

بررسی همبستگی خودکارآمدی با سلامت روان پرستاران

زهرا حسینی^۱، سکینه دادی پور^۲، تیمور آقا ملایی^۳، علی صفری مرادآبادی^۴، امین قنبرنژاد^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۹/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۱/۲۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: پرستاران به علت سروکار داشتن با اقبال جامعه و بیماران، نیاز به سلامت روان کامل برای ادامه حرفه پرستاری دارند. از طرفی سلامت روان با افزایش خودکارآمدی نیز می‌تواند بهبود یابد. هدف از مطالعه حاضر تعیین همبستگی خودکارآمدی با سلامت روان پرستاران و سرپرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر بندرعباس می‌باشد.

مواد و روش کار: تحقیق حاضر مطالعه‌ای توصیفی - همبستگی است. ۱۱۵ نفر از پرستاران و سرپرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۰ به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبتی وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه روا و پایا شده سه‌قسمتی متشکل از اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی بود. داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۸ و با آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین-انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون) در سطح معنی‌دار $p < 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی پرستاران $29/88$ ($SD = 6/09$) و سرپرستاران $41/51$ ($SD = 5/64$) بود. ۸۴ نفر پرستار و ۳۱ نفر سرپرستار بودند. بین خودکارآمدی با سلامت روان در پرستاران ($R = -0/455$ و $P < 0/001$) و سرپرستاران ($R = -0/642$ و $P < 0/001$) ارتباط معنی‌دار از نوع همبستگی منفی وجود داشت. کارکرد اجتماعی در بین پرستاران و اضطراب، بی‌خوابی در بین سرپرستاران پیشگویی‌کننده قوی خودکارآمدی و سلامت روان بود.

بحث و نتیجه‌گیری: توجه به باورها و تصورات افراد از توانایی‌های خود برای بهبود بهداشت روانی، برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی مقابله با استرس شغلی، کاهش تعارضات شغلی، محیط سازگار و مساعد می‌تواند در ارتقاء هر چه بیشتر سلامت روان پرستاران و سرپرستاران مثر و ثمر واقع گردد. **کلیدواژه:** خودکارآمدی، پرستاران، سلامت روان، بندرعباس

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۱۰۱، اسفند ۱۳۹۶، ص ۹۳۰-۹۲۱

آدرس مکاتبه: بندرعباس، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، دانشکده بهداشت، تلفن: ۰۷۶-۳۳۳۳۷۱۹۲

Email: mdadipoor@yahoo.com

مقدمه

عوامل مختلف، سلامتی وی را مورد تهدید قرار می‌دهد. از طرفی در بخش بهداشت و درمان که ارتباط مستقیمی با سلامت افراد جامعه دارد (۲). پرستاری از جمله شغل‌هایی است که فرد ساعات زیادی را با بیماران گذرانده (۳). و به دلیل حجم کار فراوان و شرایط خاص شغلی، سلامت عمومی و بهداشت روانی آن‌ها در معرض خطر می‌باشد. بنابراین پرستاران به علت سروکار داشتن با اقبال جامعه و بیماران، نیاز به حفظ روحیه قوی و بهداشت روانی کامل برای ادامه حرفه خود می‌باشند (۴). در غیر این صورت پرستارانی که از سلامت

یکی از مؤلفه‌های سلامت، سلامت روان است. بر اساس یافته‌های موجود اختلالات روانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اجزای بار کلی بیماری‌ها هستند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی حدود ۵۰ درصد از بار کلی بیماری‌ها افزایش یابد (۱). یکی از زمینه‌هایی که سلامت روان در آن بسیار حائز اهمیت است، شغل فرد می‌باشد. که از طریق در معرض قرار دادن شخص با

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

^۲ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات باروری و ناباروری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران (نویسنده مسئول)

^۴ دانشجوی دوره دکتری، کمیته پژوهشی دانشجویان، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۵ مربی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

نیز بین خودکارآمدی و سلامت روان دانشجویان ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده گردید (۱۵). در پژوهش Mahdizadeh و همکاران با عنوان رابطه خودکارآمدی با استرس شغلی در میان پرستاران شاغل در بیمارستان‌های سمنان ارتباط مثبتی بین سطح استرس شغلی و خودکارآمدی پرستاران دیده شد. پرستارانی که استرس بالا و خودکارآمدی پایین‌تری داشتند عملکرد نامناسب، استعفا از کار، رضایت شغلی پایینی داشتند (۱۱).

در مروری بر مطالعات انجام‌شده، پژوهشی که به تفصیل به بررسی رابطه خودکارآمدی به‌عنوان یک متغیر درونی و سلامت روان در بین پرستاران پرداخته باشد شناسایی نگردید. با توجه به اینکه پرستاران باید از تمرکز کافی، قضاوت درست و واکنش سریع در اکثر اوقات بخصوص موقعیت‌های اورژانسی برخوردار باشند. باید از سلامت روان خوبی برخوردار باشند تا دچار اشتباهات پزشکی نشوند. و از سوی دیگر سرپرستاران نه‌تنها مسئول تضمین کیفیت مراقبت از بیمار هستند، بلکه مسئول ارتقاء کیفیت کاری همه پرسنل زیرمجموعه هستند (۱۶). بنابراین به نظر می‌رسد توجه به سلامت روان و شناسایی مشکلات مربوط به آن در این قشر (پرستاران و سرپرستاران) از اهمیت به‌سزایی برخوردار باشد. که این امر ضرورت انجام چنین تحقیقی را بیش از پیش نمایان ساخت. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین همبستگی خودکارآمدی با سلامت روان پرستاران و سرپرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر بندرعباس انجام شد، باشد که از این طریق توانسته باشیم گامی مؤثر هرچند کوچک جهت بهبود کیفیت عملکرد پرستاران و سرپرستاران برداشته باشیم.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه مورد مطالعه را کلیه پرستاران و سرپرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۰ را تشکیل داد. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی نسبتی تعداد ۸۴ از پرستاران و ۳۱ نفر از سرپرستاران به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب گردیدند. بدین‌صورت که در هر بیمارستان با در نظر گرفتن تعداد پرستاران و سرپرستاران سهم آن بیمارستان از تعداد کل نمونه تعیین شد. سپس با در نظر گرفتن نسبت پرستاران و سرپرستاران کل بیمارستان‌ها، تعداد نمونه در هر بخش به‌صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی تعیین گردید. پرستاران از بخش‌های مختلف بیمارستان‌های شهید محمدی، بیمارستان کودکان و شریعتی وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه، عدم سابقه بیماری روانی، داشتن تحصیلات کارشناسی پرستاری، تمایل و رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش و معیارهای خروج از مطالعه افرادی با سابقه بیماری روانی، و افرادی که پرسشنامه‌ها را به‌صورت ناقص پر کرده

عمومی خوبی برخوردار نباشند، قادر به انجام مراقبت‌های مؤثر از بیماران نبوده، و این مسئله خطر اشتباهات و بروز حوادث شغلی را افزایش می‌دهد که در نهایت عواقب آن هم متوجه بیمار و هم پرستار خواهد شد (۱).

سلامت روان پرستاران می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعددی، ازجمله مسئولیت حفظ سلامتی و زندگی انسان‌ها، مواجهه با بیماری‌های درمان‌ناپذیر و درمان‌ناپذیر، ارتباط طولانی با بیماران بدحال و روبه‌مرگ، حجم کاری زیاد، حمایت کم مدیران از پرستاران، عدم دریافت پاداش و تشویق مناسب نسبت به سایر مردم جامعه در معرض خطر قرار گیرد (۵-۷).

در مطالعه Cheung و همکاران، افزایش خودکارآمدی با بهبود سلامت روان رابطه داشت. این مطالعه ازجمله راهکارهای کمک به افرادی که از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند، را افزایش خودکارآمدی و فراهم نمودن یک محیط اجتماعی مناسب می‌داند. (۸).

خودکارآمدی عمومی بر پایه و اساس قابلیت فرد، برای کناره‌آوردن مؤثر با بسیاری از موقعیت‌های تنش‌زا می‌باشد (۹). پرستاران ازجمله کسانی هستند که امتیاز خودکارآمدی در آن‌ها همواره در سطح پایینی برآورد می‌شود و همین امر می‌تواند بر سایر ابعاد شخصیتی و کاری آن‌ها تأثیر منفی بگذارد (۱۰، ۱۱). بر طبق نظر بندورا کارآمدی پایین نقش مهمی در افسردگی، اضطراب، استرس، روان‌آزردگی و دیگر حالت‌های عاطفی بازی می‌کند بنابراین منطقی به نظر می‌رسد عوامل فشارزا برای افرادی که شایستگی کم‌تری در انجام وظائف شغلی خود احساس می‌کنند تهدیدآمیز باشد. زیرا چنین افرادی کم‌تر احتمال دارند که فکر کنند می‌توانند سطوح بالایی از عملکرد شغلی را علی‌رغم فشارهای مربوط به شغل خویش، حفظ کنند (۱۲).

در مطالعه غلامی بونگ و همکاران، با عنوان نقش هوش هیجانی و خودکارآمدی در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان، ارتباط مثبت و معنی‌داری را بین خودکارآمدی و سلامت روان گزارش نمودند (۱۳). بدری زاده و همکاران در پژوهشی با عنوان بررسی وضعیت سلامت روانی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر خرم‌آباد نشان دادند ۵۳/۸ درصد پرستاران اختلال در سلامت روان دارند. در خصوص ابعاد سلامت عمومی بیشترین نشانه عدم سلامت روان، در بعد عملکرد اجتماعی بود. و کم‌ترین نشانه عدم سلامت در بعد افسردگی بود (۱).

در مطالعه Reid, Matthew با عنوان ارتباط بین خودکارآمدی و رضایت شغلی در پرستارانی که از مجرمان با مشکلات ذهنی مراقبت می‌کردند، نتایج بین خودکارآمدی و رضایت شغلی پرستاران ارتباط معنی‌داری نشان داد (۱۴). در مطالعه عبرانیان و همکاران

مقیاس دارای ۲۰ گویه خودکارآمدی عمومی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای کاهش یافت (GSE-10) (۱۸)، در پژوهش حاضر از مقیاس ۱۰ گویه‌ای استفاده شد، که به صورت گزینه‌های اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است و از ۱ تا ۴ درجه‌بندی شده بود. اخذ نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده خودکارآمدی عمومی بالاتر بود و بالعکس. کمینه و بیشینه نمره آن ۱۰ و ۴۰ می‌باشد.

نحوه انجام مطالعه بدین شرح بود که پس از هماهنگی با مسئولین بیمارستان‌های دولتی بندرعباس نمونه‌گیری صورت گرفت، سپس پرسشنامه‌های خودکارآمدی و سلامت عمومی جهت ارزیابی وضعیت موجود در اختیار آنان قرار گرفت. جمع‌آوری اطلاعات توسط یک نفر پرسشگر آموزش‌دیده صورت گرفت. به این صورت که در شیفت‌های صبح، عصر و شب در بخش‌ها حاضر شده و پرسشنامه‌ها را به صورت تک‌تک به سرپرستاران و پرستاران داده و پس از تکمیل شدن تحویل گرفته شد. گفتنی است که آزمودنی‌های پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه گردیدند و در صورت تمایل وارد مطالعه شدند. پس از گردآوری اطلاعات وارد نرم‌افزار آماری SPSS۱۸ شد و با استفاده از آزمون‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. که برای بررسی ارتباطات هریک از فاکتورها از آزمون‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی پی‌رسون و رگرسیون استفاده شد. سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه ۹۲/۹ درصد پرستاران شرکت‌کننده زن و ۷/۱ درصد شرکت‌کننده مرد بودند. ۷۳/۸ درصد شرکت‌کنندگان متأهل بودند. (جدول ۱). میانگین سنی در پرستاران ۲۹/۸۸ (SD= ۶/۰۹) و در سرپرستاران ۴۱/۵۱ (SD=۵/۶۴) بود.

باشند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه سه‌قسمتی بود. بخش اول **اطلاعات فردی و زمینه‌ای:** شامل ۱۰ سؤال که اطلاعات فردی و شغلی پرستاران و سرپرستاران (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه کار، تعداد شب‌کاری، نوبت‌کاری) را در نظر دارد.

بخش دوم پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) این پرسشنامه اولین بار توسط گلد برگ در سال ۱۹۷۲ طراحی شد و دارای ۳ فرم ۱۲-۲۸-۶۰ سؤالی است و ناراحتی‌های کمتر از یک ماه را شناسایی می‌کند. فرم ۲۸ سؤالی که در پژوهش حاضر از آن استفاده گردید، دارای ۴ زیر مقیاس است: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی و خیم بود. هر زیر مقیاس دارای ۷ سؤال است و به هریک از حیطه‌های ۴ گانه یک نمره و به کل پرسشنامه (۲۸ سؤالی) نیز یک نمره تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب، این مقیاس ۵ نمره جداگانه به دست می‌دهد. از لحاظ پاسخگویی به پرسش‌ها آزمودنی باید با توجه به وضعیت سلامت خود از یک ماه گذشته تا زمان حال با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای (۰ و ۱ و ۲ و ۳) به تکمیل پرسشنامه بپردازد. نمرات هر آزمونی در هر یک از زیر مقیاس‌ها به صورت جداگانه مشخص و در زیر ورقه نوشته می‌شوند و سپس نمرات چهار زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی را به دست می‌آوریم. نمرات بین ۱۴ تا ۲۱ در هر زیر مقیاس، و خامت وضع آزمونی را در آن عامل نشان می‌دهند (۱۰). همچنین نمرات ۶-۵ به عنوان افرادی دارای مشکل در نظر گرفته می‌شوند. در نمره‌گذاری به روش لیکرت حداکثر امتیاز ۸۴ و نقطه برش ۲۳ می‌باشد. در بررسی پایایی این آزمون تحقیقات نشان داده‌اند که حساسیت GHQ-28 در بهترین نمره برش (۲۳) برابر با ۸۶/۵٪ و ویژگی آن برابر ۸۲٪ می‌باشد (۱۳)..

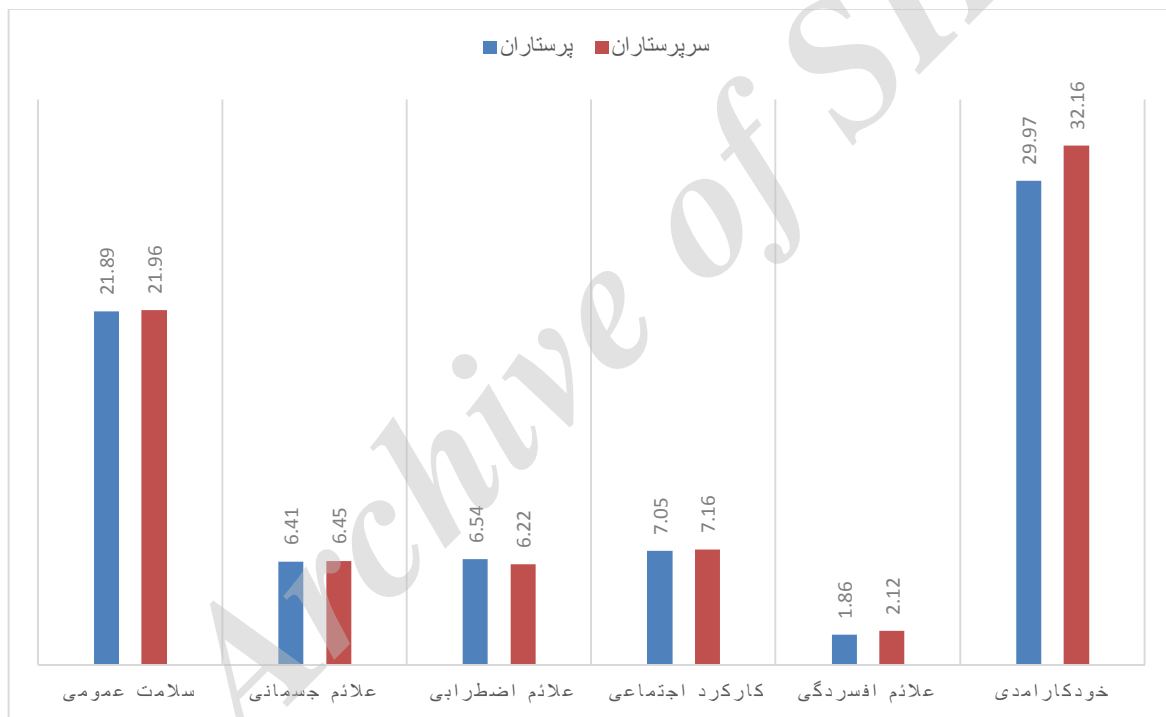
پرسشنامه خودکارآمدی عمومی: برای سنجش خودکارآمدی از مقیاس خودکارآمدی عمومی که در دهه ۱۹۷۹ توسط شوارتز و جروسلم ساخته شد و توسط علی‌نظامی و همکارانش در سال ۱۹۹۶ (۳۹) به فارسی ترجمه شده و در مطالعات متعددی نیز در ایران به کار گرفته شده از جمله کد یور (۱۷)، استفاده گردید این

جدول (۱): توزیع فراوانی متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه پرستاران و سرپرستاران

متغیر	زیرگروه	پرستار (۸۴ نفر)	سرپرستار (۳۱ نفر)
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
جنسیت	زن	۷۸ (۹۲/۹)	۲۸ (۹۰/۳)
	مرد	۶ (۷/۱)	۳ (۹/۷)
وضعیت تأهل	مجرد	۲ (۲۶/۲)	۸ (۲۵/۸)
	متأهل	۶۲ (۷۳/۸)	۲۳ (۷۴/۲)

•	(۱۱/۹)۱۰	فوق دیپلم	تحصیلات
(۹۶/۸)۳۰	(۸۶/۹)۷۳	لیسانس	
(۳/۲)۱	(۱/۲)۱	فوق لیسانس	
(۹۳/۵)۲۹	(۳۴/۵)۲۹	رسمی	وضعیت استخدام
(۶/۵)۲	(۲۷/۴)۲۳	پیمانی	
•	(۲۶/۲)۲۲	طرح	
•	(۱۱/۹)۱۰	قراردادی	
•	(۴۷/۶)۴۰	کمتر از ۵	سابقه کار (سال)
•	(۲۰/۲)۱۷	۵-۱۰	
(۳۵/۵)۱۱	(۲۰/۲)۱۷	۱۰-۱۵	
(۳۸/۷)۱۲	(۱۰/۷)۹	۱۵-۲۰	
(۲۵/۸)۸	(۱/۲)۱	بیشتر از ۲۰	

نتایج تحقیق حاضر نشان داد میانگین نمرات پرستاران و سرپرستان در زیرگروه کارکرد اجتماعی، بالاترین نمره و در زیرگروه افسردگی و خیم، کمترین نمره داشتند (نمودار ۱).



نمودار (۱): میانگین متغیرهای مورد مطالعه در افراد مورد مطالعه

خودکارآمدی افزایش می‌یابد. از بین خرده مقیاس‌های سلامت عمومی کارکرد اجتماعی در پرستاران ($R = -0.616$ و $P < 0.001$) و در سرپرستان اضطراب و بی‌خوابی ($R = -0.720$ و $P < 0.001$) بیشترین همبستگی را با خودکارآمدی داشت.

یافته‌های حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون در پرستاران نشان می‌دهد که بین خودکارآمدی با سلامت عمومی ارتباط معنی‌دار و همبستگی از نوع معکوس ($R = -0.455$) و سرپرستان ($R = -0.642$ و $P < 0.001$) وجود دارد. به طوری که با کاهش نمرات حاصل از مقیاس سلامت عمومی،

جدول (۲): ارتباط بین ابعاد سلامت عمومی و خودکارآمدی

سرپرستار		پرستار		متغیر
p-value	ضریب همبستگی	p-value	ضریب همبستگی	
<۰/۰۰۱	-۰/۵۹۲xx	۰/۰۲۳	-۰/۲۴۸x	سلامت بدنی
<۰/۰۰۱	-۰/۷۲۰xx	۰/۰۰۱	-۰/۳۵۹xx	اضطراب و بی‌خوابی
۰/۱۶۵	-۰/۲۶۵	<۰/۰۰۱	-۰/۱۶۶xx	کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۸	-۰/۴۶۶xx	۰/۰۴۹	-۰/۲۱۳	نشانه‌گان افسردگی
<۰/۰۰۱	-۰/۶۴۲xx	<۰/۰۰۱	-۰/۴۵۵xx	سلامت عمومی

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه و آزمون رگرسیون بیشترین پیشگویی‌کنندگی از بین ابعاد سلامت عمومی در پرستاران مربوط به کارکرد اجتماعی (OR = - ۱/۳۲۱ و P < ۰/۰۰۱) بود (جدول ۳).

جدول (۳): عوامل پیشگویی‌کننده‌ی خودکارآمدی بر اساس خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی در پرستاران

فاصله اطمینان ۹۵ درصد		سطح معنی‌داری	Beta	B	متغیر
پایین	بالا				
-۰/۵۶۱	-۰/۳۰۲	۰/۵۵۲	۰/۲۱۷	۰/۱۲۹	نشانه‌های بدنی
-۰/۳۰۲	-۰/۶۳۲	۰/۴۸۵	۰/۲۳۵	-۰/۱۶۵	اضطراب و بی‌خوابی
-۰/۸۷۱	-۱/۷۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۲۶	-۱/۳۲۱	کارکرد اجتماعی
-۰/۳۱۶	-۰/۶۰۱	۰/۵۳۸	۰/۲۳۰	-۰/۱۴۲	نشانه‌گان افسردگی

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه و آزمون رگرسیون قوی‌ترین پیشگویی‌کنندگی از بین ابعاد سلامت عمومی در سرپرستاران مربوط به اضطراب و بی‌خوابی (OR = - ۰/۹۳۳ و P = ۰/۰۰۶) بود (جدول ۴).

جدول (۴): عوامل پیشگویی‌کننده‌ی خودکارآمدی بر اساس خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی در سرپرستاران

فاصله اطمینان ۹۵ درصد		سطح معنی‌داری	Beta	B	متغیر
پایین	بالا				
-۰/۳۷۲	-۰/۷۲۳	۰/۵۰۸	۰/۲۶۹	-۰/۱۸۱	نشانه‌های بدنی
-۰/۲۹۵	-۱/۵۷۰	۰/۰۰۶	۰/۳۱۰	-۰/۹۳۳	اضطراب و بی‌خوابی
-۰/۹۲۱	-۰/۵۲۷	۰/۵۸۱	۰/۳۵۲	۰/۱۹۷	کارکرد اجتماعی
۱/۱۳۶	-۰/۶۵۰	۰/۵۸۱	۰/۴۳۴	۰/۲۴۳	نشانه‌گان افسردگی

بحث و نتیجه‌گیری

خودکارآمدی می‌باشد. در توجیه این یافته باید به این مسئله اشاره نمود که خودکارآمدی به‌عنوان یک میانجی شناختی عمل کرده و تحت تأثیر افکار و احساسات افراد قرار می‌گیرد. و در صورت ایجاد تنش در افراد و تغییر احساسات به سمت اضطراب، خودکارآمدی پایین می‌آید. پرستاران با خودکارآمدی پایین، قادر به اثبات توانمندی‌های خود در محل کار نبوده و این مسئله می‌تواند منجر به نگرش منفی به خود و حرفه خود و عدم تمایل و علاقه و رضایت نسبت به شغل و درنهایت کاهش سلامت روان آن‌ها شود. از طرفی به نظر می‌رسد نقش مدیران پرستاری، در یافتن راه‌حل‌های موفقیت‌آمیز و خلاق، جهت رفع حس خودکارآمدی پایین کارکنان مهم می‌باشد. در این باره بندورا خاطرنشان می‌کند که بخش مهمی

پژوهش حاضر باهدف تعیین همبستگی خودکارآمدی با سلامت روان پرستاران و سرپرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر بندرعباس انجام شد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد بین سلامت روان با خودکارآمدی پرستاران و سرپرستاران همبستگی وجود دارد. به‌طوری‌که با افزایش نمره GHQ خودکارآمدی کاهش می‌یابد. به‌عبارتی‌دیگر، پرستارانی که سلامت روان بهتری داشتند خودکارآمدی در آن‌ها بالا بود. این نتیجه با نتایج حاصل از یافته‌های اعرابیان و همکاران، Razmi و همکاران همسو بود (۱۵، ۱۹). این پژوهش‌ها نشان دادند، سلامت روان یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی

بر طبق یافته‌های پژوهش حاضر، در سرپرستاران اضطراب و بی‌خوابی بیشترین همبستگی را با خودکارآمدی داشت. و همچنین قوی‌ترین پیشگویی‌کننده در بین ابعاد سلامت عمومی راه، به خود اختصاص داد. به عبارتی سرپرستارانی که از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردار بودند اضطراب بالاتری داشتند. چرا که تصور فرد از توانایی‌هایش یکی از عوامل بسیار مهم در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا می‌باشد (Cheung, 25). همکاران در مطالعه خود نشان دادند از جمله راهکارهای کمک به افرادی که دچار اضطراب هستند، افزایش خودکارآمدی می‌باشد (۸). که نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌نمایند. در توجه به این یافته می‌توان این‌گونه بیان نمود، سرپرستاران هر بخش با توجه به وظائف و مسئولیتی که در قبال بخش از جمله رسیدگی به موقعیت‌های اورژانس و اخذ تصمیم درست، نسبت به پرستاران عمومی دارند در معرض استرس و اضطراب بیشتری قرار بگیرند. هر چه میزان مسئولیت فرد در مقابل دیگران بیشتر شود شخص باید دقت و زمان بیشتری را در واکنش و برخورد با سایرین صرف کند و در نتیجه اضطراب بیشتری را تجربه می‌نماید. از طرف دیگر اکثریت سرپرستاران در این مطالعه زن بودند. آن‌ها علاوه بر وظائفی که در محل کار خود دارند، مسئولیت تربیت فرزندان و سایر وظائف مادر بودن بر عهده آن‌ها می‌باشد که این خود باعث اضطراب در آن‌ها می‌گردد. در این راستا مطالعه مقصودی و همکاران نشان داد که سرپرستاران نسبت به پرستاران اختلال سلامتی بیشتری داشتند (۲). این نتایج ممکن است بیانگر این مطلب باشد که هر چه پرستاران مسئولیت‌های بیشتری را بر عهده بگیرند و انتظارات شغلی آن‌ها بالا رود، احتمال تداخل مسئولیت‌ها با وظایف خانوادگی‌شان نیز افزوده شده و دچار اختلال در سلامتی می‌شوند. از سوی دیگر در پژوهش حاضر میانگین سنی و سابقه کار سرپرستاران بالاتر از پرستاران بود، به نظر می‌رسد احتمالاً سابقه کار بیشتر در مطالعه حاضر، می‌تواند اضطراب و استرس سرپرستاران را افزایش دهد. در این راستا نتایج مطالعه Kaewboonchoo نشان داد هر چه سابقه کار پرستاران تا بلندی بیشتر می‌شود، میزان تعارضی که تجربه می‌کنند، نیز افزایش می‌یابد (۲۶). همچنین در مطالعه حموله و همکاران علائم روان‌پزشکی بیشتر در پرستاران با سابقه بیشتر گزارش گردید (۲۷). به نظر می‌رسد با افزایش سابقه کار احتمالاً مواجهه با عوامل تنش‌زا که پرستاران هر روز در محیط کار دارند بیشتر شده، و در نتیجه با افزایش علائم روان‌پزشکی که یکی از آن‌ها می‌تواند اضطراب باشد رو به رو خواهند شد. لذا جهت کاهش اضطراب در سرپرستاران مداخلاتی همچون کلاس‌های مقابله با استرس و اضطراب می‌تواند مؤثر واقع گردد. در تحقیق حاضر بر خلاف انتظار ما سرپرستاران از وضعیت خواب خوبی برخوردار نبودند. چرا که آن‌ها برخلاف پرستاران دیگر شیفت در گردش

از احساس خودکارآمدی، داشتن مدیران پاسخگو و حامی است (۲۰). در تحقیقی که از ۶۰ بیمارستان خصوصی و عمومی تهران به دست آمد نشان داد نحوه سرپرستی مدیران در سلامت روان پرستاران نقش قابل‌توجهی دارند. آن‌ها نتیجه گرفتند مدیران با کاهش فشارهای روانی وارده بر پرستاران، سلامت روانی آن‌ها را افزایش می‌دهد (۲۱). بنابراین پیشنهاد می‌گردد مدیران پرستاری جهت ارتقاء خودکارآمدی پرستاران، روش‌هایی را که پیوسته از عملکرد آنان قدردانی نموده و در قبال شایستگی‌ها و توانمندی‌های آنان بازخورد فراهم نمایند را بیابند. از طرفی آن‌ها را در جهت تسلط شخصی خود در مورد برخی مسائل یا مشکلات کمک نمایند. راهبرد دیگر برای ایجاد و تقویت خودکارآمدی، می‌تواند فراهم آوردن حمایت‌های اجتماعی و عاطفی پرستاران و ارتقاء سطح دانش و آگاهی آن‌ها می‌باشد. در این راستا Timby و Smith دانش و مهارت ناکافی را مهم‌ترین عامل مؤثر در تضعیف احساس خودکارآمدی بیان نمودند (۲۲).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد در بین پرستاران، کارکرد اجتماعی بیشترین همبستگی را با خودکارآمدی دارد. این یافته گویای این واقعیت است پرستارانی که کارکرد اجتماعی مثبتی دارند خودکارآمدی بالاتری دارند، کارکرد اجتماعی افراد همانگونه که می‌توانند نقش اعظمی در ارتقاء سلامتی داشته باشند، در بروز، شیوع و تداوم بیماری نیز سهم قابل‌توجهی دارند (۲۳). در مطالعه‌ای ۱۳-۱۴٪ پرستاران دچار مشکلاتی در زمینه کارکرد اجتماعی بودند اختلال در عملکرد اجتماعی معمولاً به علت کمبود منابع حمایتی و تعارض در محیط کار ایجاد شده است. در این حالت فرد نسبت به همکاران و مددجویان با دید منفی برخورد می‌کند (۲۴). افراد در یک محیط سازگار و مساعد، با شادابی و احساس مثبت کار می‌نمایند، بر عکس در یک جو منفی و ناراحت، خشم و فشار می‌تواند از انرژی آن‌ها بکاهد. چرا که وقتی افراد داخل یک سازمان با عدم اعتماد، غیر دوستانه، دور از هم و با نفرت و دشمنی با هم رفتار می‌کنند منجر به اختلال در عملکرد اجتماعی آنان می‌گردد. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه بیان نمود، اطمینان از اینکه شخص کارکرد اجتماعی مثبتی داشته باشد این امکان را به او می‌دهد تا وقایع محل کار را کم‌تر تهدید کننده ارزیابی نماید و از سطح سازگاری بیشتر و در نتیجه سلامت روان بالاتری برخوردار گردند. بنابراین به نظر می‌رسد کارکرد اجتماعی مناسب به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای قدرمند محسوب می‌گردد که نقش مؤثری بر بهزیستی روانی داشته است. پیشنهاد می‌گردد جهت ارتقاء کارکرد اجتماعی پرستاران، جو صمیمی، همدلی، همچنین همکاری و احترام متقابل در میان آن‌ها با همکارانشان در محیط کار بیش از پیش فراهم شود.

لذا توجه به باورها و تصورات افراد از توانایی‌های خود برای بهبود بهداشت روانی، برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی روش‌های مقابله‌ای و آموزش مهارت‌های خودکارآمدی، ارتقاء جو محیطی سازگار و مساعد می‌تواند در ارتقاء هر چه بیشتر سلامت روان پرستاران و سرپرستاران مثر ثمر واقع گردد.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر نبودن مطالعات مشابه، تعداد کم افراد تحت مطالعه، استفاده از ابزار خودگزارش دهی، همچنین پژوهش حاضر به صورت مقطعی انجام شده است و به طور دقیق نمی‌توان روابط علی بین متغیرهای موردنظر را بررسی نمود. ضمن آن که حالات روانی نمونه‌ها در پاسخگویی به ابزار نیز از محدودیت‌های خارج از کنترل پژوهشگر بود.

پیشنهاد می‌گردد در آینده محققین انجام تحقیقات با نمونه‌های بزرگ‌تر، و همچنین عوامل مؤثر دیگری از قبیل وضعیت اقتصادی خانواده، اضافه کاری اجباری، علاقه به حرفه پرستاری را مورد بررسی قرار دهند. همچنین مداخلات روان‌شناختی جهت کاهش اختلال روانی پرستاران و افزایش سازگاری در محیط کار، پیشنهاد می‌گردد که این مداخلات نه تنها باید در محیط کار انجام گیرد، بلکه آموزش آن‌ها نیز بایستی در اولویت برنامه‌های آموزشی پرستاران قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از پرستاران و سرپرستاران محترم بیمارستان‌های تحت مطالعه، به خاطر یاری رساندن صمیمانه‌شان در انجام این پژوهش، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم.

نبوده‌اند، در مطالعه نصیری زیبا و همکاران پرستاران شیفت صبح نیز کیفیت خواب خوبی نداشتند که در تائید یافته‌های پژوهش حاضر بودند (۲۸) مطالعاتی نیز در تناقض با یافته‌های مطالعه حاضر بودند. (۲، ۲۹). در توجیه این یافته شاید بتوان این‌گونه استنباط نمود که عوامل دیگری، نظیر استرس بیدار شدن زودهنگام در صبح برای رسیدن به موقع در محل کار در سرپرستاران روزکار در تعیین کیفیت خواب آن‌ها نقشی مهم‌تر از خواب شبانه ایفا کند.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد میانگین نمرات پرستاران و سرپرستان در زیرگروه کارکرد اجتماعی، بالاترین نمره و در زیرگروه افسردگی وخیم، کم‌ترین نمره داشتند. در واقع سلامت روان در بخش کارکرد اجتماعی در پایین سطح و افسردگی وخیم در بهترین حالت ممکن بود. نتایج این مطالعه با پژوهش رسولی و همکاران و راسته و همکاران همخوانی داشت (۳۰، ۳۱). در مطالعه آن‌ها اختلال کارکرد اجتماعی بیشترین میزان شیوع، و کم‌ترین شیوع مربوط به اختلالات افسردگی است. ظاهراً بالا بودن نمرات میزان کارکرد اجتماعی و در واقع ضعف در کارکرد اجتماعی، می‌تواند متأثر از ماهیت شغل پرستاری و از طرفی محیط نامناسب و شبکه‌های اجتماعی ضعیف باشد و میزان پایین‌تر بودن افسردگی شاید به دلیل ماهیت سؤالات تحقیق حاضر باشد. چرا که این تست افسردگی شدید را مورد سنجش قرار می‌دهد. در نتیجه پرستارانی که افسردگی خفیف و یا متوسط را داشتند شناسایی نشدند.

نتیجه‌گیری: بین خودکارآمدی با سلامت روان در پرستاران و سرپرستاران ارتباط معنی‌دار از نوع همبستگی منفی وجود داشت. کارکرد اجتماعی در بین پرستاران و اضطراب بی‌خوابی در بین سرپرستاران پیشگویی‌کننده قوی خودکارآمدی و سلامت روان بود.

References

1. Badrizadeh a, farhadi a, Tarrahi mj, Saki m, Beiranvand g. Mental health status of the nurses working in khorramabad state hospitals. *Yafte* 2013;15(3): 62-9.
2. Maghsoodi S, Hesabi M, Monfared A. General health and related factors in employed nurses in Medical-Educational Centers in Rasht. *J Holist Nurs Midwifery* 2015;25(1): 63-72.
3. Pourreza A, Monazam MR, Abassinia M, Asghari M, Safari H, Sorani M, et al. Relationship between job burnout and mental health of nurses working in province of Qom. *jhosp* 2012;11(2): 45-54.
4. Mohamadi J, Gholamrezai F, Azizi A. The Relationship Between Religious Orientation And Mental Health Among Female Nurses Working In Public Hospitals Of Tabriz In 2014. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2016;22(6): 1080-7.
5. Ellenbecker Ch, Cushman M. Home healthcare nurse retention and patient outcome model: discussion and model development. *J Adv Nurs* 2012;68(8): 1881-93.
6. Jabali AA, Maghsoudi J, Pahlavanzadeh S. The Relationship Between Mental Health and Organizational Commitment in Nurses Working at

- Hospitals Affiliated With Isfahan University of Medical Sciences. *IJRN* 2016;3(1): 7.
7. Currid TJ. The lived experience and meaning of stress in acute mental health nurses. *Br J Nurs* 2008;17. (14)
 8. Cheung S-K, Sun SY. Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *J Soc Behav Pers* 2000;28(5): 413-22.
 9. Ravanipour M, Ahmadian A, Yazdanpanah A, Soltanian A. Assessing the relationship between self-efficacy and clinical decision-making in hospital nurse. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2015;23(4): 77-86.
 10. Roh YS, Lee WS, Chung HS, Park YM. The effects of simulation-based resuscitation training on nurses' self-efficacy and satisfaction. *Nurse Educ Today* 2013;33(2): 123-8.
 11. Mahdizadeh J, Daihimfar F, Kahouei M. The relationship of job stress with self-efficacy among nurses working in hospitals of Semnan University of Medical Sciences, Iran. *Biosci Biotech Res Comm* 2016;9(3): 435-8.
 12. Lu C-q, Siu O-l, Cooper CL. Managers' occupational stress in China: The role of self-efficacy. *Personal Individ Differ* 2005;38(3): 569-78.
 13. GhoilamiBorang F, Moghadari M, Adelpour Z. The Role of Emotional Intelligence and Self-Efficacy in Prediction of Mental Health among Students of Birjand Medical Science University. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2015;22(1): 160-8.
 14. Reid M. Self-efficacy and job satisfaction in nurses who care for mentally disordered offenders: Matthew Reid analyses the relationship between these two complex concepts, and the possible implications this may have for practice. *Mental Health Practice* 2014;18(4): 29-36.
 15. Hassani M, Shohoudi M, Mirghasemi SJ. The study of relationships between Moral Intelligence and Self-efficiency with Psychological Well-Being among martyr's wife and offspring of Urmia University. *Bioethics J* 2016;6(19):155-80.
 16. Sherman RO, Schwarzkopf R, Kiger AJ. Charge nurse perspectives on frontline leadership in acute care environments. *ISRN nursing* 2011;2011:1-8.
 17. Nezami E, Schwarzer R, Jerusalem M. Persian adaptation (Farsi) of the general self-efficacy scale. Retrieved July 1996;29:2007.
 18. Schwarzer R, Jerusalem M. The general self-efficacy scale (GSE). *Anxiety, Stress, and Coping* 2010;12:329-345.
 19. Razmi S. The Moderating Role of Self-Efficacy in Relationship between Occupational Stress with Psychological Health and Job Satisfaction of Saderat Bank's Staffs of Tabriz. *IOH* 2011;8(2): 17-0.
 20. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Worth Publishers; 1997.
 21. Mohammadi R. Study of Management Role and Nurses Mental Health in General Hospitals in Tehran. *Iran J Nurs* 1998(16): 78-85.
 22. Timby BK, Smith NE. Seasonal affective disorder: shedding light on the wintertime blues. *Nursing* 2016. 2005;35(1): 18.
 23. Cochrane R. *The social creation of mental illness*. Addison-Wesley Longman Ltd; 1983.
 24. Mehrabi T, Ghazavi Z. Health assessment of female nurses of Isfahan University of Medical Sciences. *J Oral Hyg Health* 2005;1: 1-5.
 25. Jex SM, Bliese PD. Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: a multilevel study. *J Appl Psychol* 1999;84(3): 349.

26. Kaewboonchoo O, Kaewboonchoo O, Saipech T, Chandanasotthi P, Chandanasotthi P, Arporn S, et al. Mental health status among Thai hospital nurses. *J Med Assoc Thai* 2009; 92 (Suppl 7): S83-7.
27. Mardani Hamooleh M, Shahraky Vahed A, Ebrahimi E. Mental Health Status of Nursing Staff. *Iran J Nurs* 2012;24(74): 28-35.
28. Nasiri-Ziba F, Bogheiri F. Mental health status of critical care nurses in teaching hospitals of Tehran. *J Cardiovasc Nurs* 2012;1(4): 6-12.
29. Labadi S, Karimi K, Safavi M, Mahmodi M. A Study About Relationship Between Social Support And Mental Health Of Nurses Occupied In Intensive Wards In Selected Hospitals Of Urmia, 1385 (2006). *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2008;6(3): 135-44.
30. Rasoulilian M, Elahi F, Afkham Ebrahimi A. The Relationship between Job Burnout and Personality Traits in Nurses. *IJPCP* 2004;9(4): 18-24.
31. Arasteh M, Hadinia B, Sdaghat A, Charejo N. Assessment of mental health status and its related factors among medical and non medical staff in the hospitals of Sanandaj city in 1385. *J Kurdistan Univ Med Sci* 2008;13(3): 35-44.

Archive of SID

INVESTIGATING THE CORRELATION BETWEEN SELF-EFFICACY AND MENTAL HEALTH OF NURSES AND HEAD NURSES

Zahra hosseni¹, sakineh dadipoor², Teamur Aghamolaei³, Ali Safari-Moradabadi⁴, Amin Ghanbarnezhad⁵

Received: 01 Dec, 2016; Accepted: 15 Feb, 2017

Abstract

Background & Aims: Because of having relationships with the community and the patients, nurses need a thorough mental health to be able to continue their profession as a nurse. On the other hand, mental health can be improved through self-efficacy enhancement. The objective of this study is defining the correlation between self-efficacy and mental health of nurses and head nurses working in educational hospitals of the city of Bandar Abbas.

Materials & Methods: The present study is a descriptive-correlation study. 115 nurses and head nurses working in educational hospitals of the city of Bandar Abbas were selected through relative stratified sampling in 2011. Data collection tool was a three part questionnaire, having been checked for validity and reliability, including demographic data, general health questionnaire, and general self-efficacy questionnaire. Data collected was statistically analyzed using SPSS version 18. Descriptive tests (mean and standard deviations) and inferential statistic tests (Pearson correlation coefficient and regression) were performed with the significance level of $p < 0.05$.

Results: The average age was 29.88 (SD=6.09) for nurses and 41.51 (SD=5.64) for head nurses. 84 nurses and 31 head nurses took part in the study. A significant negative correlations between self-efficacy and mental health of nurses ($P < 0.001$ & $R = -0.455$) and head nurses ($P < 0.001$ & $R = -0.642$) were observed. Social function was a strong predictor of self-efficacy and mental health among nurses, and anxiety and insomnia were strong predictors among head nurses.

Conclusion: Factors as individuals' beliefs and expectations from their abilities for enhancing mental health, holding workshops and educational courses for coping with job stress, reducing job conflicts, and a compatible and appropriate environment can be effective in the enhancement of nurses and head nurses' mental health.

Keywords: self-efficacy, nurses, mental health, Bandar Abbas

Address: : Bandar Abbas, School of Public Health, sakineh dadipoor

Tel: (+98) 7633337192

Email: mdadipoor@yahoo.com

¹ Assistant Professor, Research Center for Social Factors in Health Promotion, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

² Ph.D. student of health education and promotion of health, Reproduction and Infertility Research Center, School of Public Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

³ Professor, Research Center for Social Factors in Health Promotion, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran (Corresponding Author)

⁴ PhD Student, Student Research Committee, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ Instructor, Social Factors Research Center for Health Promotion, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran