌های طولانی - به دلیل تعداد زیاد مراجعین - (خصوصاً در شهرهای پر جمعیت و در بیمارستانهای بزرگ)، مشکلات شخصی، دوری از خانواده (برای افرادی که خارج از محل زندگی خود مشغول به کار هستند) را می‌توان اضافه کرد، از آنجائیکه برخورداری از سطح بالایی سلامت روان در این گروه بسیار مهم است - به دلیل ارتباط مستقیم آنان با مردم جامعه - بررسی سلامت روان و منبع کنترل در این قشر اهمیت پیدا می‌کند. همچنین با توجه به این موضوع که پزشکان جامعه از نخبگان تحصیلی هستند و حائز رتبه‌های برتر در آزمون ورودی دانشگاه‌ها می‌باشند، به نظر می‌رسد که در ابتدای ورود به رشته‌ی پزشکی انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی آنها در سطح بالایی باشد، به همین دلیل و به خاطر اینکه حرفه‌ی پزشکی به طور مستقیم با سلامت مردم جامعه در ارتباط است، نیاز به این موضوع احساس می‌شود که آنان باید توانایی تسلط بر خود، محیط و حوادث را داشته باشند. به دلیل همین اهمیت‌ها و نبود برخی از پژوهش‌ها که مستقیم به بررسی این چهار مولفه در قشر پزشکان جامعه - با هم - پردازد انجام چنین پژوهشی ضرورت پیدا می‌کند. در واقع در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال هستیم که آیا بین سلامت روان، منبع کنترل، انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی در پزشکان زن و مرد ناحیه شمال خوزستان تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش را کلیه پزشکان عمومی زن و مرد ناحیه شمال خوزستان (شهرستان‌های شوش، اندیمشک و دزفول) تشکیل می‌دهد که به روش تصادفی - طبقه‌ای از بین ۵۰۰ نفر جامعه پزشکان، ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه برای شرکت در این پژوهش انتخاب گردید. روش پژوهش «علی - مقایسه‌ای» می‌باشد و نتایج حاصل از این پژوهش در دو بخش آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره و در بخش آمار استنباطی توسط تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل چهار پرسشنامه می‌باشد.

الف) پرسشنامه سلامت عمومی «GHQ-۲۸»: این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۲ و هیلیر^۳ (۱۹۷۹) در اقدامی به منظور افزایش واریانس و بر اساس تحلیل عوامل بر روی فرم اصلی ساخته شد و شامل چهار مقیاس ۷ سوالی (علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) است. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه بیشتر به صورت لیکرت است که بر اساس این شیوه هریک از سؤالهای ۴ درجه ای به صورت ۱، ۲، ۳، نمره گذاری می گردد و در نتیجه دامنه نمره فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود. گلدبرگ و بلک ول^۴ (۱۹۷۰) ضریب اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از یک چک لیست مصاحبه بالینی بر روی بیماران بخش جراحی ۰/۸۰ ذکر کرده اند. همچنین در پژوهش یعقوبی (۱۳۷۵) ضریب پایایی پرسشنامه به روش باز آزمایی ۰/۸۸ بود و در بررسی هومن (۱۳۷۷) ضریب همسانی درونی گزارش شده ۰/۸۳ بوده است (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸).

ب) آزمون منبع کنترل «راتر»: این مقیاس توسط راتر (۱۹۶۶) تهیه شده و توسط خانم پوداث (۱۳۶۴) ترجمه و آماده استفاده شده است. این پرسشنامه برای سنجش انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین شده است و دارای ۲۹ ماده است که هر ماده دارای یک جفت سؤال الف و ب می باشد. از آزمودنی خواسته می شود بین هر جفت سؤال یک ماده، یکی را انتخاب کند و علامت بزند. واضح است این انتخاب بر اساس اعتماد عمیق و روشن آزمودنی خواهد بود. راتر ۲۳ ماده از مواد این پرسشنامه را با هدف مشخص جهت روشن شدن انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین کرده و ۶ ماده دیگر هدف آزمون را با لباس مبدل دنبال می کند که این ماده های خنثی، ساختار و بعد اندازه گیری شده را برای آزمودنی مبهم می سازد. سؤال های ۱، ۸، ۱۴، ۱۹، ۲۴ و ۲۸ سئوالاتی هستند که آزمودنی را از مدار اصلی و هدف آزمون منحرف می سازد. در ۲۳ ماده ای که جهت نمره گذاری تعیین شده اند. سوالات الف یک نمره و سوالات ب صفر نمره می گیرند. چون کل نمره هر فرد نشان دهنده نوع و درجه منبع کنترل افراد است. بنابراین تنها آزمودنی هایی که نمره ۹ یا بیشتر بگیرند واجد منبع کنترل بیرونی و افرادی که نمره کمتر بگیرند دارای منبع کنترل درونی خواهند بود (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸).

در تحقیقات مختلف سنجش اعتبار سازه آزمونهای مختلف جایگاه مهار راتر به عنوان آزمون ملاک استفاده شده است. مثلاً در تحقیقی که توسط نوویکی، استریلند (۱۹۷۳) روی دو نمونه از دانشجویان انجام شده است، مقیاس راتر با مقیاس نوویکی - استریلند همبسته گردیده است. نمونه اول شامل ۷۶ نفر می باشد، ضریب همبستگی با ۰/۶۱ محاسبه گردیده که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است همچنین در نمونه دوم که شامل ۴۷ نفر بوده است ضریب همبستگی برابر با ۰/۳۱ می باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸). حد متوسط ضریب پایایی این مقیاس که به روش تنصیف و کودر ریچاردسون محاسبه شده است در حدود ۰/۷۰ بوده است. ضرایب پایایی این مقیاس با روش باز آزمایی در فواصل یک ماده یا دو ماده در همان سطح بوده است اما مقدار آن تابع فاصله زمانی باز آزمایی، شرایط اجرای آزمون و نوع گروه مورد آزمایش است. در مطالعات متعدد پایایی این

1. General Health Questionnaire

2. Goldberg

3. Hillier

4. Blackwell

مقیاس با روش‌های بازآزمایی محاسبه شده که راتر (۱۹۶۶) میزان آن را بین ۴۹٪ تا ۳۹٪ گزارش نموده است (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸).

پ) مقیاس انگیزه پیشرفت از آزمون توصیف خود «گیزیلی»: پرسشنامه توصیف خود گیزیلی، متشکل از ۶۴ ماده است که ۱۳ مقیاس متفاوت را اندازه‌گیری می‌نماید و هر ماده آن مشتمل بر دو صفت است. یکی از مقیاس‌های پرسشنامه توصیف خود گیزیلی (۱۹۷۱) که در این پژوهش از آن برای اندازه‌گیری انگیزه پیشرفت از آن استفاده گردید، متشکل از ۲۰ ماده است که هر ماده آن مشتمل بر ۲ صفت است. در ۱۰ ماده بخش اول این آزمون هر ماده مرکب از دو صفت مطلوب است و آزمودنی باید صفتی را که بیشتر به توصیف وی می‌پردازد مشخص سازد. در ۱۰ ماده بخش دوم این آزمون، هر ماده مرکب از دو صفت نامطلوب است و آزمودنی باید صفتی را که کمتر به توصیف او می‌پردازد مشخص سازد. نمره گذاری این آزمون بر طبق کلید خاصی صورت می‌گیرد. به عنوان مثال اگر کسی در پاسخ به ماده اول آزمون که شامل دو صفت مطلوب دانا و توانا می‌باشد، کلمه توانا، یعنی کلمه‌ی بالایی را انتخاب کند، نمره‌ای به او تعلق نمی‌گیرد. اما اگر کلمه دانا یعنی کلمه پایین را علامت بزند، یک نمره خواهد گرفت. نمره گذاری بقیه‌ی سؤالات نیز به همین ترتیب از روی کلید صورت می‌گیرد و برای هر فرد یک نمره‌ی انگیزه پیشرفت در دامنه‌ی ۰-۶۶ به دست می‌آید (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸). زاد منصوری در سال ۱۳۸۳ در تحقیق خود برای بدست آوردن اعتبار این پرسشنامه از طریق همبسته کردن این آزمون با مقیاس ۱۵ درجه‌ای انگیزه پیشرفت $r=0/19$ بدست آورد که در سطح $p < 0/01$ معنی دار است (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸).

ج) مقیاس خوداثربخشی (GSE): این مقیاس ساخته شده توسط اولندیک و همکاران (۱۹۸۴) می‌باشد که تلاش می‌کند تا باورهای ویژه موقعیتی افراد را می‌سنجد. این مقیاس شامل ۱۷ سؤال می‌باشد که پاسخ‌های این سؤالات از گزینه‌ی «کاملاً مخالفم» «مخالفم»، «حدوسط»، «موافقم» تا «کاملاً موافقم» می‌تواند متفاوت باشد. جهت نمره گذاری این آزمون سؤالاتی که موقعیت‌های منفی را می‌سنجد به گزینه اول (کاملاً مخالفم) نمره و آخرین گزینه (کاملاً موافقم) نمره ۵ تعلق می‌گیرد. برای موقعیت‌های مثبت عکس حالت فوق نمره گذاری براساس دو نمره‌ای که آزمودنی کسب کرده است انجام می‌شود. به زبان ساده تر می‌توان گفت نمره سؤالات شماره‌ی ۱۵، ۱۳، ۹، ۳، ۸، ۱ از راست به چپ افزایش پیدا می‌کند (به صورت ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ به هر کدام از کلمات پاسخ امتیاز داده می‌شود) برای سنجش اعتبار سازه‌ای مقیاس خواثربخشی، امتیازات بدست آمده وسط آن با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی همبسته شده است. بر این اساس بررسی انجام شده همبستگی منفی بین نمرات مقیاس خوداثربخشی و نمرات کنترل درونی بیرونی راتر ($r=-0/40$) بدست آمد. همبستگی مثبت بین مقیاس بیگانگی از خود ($r=0/60$ و $P < 0/05$) و مقیاس شایستگی بین فردی با امتیازات خوداثربخشی دارای همبستگی مثبت ($r=0/46$) بود (عسگری و همکاران، ۱۳۸۸).

یافته‌های پژوهش

الف) یافته‌های توصیفی: یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل میانگین، انحراف معیار، کمترین نمره،

بیشترین نمره و تعداد آزمودنی ها می باشد که برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کمترین نمره، بیشترین نمره آزمودنی ها در متغیرها

انحراف معیار	بیشترین نمره	کمترین نمره	میانگین	پزشکان	
۲/۰۴	۳۰	۲۱	۲۴/۴۲	زن	سلامت روان
۲/۲۴	۲۴	۱۳	۱۶/۱۶		منبع کنترل
۱/۸۰ E۱	۶۴	۱۳	۲۶/۸۱		انگیزه پیشرفت
۳/۸۵	۶۸	۴۸	۴۴/۱		خوداثر بخشی
۲/۲۱	۳۲	۲۲	۲۴/۸۸	مرد	سلامت روان
۲/۶۳	۲۳	۱۲	۱۵/۸۳		منبع کنترل
۱/۹۷ E۱	۵۹	۱۵	۳۴/۷۲		انگیزه پیشرفت
۲/۴۸	۶۷	۵۴	۴۴/۵۳		خوداثر بخشی

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود، میانگین سلامت روان در پزشکان زن ۲۴/۴۲ و در پزشکان مرد ۲۴/۸۸ مشاهده شده است و همچنین میانگین منبع کنترل در پزشکان زن ۱۶/۱۶ و در مردان ۱۵/۸۳ مشاهده شد، که تفاوت زیادی با هم ندارند. میانگین انگیزه پیشرفت در پزشکان زن ۲۶/۸۱ و در پزشکان مرد ۳۴/۷۲ مشاهده شده است و تفاوت زیاد میانگین ها (۲۷/۹۱) نشان دهنده این امر است که انگیزه پیشرفت در پزشکان مرد بیشتر است. میانگین خود اثر بخشی پزشکان زن ۵۷/۱۰ و پزشکان مرد ۶۲/۵۳ مشاهده شده است که تفاوت این دو میانگین نیز (۵/۴۳) نشان دهنده خود اثر بخشی بیشتر پزشکان مرد است.

ب) یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش

فرضیه: بین سلامت روان، منبع کنترل، انگیزه پیشرفت و خوداثر بخشی در پزشکان زن و مرد تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۲: تحلیل واریانس چندمتغیری: مقایسه سلامت روان، منبع کنترل، انگیزه پیشرفت و خوداثر بخشی در پزشکان زن و مرد

پزشکان زن و مرد	مقدار	F	سطح معناداری	df فرضیه	DF خطا
آزمون اثر پیلاپی	۰/۵۹۷	۷۲/۱۷۲a	۰/۰۰۰۱	۴	۱۹۵
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۰۳	۷۲/۱۷۲a	۰/۰۰۰۱	۴	۱۹۵
آزمون اثر هتلینگ	۱/۴۸۰	۷۲/۱۷۲a	۰/۰۰۰۱	۴	۱۹۵
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۴۸۰	۷۲/۱۷۲a	۰/۰۰۰۱	۴	۱۹۵

همانگونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود بین پزشکان زن و مرد در سطوح متغیر وابسته (سلامت روان، منبع کنترل، انگیزه پیشرفت، خوداثربخشی) تفاوت معنی داری مشاهده می شود، $p < 0/0005$ و $f_{195,4} = 72/172$

جدول ۳: تحلیل واریانس تک متغیری سلامت روان، منبع کنترل، انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی

مجدوراتا	سطح معناداری	F	مجدور میانگین	df	پزشکان زن و مرد
۰/۰۱۲	۰/۱۲۸	۲/۳۳۶	۱۰/۵۸۰	۱	سلامت روان
۰/۰۰۵	۰/۳۴۱	۰/۹۱۱	۵/۴۴۵	۱	منبع کنترل
۰/۵۴۴	۰/۰۰۰۱	۲۳۵/۹۵۳	۳۸۹۴۸/۴۰۵	۱	انگیزه پیشرفت
۰/۴۱۵	۰/۰۰۰۱	۱۴۰/۲۰۸	۱۴۷۴/۲۴۵	۱	خوداثربخشی

با توجه به جدول بالا سلامت روان در بین پزشکان زن و مرد تفاوت معنی داری ندارد، $p < 0/128$ و $f_{1,198} = 2/336$ همچنین منبع کنترل نیز در بین پزشکان زن و مرد تفاوت معنی داری ندارد، $p < 0/341$ و $f_{1,198} = 0/911$ اما انگیزه پیشرفت در بین پزشکان زن و مرد تفاوت معنی داری دارد، $p < 0/0005$ و $f_{1,198} = 235/953$ همچنین خوداثربخشی در بین پزشکان زن و مرد تفاوت معنی داری دارد، $p < 0/0005$ و $f_{1,198} = 140/208$ بین پزشکان زن و مرد در سطوح متغیر پیوسته (انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی) تفاوت وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اهمیت سلامت روان و منبع کنترل و بررسی انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی آنان، پژوهش حاضر به منظور پر کردن حلاء موجود در کشف ارتباط احتمالی این ۴ متغیر در پزشکان برنامه ریزی و اجرا گردید. پژوهش حاضر تحت عنوان مقایسه سلامت روان، منبع کنترل، انگیزه ی پیشرفت و خوداثربخشی، در میان پزشکان عمومی زن و مرد ناحیه شمال خوزستان (شهرستان های شوش، دزفول و اندیمشک) می باشد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بین سلامت روان، منبع کنترل، انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی در بین پزشکان تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین سلامت روان و منبع کنترل در بین پزشکان زن و مرد تفاوت معناداری ندارد که این نتایج با پژوهش های یاریاری، مرادی و یحیی زاده (۱۳۸۵) در آیتم های منبع کنترل و سلامت روان و کوپرا-فرای، سالترز، جونز و دیکسون (۲۰۰۲) همسو می باشد اما با نتایج پژوهش های بابیرودی (۱۳۸۳)، خسروی و آقاچانی (۱۳۸۶)، بیان زاده و همکاران (۱۳۸۶)، صالحی و همکاران (۱۳۸۶) همسو نمی باشد. اما بین انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی در بین پزشکان زن و مرد تفاوت معنی داری دارد و این نتیجه با نتایج پژوهش گارول و بارو در سال ۲۰۰۶ همسو می باشد همچنین نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های ساسان فرد (۱۳۸۵)، فروغی پور (۱۳۸۵) در آیتم های انگیزه پیشرفت و منبع کنترل، خسروی و آقاچانی (۱۳۸۶) در آیتم های سلامت روان و شیوه های مقابله ای، لواسانی و همکاران (۱۳۸۶)، صالحی و همکاران (۱۳۸۶) در آیتم های خوداثربخشی و منبع کنترل و سلامت روان، مهدی پور (۱۳۸۶) در آیتم های خوداثربخشی و

انگیزه پیشرفت، طاهری و مقامی (۱۳۸۷) در آیت‌های انگیزه پیشرفت و سلامت روان، کاپلان (۲۰۰۲)، برندون (۲۰۰۵) در آیت‌های خوداثربخشی و سلامت روان، فارل (۲۰۰۵) در آیت‌های سلامت روان و انگیزه پیشرفت، یانگ و پان (۲۰۰۶) در آیت‌های انگیزه پیشرفت و سلامت روان، همسو می‌باشد.

ولی با نتایج پژوهش گارول و بارو (۲۰۰۶) در آیت‌های انگیزه پیشرفت و منبع کنترل همسو نمی‌باشد. در واقع به نظر می‌رسد مجهز شدن به سطوح بالای خوداثربخشی، فرد را قادر می‌سازد بدون نگرانی درباره توانایی‌هایش در موقعیت‌های کاری و با فشارهای گوناگون کاری درگیر شود و قدرت مدیریت بهتر موقعیت‌ها و هیجان‌ها را داشته باشد که این به بالا رفتن سطح سلامت روان نیز بسیار کمک می‌کند و توجه به این موضوع در پزشکان بسیار اهمیت دارد.

علت تفاوت‌های موجود در این پژوهش‌ها با پژوهش‌های دیگر، می‌تواند دلایل گوناگونی از جمله سن، شرایط محیطی، تفاوت‌های فردی و نحوه پاسخگویی به سؤالات باشد، همچنین همانگونه که اشاره شد پزشکان به واسطه حرفه‌ی پرسترس و پر مشغله‌ای که دارند تحت فشارهای روانی گوناگون هستند و در این مواقع تفاوت‌های فردی افراد، نگرشها و باورها، شیوه‌های مقابله‌ای و چگونگی تربیت یافتن فرد می‌تواند آستانه‌ی تحمل او و سطح منبع کنترل او را تحت تأثیر قرار دهد. به نظر می‌رسد محیط‌های گوناگون شغلی، امکانات و تنوع موجود در کار و حتی شهر یا کشوری که فرد در آن زندگی و کار می‌کند در تمام این شرایط مؤثر است. البته به نظر می‌رسد که تفاوت چندانی میان زنان و مردان در این آیت‌ها- بجز انگیزه پیشرفت و خوداثربخشی- وجود ندارد و دلیل این امر شاید این باشد که امروزه زنان همپای مردان در مشاغل سخت حضور دارند و می‌توانند در حرفه‌هایی همچون پزشکی، پرستاری، مامایی، جراحی و... به جوامع خدمت کنند. در هر حال توجه به این نکته قابل اهمیت است که قشر پزشکی باید از سطح سلامت روان بالایی برخوردار باشد و این امر نیازمند برنامه‌ریزی گسترده در خصوص رشته‌ها و حرفه‌های علوم پزشکی است.

منابع

- بایرودی، علیرضا، بررسی رابطه بین منبع کنترل و سلامت روانی در دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه تبریز، ۱۳۸۳، پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم تهران، دانشکده علوم تربیتی. www.irandoc.com
- بیان زاده، سید اکبر، زمانی منفرد، افشین، حیدری پهلویان، احمد، ۱۳۸۶، بررسی وضعیت سلامت روانی و منبع کنترل کارکنان یک مجتمع صنعتی، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴، ۴، ۲۹ - ۲۰.
- خسروی، زهره، آقاجانی، مریم، ۱۳۸۶، بررسی رابطه بین سلامت روان و منبع کنترل و شیوه مقابله ای در پرستاران تهران www.sid.ir
- ساسان فرد، شاهین، ارتباط بین منبع کنترل و انگیزه پیشرفت سال ۱۳۸۵، پایان نامه کارشناسی ارشد، پژوهشنامه دانشگاه آزاد اسلامی سال ۱۳۸۶ جلد اول.
- صالحی، لیلی، سلیمانی زاده، لاله، باقری یزدی، عباس، عباس زاده، عباس، ۱۳۸۶، رابطه بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان پزشکی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۱، ۱، ۸۵ - ۷۶.
- صفری، سعید، فتاح زاده، امیرعباس، گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۳ مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، صفحه ۱۲.
- طاهری، ژاله، مقامی، حمیدرضا، ۱۳۸۷، بررسی انگیزه پیشرفت، سلامت روان و خودپنداره تحصیلی دانشجویان رشته روانشناسی دانشگاه های دولتی، آزاد و غیرانتفاعی شهر تهران، پژوهش در نظام های آموزشی، ۲(۴)، ۶۲ - ۴۵.
- عباس زاده، عباس، گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱، سلامت روان: در کی نو، امیدی نو، تهران، مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، ۱۳۸۲.
- عسکری، پرویز، حیدری، علیرضا، نادری، فرح، مرعشیان، فاطمه، نقی پور، سیما، ضمیری، امین، (۱۳۸۸)، راهنمای آزمون های روانشناختی، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- غلام علی لواسانی، مسعود، کیوان زاده، محمد، کیوان زاده، هدیه، ۱۳۸۶، رابطه انگیزه پیشرفت و سلامت روان در دانشجویان رشته های پزشکی شهر تهران، روانشناسی و علوم تربیتی، ۴۷(۲)، ۱۳۶ - ۱۲۵
- فروغی پور، مریم، ۱۳۸۵، مقایسه منبع کنترل و خوداثربخشی و انگیزه پیشرفت در دانش آموزان دبیرستان های دولتی منطقه ۶ شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده دانشگاه تربیت مدرس.
- مهدی پور، منیره، بررسی سلامت روان، منبع کنترل، خوداثربخشی در پزشکان شهرستان شوش، ۱۳۸۶، پایان نامه کارشناسی چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیمشک.
- یاریاری، فریدون، مرادی، علیرضا، یحیی زاده، سلیمان، ۱۳۸۶، رابطه منبع کنترل با سلامت روانشناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران، مطالعات روانشناختی، ۳(۱): ۳۹ - ۲۱.

- Brandon L.(2005), Relationships between physical activity and health – promoting behaviors in mid – life women. *J Ad Nurse*.12, 3, 14 – 23.
- Caplan RP. Stress,(2002), anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers.*Br Med J* , 309 , 1261 – 1263.
- Farrel GA. (2005), the mental health of hospital nurses in Tasmania as measured by the 12-item General Health Questionnaire.*Journal of advanced nursing* , 28, (4): 707 – 712.
- Garrol JL, burhrow, M.Concurrent, (2006), validity of the culture free self esteem and self efficacy in employment.*J Psychiatry Res*. 74(2): 553 – 557.
- Pervin, L.A, & John, O.P.(2001). *Personality theory and research* (8th ed. Ed), 44 - 46, New York: John Wily and Sons.
- Reeh.H.E, Hiebert.B, etal (2003) , Adolescence health : The relationship between health , locus of control , believes and behaviors. *Journal of Evuidance and counseling*. 13(53).7 – 23.
- Schmitz, N., Neumann, W.,& Opperman, R. (2000).Stress,burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95 – 99.
- Yang MS, Pan SH M, Yang MG. (2006), Jo strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. *Psychiatric and Clinical Neurosciences*. 58: 636 – 641.
- Zeidner, M (2008). Coping with distress and relation between locus of control, emotional intelligence & achievement motive in American nurses. *Journal of nursing*. 22: 89 – 108.

تاریخ وصول: ۹۰/۱/۲۳

تاریخ پذیرش: ۸۹/۹/۲

Archive of SID