

بررسی میزان سخت رویی در دستیاران تخصصی

پزشکی

دکتر مروارید احدی*

مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مژگان کاربخش

استادیار گروه پزشکی - اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر شکوه السادات بنی جمالی

استادیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء

الهام حکیمی راد

کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه تهران

چکیده

هدف از این مطالعه تعیین میزان سخت‌رویی در دستیاران تخصصی به تفکیک رشته تحصیلی، سن، جنس، وضعیت تأهل و نیز تعیین رابطه سخت‌رویی با موفقیت تحصیلی بوده است. این مطالعه مقطعی بر ۱۹۴ دستیار که در سال دوم رشته‌های مختلف تخصصی پزشکی مشغول تحصیل بودند، به شیوه هدفمند انجام شد. به جهت اینکه دستیاران سال اول برخی رشته‌های تخصصی مجبور به گذراندن دوره داخلی یا MPH بودند، و عملاً در رشته تخصصی خود وارد نشده بودند و دستیاران سال سوم و چهارم ارشد محسوب می‌شوند، دستیاران سال دوم به عنوان نمونه انتخاب شدند. این افراد پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه ۵۰ سؤالی سنجش مقیاس سخت‌رویی کوباسا را تکمیل کردند، که مؤلفه‌های چالش، تعهد و کنترل را شامل می‌شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد میانگین نمره سخت رویی به طور کلی $11/09 \pm 63/91$ بوده که بهترین نمره اکتسابی ۱۰۰ و کمترین آن ۰ است. $24/6$ درصد افراد در چارک اول و $25/7$ درصد در چارک چهارم قرار گرفتند. دستیاران رشته‌های جراحی مغز و اعصاب، روان‌پزشکی و طب اورژانس بالاترین نمره در سخت‌رویی را داشتند. جنسیت با مؤلفه کنترل سخت‌رویی رابطه معنادار داشت ($P=0/009$)، به این

* نویسنده مسئول Email: m_ahadi@razi.tums.ac.ir

ترتیب که مردان در این مؤلفه امتیاز بیشتری داشتند. نسبت به زنان بین سخت‌رویی و مؤلفه‌های تعهد و کنترل آن با تأهل نیز رابطه معنادار وجود داشت ($P=0/005, P=0/002, P=0/04$). تعهد و داشتن فرزند نیز از نظر آماری معنادار بود ($P=0/014$). با توجه به نقش مهم سخت‌رویی در تعدیل استرس، ایجاد دوره‌های آموزشی در جهت ارتقای سطح آن امری ضروری به نظر می‌رسد. به این ترتیب می‌توان دستیاران را در جهت اتخاذ شیوه‌های مقابله‌ای صحیح یاری کرد تا علاوه بر ارتقاء سطح بهداشت روانی، میزان رضایت شغلی و کیفیت مراقبت آنها از بیماران افزایش یابد و از میزان آسیب‌های روانی، جسمی و فرسودگی شغلی در آنها کاسته شود.

کلید واژه‌ها:

سخت‌رویی، دستیاری، کنترل، تعهد، چالش.

مقدمه

استرس بخش تفکیک‌ناپذیری از زندگی بشر است به گونه‌ای که برخی صاحب نظران هر نوع تقاضای سازگاری از فرد را استرس‌زا می‌دانند (پلتاوسکی^۱ ۲۰۰۳). پژوهش‌های متعدد در طی سال‌های گذشته نشان داده‌اند، که رویدادهای استرس‌زا می‌تواند به ایجاد بیماری‌های جسمی، روانی و همچنین کاهش بازده کاری منجر شوند. حرفه پزشکی و تحصیل در این رشته از جمله مواردی است که با استرس‌های خاص، شدید و منحصر به فرد خود همراه است. دوره دکترای تخصصی (دستیاری) در اکثر رشته‌های تخصصی پزشکی مرحله‌ای طاقت فرسا است چرا که مواجه شدن با مسائلی همچون تعداد کشیک‌های زیاد، پرمسئولیتی حرفه، لزوم پاسخ‌گو بودن مداوم، حضور نداشتن کافی در جمع خانواده و درآمد پایین همه این عوامل ایجاد استرس در دستیاران را سبب می‌شود. حال اگر چنین فردی نتواند به طور مؤثر خود را برای مواجهه با مشکلات مهیا کند و به زندگی به عنوان یک صحنه پیکار نگاه کند. دچار احساس یأس، ناامیدی، افسردگی، اضطراب، خشم، فرسودگی شغلی و اختلالات جدی روانی می‌شود. در این شرایط نه تنها بهداشت روانی پزشک آسیب می‌بیند، بلکه پیامدهایی هم‌چون پرخاشگری، اضطراب، برقرار نکردن ارتباط مناسب با محیط کار و زندگی، افزوده شدن بر حساسیت در روابط میان فردی، زود رنجی و فرسودگی شغلی، آسیب به دیگران از

1.Poltavski

جمله بیماران و به طور کلی جامعه را منجر می‌شود. در مقابل اگر فرد بتواند به شیوه‌ای مناسب مقابله کند، سلامت جسمی، روانی، رضایت از زندگی، رضایت شغلی و بازده کاری او ارتقاء می‌یابد. (کاربخش ۱۳۸۱)

در مطالعاتی که ارتباط بین استرس و پیامدهای آن بررسی شده است، دامنه همبستگی‌ها بسیار گسترده بود که چنین دامنه گسترده‌ای به حضور متغیرهای تعدیل کننده و تفاوت‌های فردی در ارتباط بین استرس و پیامدهای آن دلالت دارد. کوباسا^۱ از اولین محققانی بود که در بین متغیرهای تعدیل کننده، به ویژگی شخصیتی توجه کرد و به این نکته پی برد، اشخاصی که درجه بالایی از استرس را بدون بیماری جسمی و روانی تجربه می‌کنند ساختار شخصیتی‌ای متفاوت از افرادی دارند که در شرایط استرس‌زا بیمار می‌شوند. (کوباسا ۱۹۸۳). کوباسا در این تحقیق نشان داد که این تمایز شخصیتی در ساختاری با نام سخت‌رویی منعکس است، که از سه مؤلفه کنترل^۲، چالش^۳ و تعهد^۴ متشکل است. او برای اولین بار در سال ۱۹۷۹ برای سخت‌رویی تعریفی طرح کرد. او سخت‌رویی را ترکیبی از باورها درباره خویشتن و جهان می‌داند که فرد را در برابر فشارهای بیرونی و درونی مصون می‌سازد. در واقع این ویژگی، توانایی پردازش مناسب محرک‌های درونی و بیرونی است. مفهوم سخت‌رویی را نباید صرفاً در نیروهای خاص برای تحمل فراوان فشارهای روانی خلاصه کرد، بلکه وجود این سازه فرد را در وضعیت سخت پیش می‌برد و او را یاری می‌کند که وقایع تهدیدآمیز را با موفقیت بیشتری پشت سر بگذارد. سخت‌رویی توانایی درک درست موقعیت پیرامون و توانایی تصمیم‌گیری مطلوب درباره خویشتن است.

شخصی که تعهد بالا (نقطه مقابل بیگانگی^۵) دارد به اهمیت، ارزش و معنای این که چه کسی هست و چه فعالیت‌هایی انجام می‌دهد، واقف است و بر همین مبنای قادر است درباره هر آنچه که انجام می‌دهد معنایی بیابد و کنجکاو خود را برانگیزد و درگیری‌های زندگی را عمدتاً تجربه‌هایی مثبت و مفید قلمداد کند. این اشخاص با بسیاری از جنبه‌های زندگی خود

-
1. Kobassa
 2. Control
 3. Challenge
 4. Commitment
 5. Alienation

هم چون شغل، خانواده، روابط بین فردی کاملاً در آمیخته می‌شوند. به اعتقاد افرادی که در مؤلفه کنترل (نقطه مقابل ناتوانی^۱) قوی هستند رویدادهای زندگی را می‌توان پیش‌بینی و کنترل کرد و بر این باور هستند که آنها قادرند با تلاش آنچه که در اطراف آنها رخ می‌دهد تحت تأثیر قرار دهند. چنین اشخاصی برای حل مشکلات به مسئولیت خود بیش از اعمال یا اشتباهات دیگران تأکید می‌کنند. پس چنین افرادی این نکته را باور دارند، که شخصاً در پیامدهای زندگی نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. در حالی که افراد بدون این خصوصیت در مواجهه با رویدادهای زندگی دچار احساس بیگانگی، ناتوانی و تهدید می‌شوند. چالش یا مبارزه جویی (نقطه مقابل احساس خطر یا تهدید^۲) نیز باور بر این امر است که تغییر و بی‌ثباتی و بی‌امنی، جنبه طبیعی زندگی است. اشخاصی که مبارزه‌جویی بالایی دارند موقعیت‌های مثبت و منفی را، که به سازگاری مجدد نیاز دارند، فرصتی برای یادگیری و رشد بیشتر می‌دانند تا تهدیدی برای امنیت و آسایش خویش. چنین باوری، انعطاف‌پذیری شناختی، قدرت تحمل رویدادها و موقعیت‌های مبهم و ناراحت‌کننده زندگی را به همراه دارد. این افراد تجربه‌های زندگی را سرشار از معنا می‌دانند و مواجهه با آنها را آموزنده تلقی می‌کنند. کوباسا و همکاران او اظهار می‌دارند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد سخت‌رو، صرفاً از تأثیر انفرادی این مؤلفه‌ها سرچشمه نمی‌گیرد، بلکه از شیوه مقابله خاصی ناشی است که با ترکیب پویای این سه مؤلفه همخوان است. در واقع سخت‌روی ساختار واحدی است که از عمل یکپارچه و هماهنگ این سه مؤلفه مرتبط با هم سرچشمه می‌گیرد (کوباسا ۱۹۷۹، مدی ۱۹۹۶^۳).

گروهی که به بررسی وضعیت سخت‌رویی در آنها، به دلیل حساسیت شغلی، بسیار مورد توجه بوده است، پرستاران هستند که از سال‌های ۱۹۸۷ رابطه بین سخت‌رویی و فرسودگی شغلی در این گروه بررسی شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین سخت‌رویی، استرس و فرسودگی شغلی در پرستاران رابطه معنادار وجود دارد، به گونه‌ای که سخت‌رویی و استرس‌های شغلی در ایجاد فرسودگی شغلی مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده هستند. و پرستاران با سخت‌رویی بالاتر در مقابله با استرس‌ها از شیوه‌های مقابله تبدیلی و مبتنی بر حل مسأله

-
1. Powerlessness
 2. Threat
 3. Maddi

استفاده می‌کنند و با تجزیه و تحلیل منطقی استرس‌ها از میزان فرسودگی شغلی خود می‌کاهند (جادکینز^۱، ۲۰۰۰) و خلاقیت و رضایت شغلی بالاتری دارند (اسمیت^۲، ۲۰۰۰، پاپا^۳، ۱۹۹۵، لارابه^۴، ۲۰۰۳). استاج میلر^۵ نشان داد که ۷ عامل در ایجاد فرسودگی روحی در پرستاران مؤثر است، که مهم‌ترین آن سخت‌رویی است (استاج میلر^۶، ۱۹۹۳). پژوهش دیگری نشان داد که سخت‌رویی بالا با کاهش پریشانی‌های روانی و نیز ارزیابی مثبت‌تر از محیط کار همراه است. همچنین پرستارانی که در مواجهه با استرس‌ها راه‌چالش را بر می‌گزینند و معتقد هستند که توان تأثیر گذاری بر وقایع را دارند، سطح کم‌تری از افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و سایر مشکلات روانی را دارند. این پرستاران در مقایسه با همکاران خود، که به طور مساوی حمایت‌های کاری دارند، رضایت شغلی و دریافت حمایت بیشتر کاری از طرف مدیران خود را ابراز می‌دارند (هاریسون^۷، ۲۰۰۲، مک کلیستر^۸، ۲۰۰۶) و در محل کار، کمتر از همکاران خود وقت تلف شده دارند. (جادکینز، ۲۰۰۶).

هم‌چنین پژوهش‌های دیگری نشان داده‌اند، که سخت‌رویی را می‌توان آموزش داد و یاد گرفتنی است. نتایج دوره‌های آموزشی برای پرستاران به منظور ارتقاء سطح سخت‌رویی و توان حل مسئله نشان داد که نمره آزمون سخت‌رویی در شرکت کنندگان دوره آموزشی به طور معنادار افزایش و سطح استرس و به تبع آن میزان نارضایتی شغلی، ترک محل خدمت و بیماری‌های روحی و جسمی کاهش یافت. (لاولا^۹، ۲۰۰۰، رو^{۱۰}، ۱۹۹۸، جادکینز^{۱۱}، ۲۰۰۶، والکر^{۱۲}، ۲۰۰۶).

پژوهشگران نتیجه‌گیری کرده‌اند که پرستاران باید به طور عملی با اجزای سخت‌رویی و هم‌چنین راه‌های ارتقاء آن آشنا شوند تا میزان اعتماد به نفس، نشاط، توان برقراری ارتباط

-
1. Jadcines
 2. Smith
 3. Papa
 4. Larrabee
 5. Stechmiller
 6. Harrison
 7. Maccalister
 8. lavla
 9. Row
 10. Walker

سالم با اطرافیان و حل مسئله در آنها افزایش یابد و از میزان فرسودگی شغلی و تغییر شغل در آنها کاسته شود (ویستر^۱ ۱۹۹۹).

با مرور پژوهش‌ها به نظر می‌رسد مرتبط با میزان سخت‌رویی و اهمیت آن در پزشکان کم‌تر تحقیق شده است. کاربخش و همکاران در سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰ وضعیت مقابله با تنش را در دستیاران دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی کردند، که هر چند درصد بالایی از پرسش‌شوندگان (۷۹/۸٪) به طور کلی امتیاز خوبی را کسب کردند، دستیاران سال‌های اول و دوم نسبت به سال‌های سوم و چهارم، انعطاف‌پذیری، اتکاء به نفس و دسترسی کمتری به منابع داشتند (کاربخش ۱۳۸۱). در این پژوهش تصمیم‌گرفتنیم تا با توجه به خطیر و پراسترس بودن دوره تخصصی پزشکی (دستیاری) و نیز نقش تعیین‌کننده سخت‌رویی در مواجهه با استرس و کاهش پیامدهای فردی، اجتماعی و حرفه‌ای مرتبط با آن، میزان سخت‌رویی در دستیاران به تفکیک رشته تحصیلی، سن، جنس و نیز ارتباط سخت‌رویی با موفقیت تحصیلی را تعیین کنیم. این اقدام ضمن به دست دادن اطلاعات کلی از وضعیت این سبک شخصیتی در دستیاران به ما کمک می‌کند تا به منظور ارتقاء سطح بهداشت روانی آنها و نحوه مواجهه و ارائه خدمات به بیماران در شرایط استرس‌زای شغلی و به تبع آن رسیدن به موفقیت حرفه‌ای و تحصیلی و درمان مطلوب بیماران راهبردهایی ارائه کنیم.

روش

این مطالعه مقطعی به صورت هدفمند بر دستیاران سال دوم ۲۳ رشته تحصیلی مختلف تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، که برای ثبت نام در آزمون ارتقاء سال دوم به سوم به دفتر آموزش تخصصی دانشگاه مذکور مراجعه می‌کردند. علت انتخاب دستیاران سال دوم به عنوان جمعیت هدف این بود که دستیاران سال اول برخی از رشته‌های تخصصی به گذراندن دوره داخلی یا MPH مؤظف هستند و در رشته تخصصی خود وارد نشده‌اند و نیز این‌که دستیاران سال سوم و چهارم به عنوان دستیار ارشد حساب شده و عملاً از تعداد کشیک و حجم کاری آنها کاسته می‌شود. جهت جلب همکاری دستیاران دو نفر کارشناس ارشد رشته روان‌شناسی و یک انترن در طی یک هفته ثبت نام در دفتر آموزش تخصصی حضور داشتند و

1. Webster

پرسشنامه را پس از توضیحات اولیه و کسب رضایت شفاهی به دستیاران ارائه می‌دادند. پرسشنامه ارائه شده شامل پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه سنجش مقیاس سخت‌رویی کوباسا بود و از آنها خواسته شد تا پرسشنامه را تکمیل کنند. دستیاران پس از تکمیل پرسشنامه آن را به پرسشگر تحویل داده و هدیه‌ای که به رسم یادبود و برای افزایش مشارکت پرسش شونده‌گان تهیه شده بود دریافت می‌کردند. جهت افزایش دقت تکمیل پرسشنامه‌ها به پرسشگران آموزش داده شده تا پس از دریافت پرسشنامه تکمیل شده آن را به دقت بررسی و در صورت وجود نقص از دستیار مورد نظر جهت رفع آن تقاضای کمک کنند.

این ابزار شامل پرسشنامه دموگرافیک و مقیاس سنجش میزان سخت‌رویی کوباسا بود، که ۵۰ ماده دارد و آزمودنی در برابر هر ماده براساس آن که این ماده تا چه میزان درباره او مصداق دارد، پاسخ خود را در یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر (اصلاً درست نیست) تا ۳ (کاملاً صحیح است) مشخص می‌کند. این آزمون سه مؤلفه اصلی چالش، تعهد و کنترل دارد که هر یک به ترتیب ۱۷، ۱۶، ۱۷ ماده را به خود اختصاص داده‌اند. در تحقیقات داخلی و بین‌المللی برای این آزمون روایی و اعتبار مناسب گزارش شده است. (جمهری ۱۳۸۱، قربانی ۱۳۷۳، بشارت ۱۳۸۶).

از نرم‌افزار SPSS 13 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در مواقعی که ارزیابی نرمال بودن توزیع یک متغیر کمی مورد نظر بود از آزمون کالموگروف اسمیرنوف^۱ استفاده شد. به منظور تعیین ارتباط متغیرهای کمی با توزیع نرمال با متغیرهای کیفی دو حالت از آزمون T مستقل و با متغیرهای کیفی چند حالتی از ANOVA استفاده شد. برای تعیین ارتباط متغیرهای غیر نرمال با متغیرهای کیفی دو حالت از آزمون من ویتنی یو^۲ و با متغیرهای کیفی چند حالت از آزمون کراسکال والیس^۳ استفاده شد.

نتایج

از مجموع ۲۴۰ دستیار سال دوم دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۹۴ نفر پرسشنامه این

-
1. Kolmogrov- smirnov
 2. Mann-Whitney U
 3. Kruskal-Walis

پژوهش را تکمیل کردند.

خصوصیات توصیفی جامعه پژوهش

سن:

میانگین سنی دستیاران $3/91 \pm 32/68$ و میانه ۳۲ بود.

جنس:

از نظر جنسیت، ۱۲۸ نفر (۶۶٪) مذکر و ۶۶ نفر (۳۴٪) مؤنث بودند.

تأهل:

در هنگام تکمیل پرسشنامه ۳۷/۶٪ از پاسخ دهندگان مجرد و ۶۲/۴٪ متأهل بودند.

تعداد فرزندان:

از تعداد ۱۲۱ نفر متأهل، ۵۱ نفر (۴۲/۱٪) فرزند نداشتند و ۷۰ نفر (۵۷/۹٪) صاحب فرزند بودند که از این بین ۴۷ نفر (۶۷/۱٪) یک فرزند، ۲۱ نفر (۳۰٪) دو فرزند و ۲ نفر (۱/۲٪) سه فرزند داشتند.

استعمال سیگار:

بر طبق گزارش فردی آزمودنی‌ها تنها ۹ نفر (۴/۶٪) سیگار می‌کشیدند و ۹۵/۲٪ سیگار نمی‌کشیدند. که در بین سیگاری‌ها ۱ نفر (۱۱/۱٪) روزی ۳ نخ، ۴ نفر (۴۴/۴٪) روزی ۵ نخ، ۱ نفر (۱۱/۱٪) روزی ۶ نخ، ۱ نفر (۱۱/۱٪) روزی ۱۰ نخ، ۲ نفر (۲۲/۲٪) روزی ۱۵ نخ سیگار مصرف می‌کردند. به این ترتیب میانگین تعداد نخ سیگار مصرفی برابر ۷/۶ با انحراف معیار ۴/۵ و میانه ۵ بود.

تعداد کشیک:

از دستیاران در رابطه با تعداد متوسط کشیک آنها در ماه سؤال شد، که متوسط تعداد کشیک در ماه میانگین ۸/۶۸ با انحراف معیار ۳/۸۴ و میانه ۹ داشت.

بررسی میزان سخت رویی در ... ۱۰۳

نمره ارتقاء سال گذشته:

میانگین نمره ارتقاء سال ۱ به ۲، ۹۶/۶ با انحراف معیار ۲۷/۱ و میانه ۹۰ بود.

نمره درون دانشگاهی سال گذشته:

میانگین نمره درون دانشگاهی سال ۱ به ۲، ۱۲۹/۶ با انحراف معیار ۴۸/۲ و میانه ۱۲۵ بود.

نمره درون دانشگاهی سال جاری:

میانگین نمره درون دانشگاهی سال ۲ به ۳، ۱۲۲ با انحراف معیار ۱۷/۳ و میانه ۱۲۴ بود.

سخت رویی و مؤلفه‌های آن:

از نظر سخت رویی ۹۵٪ نمونه مورد مطالعه امتیاز بین ۶۲/۳۳ و ۶۵/۴۹ را کسب کردند. حداقل امتیاز کسب شده ۲۷/۴۱ و حداکثر امتیاز کسب شده ۸۸/۸۵ و میانگین امتیازات ۶۳/۹۱ با انحراف معیار ۱۱/۰۹ و میانه ۶۵/۴ است. حداکثر نمره اکتسابی در این آزمون ۱۰۰ و حداقل آن ۰ است. از آن جایی که آزمون سخت رویی، تستی نمونه محور است، آزمودنی‌ها را بر اساس نمره‌های کسب شده در این تست به ۴ گروه تقسیم کردیم که به ترتیب چارک اول شامل نمره‌های ۵۷/۲۷ و پایین‌تر، چارک دوم نمره‌های ۵۷/۲۸ تا ۶۵/۴۱، چارک سوم نمره‌های ۶۵/۴۲ تا ۷۲/۰۸ و چارک چهارم نمره‌های ۷۲/۰۹ و بالاتر را شامل شد که ۲۴/۶٪ دستیاران در چارک اول، ۲۵/۱٪ در چارک دوم، ۲۴/۶٪ در چارک سوم و ۲۵/۷٪ در چارک چهارم قرار داشتند.

سخت رویی و رشته‌های تحصیلی

جدول ۱ میانگین نمره سخت‌رویی را براساس رشته تحصیلی نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین نمره آزمون سخت رویی بر اساس رشته تحصیلی به ترتیب نزولی

ردیف	رشته تحصیلی	میانگین و انحراف معیار نمره سخت‌رویی
۱	جراحی مغز و اعصاب	۷۴/۸ ± ۴/۹
۲	روان‌پزشکی	۷۱/۸ ± ۷/۱
۳	طب اورژانس	۷۰/۵ ± ۸/۳
۴	نورولوژی	۶۸/۸ ± ۱۰/۳
۵	رادیولوژی	۶۷/۳ ± ۱۳/۱
۶	گوش و حلق و بینی	۶۶/۶۹ ± ۶/۶
۷	پزشکی هسته‌ای	۶۶/۶۵ ± ۲/۴
۸	اورولوژی	۶۵/۴ ± ۱۷/۱
۹	جراحی عمومی	۶۵/۱ ± ۸/۶
۱۰	اطفال	۶۴/۸ ± ۱۰/۴
۱۱	بیهوشی	۶۳/۸ ± ۱۰/۵
۱۲	پاتولوژی	۶۳/۷ ± ۱۴/۲
۱۳	عفونی	۶۲/۸ ± ۱۳/۴
۱۴	چشم‌پزشکی	۶۲/۱۸ ± ۹/۶
۱۵	داخلی	۶۲/۱۷ ± ۱۵/۱
۱۶	طب‌کار	۶۱/۴ ± ۹/۳
۱۷	قلب و عروق	۶۰/۹ ± ۱۳/۰۱
۱۸	پرتو درمانی	۶۰/۳ ± ۱۰/۰۴
۱۹	زنان و زایمان	۶۰/۱ ± ۱۰/۷
۲۰	پزشکی اجتماعی	۵۹/۶ ± ۸/۰۳
۲۱	پزشکی اجتماعی	۵۹/۴ ± ۸/۹
۲۲	ارتوپدی	۵۸/۷ ± ۶/۹
۲۳	پوست	۵۳/۶ ± ۱۲/۸

به منظور آزمون فرضیات تحقیق، نرمال بودن توزیع نمره‌های سخت‌رویی و مؤلفه‌های آن ارزیابی شد و نمره‌های سخت رویی با $P=0/2$ توزیع نرمال داشت. در بین سه مؤلفه کنترل، تعهد و چالش، تنها چالش با $P=0/74$ توزیع نرمال داشت.
میانگین امتیاز سخت‌رویی بین ۲۳ رشته تحصیلی تفاوت معناداری را نشان نداد ($P=0/45$).

به سبب تعداد رشته‌های تحصیلی کلیه ۲۳ رشته تخصصی به دو دسته جراحی و غیر جراحی تقسیم شد و مجدداً رابطه سخت‌رویی با رشته تخصصی (جراحی و غیر جراحی)

۱۰۵ بررسی میزان سخت رویی در ...

ارزیابی شد که باز هم رابطه معنادار نبود ($P=0/59$).

بین مؤلفه‌های چالش، کنترل و تعهد با رشته‌های جراحی و غیر جراحی تفاوت معنا داری دیده نشد ($P=0/42$, $P=0/39$, $P=0/58$).

سخت‌رویی و سن

به منظور گویا و کاربردی‌تر بودن نتایج، از نظر سن، آزمودنی‌ها بر اساس سن به ۴ گروه ۳۰ سال و کمتر، ۳۱ تا ۳۵، ۳۶ تا ۴۰ و ۴۱ به بالا تقسیم شدند.

جدول ۲ میانگین نمره سخت‌رویی را بر حسب گروه‌های سنی نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین نمره سخت رویی در هر گروه سنی.

گروه	سن	میانگین و انحراف معیار نمره سخت رویی	میان
۱	≥ 30 سال	$64/2 \pm 10/06$	$65/6$
۲	۳۱ - ۳۵	$62/8 \pm 12/06$	$64/1$
۳	۴۰ - ۳۶	$65/3 \pm 11/08$	$66/2$
۴	≤ 41	$67/9 \pm 6$	$69/6$

میزان سخت‌رویی در سنین بالای ۴۰ سال بیشترین میانگین را داشت و هیچ یک از این افراد در چارک اول قرار نداشتند.

رابطه سخت‌رویی، چالش، تعهد، کنترل با عامل سن معنی‌دار نبود ($P=0/36$, $P=0/62$, $P=0/72$, $P=0/52$).

سخت‌رویی و جنسیت

میانگین نمره سخت رویی در جنس مذکر برابر $64/7 \pm 11/15$ و در جنس مؤنث برابر $62/2 \pm 10/86$ بود. رابطه بین سخت‌رویی، چالش و تعهد با عامل جنسیت معنی‌دار نبود.

از نظر آماری معنادار بود. بنابراین، در مؤلفه کنترل بین زن و مرد تفاوت معنادار وجود داشت و مردان (با میانگین $68/1 \pm 0/73$) در این مؤلفه نسبت به زنان (با میانگین $68/0 \pm 0/13$) امتیاز بیشتری داشتند.

سخت‌رویی و تأهل

میانگین نمره سخت‌رویی در افراد متأهل $10/93 \pm 65/1$ و در افراد مجرد $11/13 \pm 61/8$ بود. سخت‌رویی با تأهل، رابطه معناداری داشت ($P = 0/04$). هم‌چنین رابطه تعهد و کنترل با تأهل معنی‌دار بود ($P = 0/002$ و $P = 0/005$)، ولی بین مؤلفه چالش و تأهل رابطه معناداری نبود ($P = 0/17$). همانطور که در نتایج ذکر شد، مؤلفه کنترل با جنسیت و تأهل رابطه معنادار داشت، برای پاسخ به این سؤال که آیا این رابطه مستقل است یا خیر، بین عوامل بالا رگرسیون خطی انجام شد که برای تأهل با $P = 0/01$ و جنسیت با $P = 0/02$ رابطه معنادار وجود داشت.

سخت‌رویی و داشتن فرزند

میانگین نمره سخت‌رویی در افراد بدون فرزند $11/43 \pm 62/9$ و در افراد با فرزند $10/39 \pm 65/4$ بود.

داشتن فرزند تنها با مؤلفه تعهد ارتباط معنی‌داری نشان داد ($P = 0/014$) و با مؤلفه کنترل با $P = 0/05$ نیز رابطه مرزی^۱ بود. همان‌گونه که در نتایج مشهود است مؤلفه تعهد با داشتن فرزند و تأهل رابطه معنادار داشت، برای پاسخ به این سؤال که آیا این رابطه مستقل است یا خیر، بین عوامل بالا رگرسیون خطی انجام شد که برای تأهل با $P = 0/03$ رابطه معنادار بود و برای دارا بودن فرزند با $P = 0/3$ رابطه معنادار نبود، پس می‌توان نتیجه گرفت که تنها تأهل مستقیماً با تعهد ارتباط دارد.

سخت‌رویی و متوسط کشیک ماهیانه

تعداد متوسط کشیک ماهیانه دستیاران توزیع نرمال نداشت و به منظور گویاتر بودن نتایج از نظر تفسیر و کاربرد، تعداد کشیک ماهیانه به ۳ گروه ۵ و کمتر، ۶ تا ۹، ۱۰ به بالا تقسیم شد. در گروه اول (۵ کشیک در ماه و کمتر) میانگین نمره سخت‌رویی $12/07 \pm 64/4$ ، در گروه دوم (۶ تا ۹ کشیک در ماه) میانگین نمره سخت‌رویی برابر $11/64 \pm 62/3$ و در گروه سوم (۱۰ کشیک در ماه و بالاتر) میانگین نمره سخت‌رویی $10/13 \pm 65/3$ بود.

1. borderline

بررسی میزان سخت رویی در ۱۰۷

تعداد کشیک ماهیانه با سخت رویی رابطه معنادار نداشت ($P = 0/26$) و با چالش با $P = 0/05$ رابطه مرزی داشت. رابطه تعهد و کنترل نیز با تعداد ماهیانه کشیک معنی دار نبود ($P = 0/67$ و $P = 0/54$).

سخت رویی و موفقیت تحصیلی

در این پژوهش موفقیت تحصیلی با نمره آزمون ارتقاء (آزمونی جامع، چهار گزینه‌ای و کشوری است) و نیز نمره درون دانشگاهی (نمره اکتسابی دستیار از بخشی که در آن مشغول به کار است) سنجیده شد. حداکثر نمره اکتسابی در این آزمونها ۱۵۰ است. نرمال بودن توزیع نمره‌های درون دانشگاهی سال گذشته (سال ۱ به ۲)، درون دانشگاهی سال جاری (۲ به ۳) و ارتقاء سال گذشته (سال ۱ به ۲) برآورد شد که مورد آخر نرمال نبود. سپس نمره‌ها به چهار گروه ۸۰ و کمتر، ۸۱ تا ۱۰۰، ۱۰۱ تا ۱۲۰ و ۱۲۱ تا ۱۵۰ تقسیم شد. رابطه سخت رویی و مؤلفه‌های آن با نمره‌های ارتقاء سال گذشته و درون دانشگاهی سال گذشته و سال جاری معنی دار نبود.

سخت رویی و مصرف سیگار

در رابطه با مصرف سیگار میانگین نمره سخت رویی در افراد سیگاری $7/72 \pm 63/2$ و در افراد غیر سیگاری $10/89 \pm 64/2$ بود، ولی تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش بیشترین میزان سخت رویی به ترتیب مربوط به دستیاران رشته‌های جراحی مغز و اعصاب، روان پزشکی و طب اورژانس بود، که با توجه به ماهیت این رشته‌ها امری مورد انتظار به نظر می‌رسد، چرا که هر سه جزو پر استرس‌ترین رشته‌ها به شمار می‌روند. در دو رشته جراحی مغز و اعصاب و روان پزشکی اصولاً نتیجه به دست آمده از درمان همیشه بر ایده‌آل‌های پزشک و بیمار منطبق نبود و میزان بهبودی در سطح پایین‌تری قرار دارد. در این وضعیت پزشک باز خورد مثبت کمتری از بیمار خود دریافت می‌کند که این امر لزوماً با تبحر پزشک در درمان بیمار خود ارتباط قوی نداشت، بلکه بعضاً بیماری ماهیتی مزمن و درمان ناپذیر دارد، به همین علت پزشک باید در مواجهه با چنین مسائلی سعه صدر و

توانمندی مقابله‌ای خاصی داشته باشد، که زاییده ویژگی شخصیتی سخت‌رویی است. در رشته طب اورژانس به علت ماهیت استرس‌زا و تنش‌زای خود رشته و نیز مواجه مداوم با بیماران و اطرافیان مضطرب و گاه خشمگین پزشک باید قدرت تریاژ (سطح‌بندی و اولویت‌بندی)، تصمیم‌گیری و مقابله صحیح با این شرایط را داشته باشد، تا هم خود به عوارض جسمی و روحی ناشی از فشار کاری دچار نشود و هم بیماران از بهترین کیفیت درمانی بهره‌مند شوند. البته، در مواجه با چنین یافته‌ای این سؤال در ذهن مجسم می‌شود که آیا ماهیت چنین رشته‌هایی افرادی با سخت‌رویی بالا تربیت کرده است یا افراد با سخت‌رویی بالا چنین رشته‌هایی را انتخاب می‌کنند، پاسخ دادن به این سؤال مستلزم بررسی ویژگی‌های شخصیتی دستیاران پیش از ورود به رشته مورد نظر است.

میزان سخت‌رویی در سنین بالای ۴۰ سال بیشترین میانگین را داشت و هیچ یک از این افراد در چارک اول قرار نداشتند، این موضوع در ارتباط با مؤلفه‌های تعهد و کنترل نیز مشهود است. این یافته با نتایج دیگر محققان همسو است، که از سخت‌رویی به عنوان ویژگی‌ای اکتسابی و یادگرفتنی یاد می‌کند و نه ویژگی‌ای صرفاً ذاتی (لامبرت^۱ ۲۰۰۷). این افراد اگر چه تحت آموزش رسمی قرار نگرفته بودند، ولی شاید گذر عمر، مواجهه با مسائل مختلف و متنوع زندگی، مسئولیت‌های بیشتر و کسب تجارب نامحسوس نسبت به آنها مانند آموزگاری عمل کرده تا بتوانند در مواجهه با مسائل استرس‌زای گوناگون و مسئولیت‌های بیشتر، شیوه‌های مقابله‌ای مناسب را انتخاب کنند، به ارزش و معنای این که چه کسی هستند، چه فعالیتی انجام می‌دهند و چه رسالتی دارند بیشتر واقف باشند. آنها با تلاش سعی می‌کنند تا شخصاً در زندگی نقش تعیین‌کننده داشته باشند و به عنوان تکیه‌گاه دیگران عمل کنند.

میانگین نمره سخت‌رویی در مردان بالاتر از زنان بود و این امر با نتایج دیگر تحقیقات همسو است که به اعتقاد آنها زنان و مردان از لحاظ سخت‌رویی متفاوت هستند و با توجه به استعداد بیشتر زنان در ابتلا به افسردگی (۲ برابر مردان) سخت‌رویی به عنوان سپر مقاومی در برابر آن است. (شپرد^۲ و کاشانی ۱۹۹۱). شیرکا^۳ نیز معتقد است سخت‌رویی از میزان ابتلا به

-
1. Lambert
 2. Sheppard
 3. Shirka

۱۰۹ بررسی میزان سخت رویی در ...

بیماری‌های جسمی در مردان و ابتلا به بیماری‌های روانی در زنان می‌کاهد (شیرکا ۲۰۰۰). این تفاوت در مؤلفه‌های سخت‌رویی بالاخص تعهد و کنترل نیز مشهود است، به گونه‌ای که زنان و مردان از نظر کنترل تفاوت معنا داری داشته‌اند به این معنا که با ۹۵ درصد اطمینان مردان در مؤلفه کنترل نسبت به زنان داشتند. در مطالعه کاربرخش و همکاران نیز مردان توانایی مقابله با استرس بالاتری داشتند، که به ویژه از نظر انعطاف‌پذیری، تطابق، رفتار غیر انفعالی، اتکاء به نفس و توانایی آرام کردن خود امتیازها، به طور معنی‌داری، بالاتر بودند (کاربخش ۱۳۸۱). در علت‌شناسی این نکته: برخی معتقد هستند که مردان در حوادث زندگی بیشتر عوامل درونی و مربوط به خود را دخیل می‌دانند، این در حالی است که زنان عوامل بیرونی را بیشتر مؤثر می‌دانند. پژوهش شپرد نشان می‌دهد که از بین سه مؤلفه سخت‌رویی، مؤلفه کنترل عامل تعدیل‌کننده بیماری درباره مردان است، ولی این نکته درباره زنان مصداق ندارد (شپرد و کاشانی ۱۹۹۱).

بین سخت‌رویی و مؤلفه‌های تعهد و کنترل آن با تأهل رابطه معنا داری وجود داشت. این امر احتمالاً از اینجا منشأ می‌گیرد که افراد متأهل نسبت به افراد مجرد وظایف و مسئولیت‌های بیشتر داشتند. بیشتر این افراد، اعتقاد دارند، که صرفاً به خود متعلق نیستند، بلکه افراد خانواده آنها نیز از تبعات تصمیمات و رفتارهای آنها تأثیر می‌گیرند. به نظر می‌رسد آنها در تلاش هستند تا حوادث زندگی را خسته کننده، ملال‌آور و تهدید آمیز قلمداد نکنند و همواره سعی در ساختن زندگی‌ای پویاتر برای خود و خانواده بر اساس اهداف متعالی دارند. نکته جالب توجه این که بین داشتن فرزند و مؤلفه‌های کنترل و تعهد نیز رابطه معنا داری وجود داشت و این دو نتیجه، با تحقیقاتی تأیید می‌شود، که نشان دهنده میزان ابتلا به بیماری‌های روانی و اقدام به خودکشی در افرادی کمتر است، که تشکیل خانواده داده‌اند. (پور افکاری ۱۳۸۵).

بین سخت‌رویی و نمره‌های ارتقاء و درون‌دانشگاهی رابطه معنا داری به دست نیامده است، که این امر در رابطه با نمره ارتقا غیرعادی به نظر نمی‌رسد، ولی در ارتباط با نمره درون‌دانشگاهی به اندکی تأمل و بررسی احتیاج است. پیش از تفسیر این یافته باید از چگونگی ارزشیابی دستیاران در این زمینه اطلاعاتی که مشتمل بر موارد ذیل است به دست آید:

سیستم ارزشیابی گروه‌های آموزشی مختلف مبتنی بر چیست؟ آیا به فعالیت‌های درون بخشی دستیار که مشتمل بر توان علمی و عملی، ارتباط با بیمار، پرستار، پرسنل و همکاران،

چگونگی حل و فصل مشکلات کاری و برنامه‌ریزی است بهایی داده می‌شود؟ یا این نمره صرفاً به وسیله پاسخگویی به آزمونی چند گزینه‌ای کسب می‌شود.

بنا به پژوهش‌های فراوان افراد سخت‌روتر بازده کاری بالاتر، فرسودگی شغلی کمتر، رابطه بهتر با همکاران و بیماران دارند و در مواجهه با شرایط دشوار کاری برای رفع معضل و مشکل شیوه‌های صحیح به کار می‌برند (جوادکینز ۲۰۰۶، پاپا ۱۹۹۵، لارابه ۲۰۰۳). پس احتمالاً در صورت وجود سیستم ارزشیابی مناسب، انتظار داریم تفاوت معناداری بین نمره درون دانشگاهی و سخت‌رویی مشاهده شود.

نمره سخت‌رویی در افراد سیگاری نسبت به غیرسیگاری پایین‌تر بود، ولی رابطه‌ای معنادار حاصل نشده است. شاید این امر ناشی از کم گزارش دهی آزمودنی‌ها مبنی بر مصرف سیگار باشد. درصد دستیاران سیگاری در تحقیق «بررسی شیوه‌های مقابله در دستیاران» نیز مشابه این تحقیق بود (کاربخش ۱۳۸۱). کم گزارش‌دهی در این زمینه بسیار قابل انتظار است زیرا که در جامعه ما مصرف سیگار بالاخص در بین پزشکان که خود آشناترین افراد با عوارض آن هستند امری پسندیده به شمار نمی‌رود. در سایر تحقیقات بین مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر با سخت‌رویی رابطه‌ای معکوس وجود داشت، به طوری که افراد با سخت‌رویی پایین در مواجهه با شرایط استرس‌زا به علت ناتوانی در اتخاذ شیوه‌های مقابله‌ای مناسب، به منظور کاهش موقت میزان استرس خود موادی هم چون سیگار، الکل و مواد مخدر مصرف می‌کنند. (مدی ۱۹۹۶).

با توجه به این نکته که از معیارهای توسعه یافتگی یک کشور، خدمات بهداشتی، درمانی و برنامه‌های پیشگیری آن کشور است و در این برنامه نمی‌توان از نقش پزشکان و سلامت آنها چشم‌پوشی کرد. پس بر مسئولان است تا با برنامه‌ریزی در راستای آموزش سخت‌رویی گام بردارند تا بتوان محیطی سالم، برای کار و ارائه خدمت، داشت.

منابع

- بشارت، محمد علی، (۱۳۸۶). سخت کوشی و راههای مقابله با استرس، مجله مطالعات روان شناختی، ۳(۲)، (۱۰۹-۱۲۹).
- جمهری، فرهاد، (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین سخت رویی و گرایش به افسردگی و اضطراب در بین زنان و مردان دانشجوی دانشگاه‌های شهر تهران، پایان نامه مقطع دکترا، دانشگاه علامه طباطبایی.
- قربانی، نیما، (۱۳۷۴). سخت‌رویی ساختار وجودی شخصیت، مجله پژوهش‌های روان شناختی، ۳(۴)، ۷۶-۹۲.
- پورافکاری، (۱۳۸۵). در ترجمه خلاصه روان‌پزشکی. کاپلان و سادوک تهران: انتشارات شهر آب.
- کاپلان و ساروک، (۱۳۸۵). خلاصه روان‌پزشکی، ترجمه پورافکاری، تهران، شهر آب.
- کاربخش، مزگان، (۱۳۸۱). بررسی توانایی مقابله با استرس در دستیاران رشته‌های پرسترس دانشگاه علوم پزشکی تهران و مقایسه دستیاران سال‌های اول و دوم با سوم و چهارم، پایان‌نامه مقطع دستیاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- Harrison, M, Loisselle C.G & Duquette A, (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec, *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 584-91.
- Jad Kines, S & Reid B, (2006). Hardiness training among nurse managers, *Journal of nursing education*, 37(5), 202-208.
- Jadkines, S & Massay, C, (2000). Hardiness, stress and use of ill-time among nurse managers, *Journal of nursing economy*, 24(4), 187-192.
- Kobassa, S.C, (1983). personality and social resources in stress resistance, *Journal of Personality and Social psychology*, 45(4), 839-856.
- Kobassa, S.C, (1979). Stressful life events, personality and health, *Journal of personality and social psychology*, 37, 1-11.
- Kobassa, S.C & Maddi, S.R, (1982). Personality and constitution as mediators in the stress illness relationship, *Journal of health and social behavior*, 22(4), 368-378.
- Lambert, V.A, (2007). Predictors of physical and mental health in hospital nurses within the People's Republic of China, *international nursing review*,

- 54(1), 85-91.
- Larrabee, J.H & Janney, M.A & Ostrow, C.L, (2003). Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave, *Journal of nursing administration*, 33(5), 271-283.
- Lavella, M, (2000). An investigation in to modification of personality hardiness in staff nurses, *Journal of nursing staff development*, 13(4), 212-217.
- Mccalister, K.T & Dolbier, C.L & Webster, J.A, (2006). Hardiness and support at work as predictors of work stress and job satisfaction, *American journal of health promotion*, 20(3), 183-191.
- Maddi, S.R, (2006). Building an integrated positive psychology, *The Journal of Positive Psychology*, 1(4), 226-229.
- Maddi, S.R, Kobassa, S.C & Moritaka, (1996). Relationship between hardiness and psychological stress response, *Journal of performance studies*, 3, 35-40.
- Pappas, S.H, (1995). Creating an enviroment to support hardiness and quality of patient care, *Seminars for nurse managers*, 3(3), 115-118.
- Poltavski, D, (2003). Stress and illness in American and Russian collage studants, *Personality and Individual differences*, 34(6), 971-982.
- Rowe, M, (1998). Teaching health care providers coping: results of a two – year study, *Journal of behavioral medicine*, 14(1), 16-20.
- Sheppard, J & Kashani, G.H, (1991). The relationship of hardiness, gender and stress to health outcomes in adolescents, *Journal of personality*, 59(4), 747-768.
- Shrika, N. (2000). The relationship of hardiness, sence of coherence, sports participation and gender to precieved stress among college students, *Journal of sport medicine*, 40(1), 63-70.
- Smith, D.K, (2000). The influence of manager behavior on nurse job satisfaction, *Journal of nursing administration*, 27(9), 47-55.
- Stechmiller. J & Yarandi, H.N, (1993). Predictor of burnout in critical care nurses. 22(6):534-541.
- Walker, M.J, (2006). The effects of nurses practicing of the Hearth Touch technique on precieved stress, *Journal of Holist nursing*, 24(3), 176-177.
- Webster, C, (1999). Health related hardiness and the effect of a psycho – educational group on client's symptom, *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6, 241-247.