

## بررسی ارتباط حمایت‌های اجتماعی با سلامت روان پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب شهرستان ارومیه سال ۱۳۸۵

شادیه لبادی<sup>۱</sup>، دکتر کاوه کریمی<sup>۲</sup>، دکتر محبوبه صفوی<sup>۳</sup>، دکتر محمود محمودی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۸۷/۲/۴، تاریخ پذیرش ۸۷/۴/۲۸

### چکیده

**مقدمه:** استرس یک مشکل شغلی در حرفه پرستاری است که بر روی تمام جنبه‌های زندگی پرستاران تأثیر می‌گذارد و به احتمال زیاد سلامت روان فرد را نیز دچار مشکل می‌سازد. اما از آنجا که پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه با بیماران بسیار بد حال و تکنولوژی پیچیده مواجه‌اند، لذا توجه به استرس در این گروه از پرستاران دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد. به نظر می‌رسد اتخاذ روش‌هایی برای حفظ و ابقاء پرستاران و جلوگیری از ترک حرفه آنان اقدامی ضروری باشد، تا بدین‌وسیله از کمبود پرستار و افت کیفیت مراقبت‌های پرستاری در سیستم خدمات درمانی جلوگیری شود. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط حمایت‌های اجتماعی با سلامت روان پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب شهرستان ارومیه سال ۱۳۸۵ انجام شده است.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بوده، نمونه‌های پژوهش را ۱۵۹ نفر تشکیل داده‌اند که به کمک پرسش‌نامه‌های مشخصات دموگرافیک، سلامت عمومی روان (GHQ-28)، حمایت اجتماعی هاوس و ولز مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. داده‌های پژوهش به کمک آزمون آماری کای اسکوئر و فیشر تحلیل شده‌اند.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده نشان داد که بیشتر پرستاران مورد پژوهش در بخش‌های ویژه از سلامت عمومی روان مناسب (خوب) برخوردار می‌باشند و منبع حمایتی همکار را خوب و منبع حمایتی خانواده را ضعیف معرفی کرده‌اند. همچنین از دیگر نتایج این پژوهش این بود که پرستاران مرد در مقایسه با پرستاران زن از حمایت بهتر سرپرستار و همکار برخوردار بودند. همچنین بین سن و سابقه کاری با منبع حمایتی همسر همبستگی مثبت وجود داشت. افزون بر آن پرستاران مرد در مقایسه با پرستاران زن از حمایت بهتر همسر برخوردار بودند. از دیگر یافته‌های این پژوهش آن بود که بین سن و سابقه کاری با منبع حمایتی خانواده همبستگی منفی وجود داشت. همچنین نشان داده شد که مجردین در مقایسه با متأهلین از حمایت بهتر خانواده برخوردار بودند. و همچنین پرستاران زن در مقایسه با پرستاران مرد در مقیاس اختلال عملکرد جسمانی از سلامت روان نامناسب برخوردار بودند. همچنین در ادامه تحقیق دیده شد که پرستاران صبحکار ثابت در مقایسه با پرستارانی که در شیفت عصر و شب ثابت کار می‌کردند، در مقیاس اختلال افسردگی از سلامت روان مناسب برخوردار بودند. از نتایج دیگر تحقیق این بود که بین منبع حمایتی سرپرستار با مقیاس اختلال اضطراب و خواب و اختلال افسردگی همبستگی منفی وجود داشت.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش که از ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت روان پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب شهرستان ارومیه سال ۱۳۸۵ گرفته شد، آزمون‌های آماری فرضیه پژوهش را مورد تأیید قرار ندادند، در نتیجه فرضیه پژوهش رد شد که ممکن است به علت تعداد نمونه کم در آزمون باشد.

**واژه‌های کلیدی:** حمایت اجتماعی، سلامت روان، بخش‌های ویژه

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال ششم، شماره سوم، ص ۱۴۴-۱۳۵، پاییز ۱۳۸۷

آدرس مکاتبه: مهاباد، بیمارستان امام خمینی تلفن: ۰۹۱۴۴۴۲۹۱۲

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد آموزش پرستاری بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۲</sup> دستیار بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

<sup>۳</sup> استادیار، عضو هیأت علمی واحد پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران

<sup>۴</sup> استادیار، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت

## مقدمه

ثابت شده است که افسردگی، اضطراب و فرسودگی شغلی در افرادی که شغلی پر استرس دارند افزایش می‌یابد (۱). سلیه (۱۹۸۷) نشان داده است که پرستاری یکی از انواع مشاغل پرسترس است و او خواستار توجه به لزوم تحقیق درباره استرس شغلی پرستاری شده است چرا که کارآیی در شرایط پر استرس کاهش پیدا می‌کند (۲). در مورد پر تنش بودن حرفه پرستاری همین بس که ارقام مرگ و میر ناشی از استرس شغلی در انگلستان در سال ۱۹۸۳ نشان داده است که میزان خودکشی در پرستاران زن بیشتر از میانگین مرگ و میر ناشی از شغل‌های دیگر در کشور است (۳). پرستاران بخش مراقبت ویژه بیش از پرستاران سایر بخش‌ها در معرض استرس شغلی قرار دارند. تکنولوژی پیشرفته، تضادهای موجود در ارتباطات انسانی، مسائل اخلاقی، اختلاف نظر با مدیران پرستاری، مشاهده مرگ و میر بیماران، نداشتن اطلاعات کافی، فشارهای شغلی و عدم دستیابی به ایده آل‌های شغلی، استرس‌های اساسی در بخش‌های ویژه محسوب می‌شوند (۴). آمار نشان می‌دهد که مشکل سازمان‌ها فقط جذب و گزینش پرستاران نمی‌باشد، بلکه مشکل اساسی، نگهداری و ابقاء پرستاران در سازمان‌هاست. بر طبق آمار انجمن استخدام پرستاران آمریکا میزان جا به جایی محل کار پرستاران لیسانس ۳۲٪ و میزان ترک حرفه ۴۰٪ است. این بدین معنی است که هر ساله به ازای هر ۱۰ پرستار، چهار پرستار شغل خود را ترک می‌کنند (۵). سلامت روان باعث پیشگیری از پیدایش بیماری‌های روانی و نیز سالم سازی محیط روانی است تا افراد جامعه با برخورداری از وجود یک روان سالم بتوانند با عوامل محیط ارتباط صحیح برقرار نموده و در راه رسیدن به هدف‌های خود پیروز گردند (۶). به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی هنگام بروز استرس مانند یک سپر محافظ عمل می‌کند و از بروز فشارهای روان پزشکی پیشگیری و یا شدت نشانه‌های روان شناختی را تعدیل می‌کند (۷).

کافی و کولمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) بر این باورند که حمایت اجتماعی ممکن است در برابر استرس پرستاران بهداشت روان مانند یک سپر محافظ عمل کند. آن‌ها در پژوهشی بر روی جامعه قضایی پرستاران بهداشت روان در انگلستان، وضعیت استرس و حمایت اجتماعی را در ۱۰۴ پرستار بهداشت روان مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که ارتباط آماری قابل ملاحظه‌ای میان تعداد بیماران و میزان استرس پرستاران وجود دارد. همچنین پرستارانی که وضعیت روانی نامناسبی را در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) نشان داده بودند، ۲۵٪ مدیران خود را غی حمایتی معرفی کرده بودند. ه چنین در جای دیگر نشان داده است که حمایت مدیران و همکاران، عامل مهمی در کاهش استرس می‌باشد و پرستاران شرکت کننده در این تحقیق که سطوح بالایی از استرس را تجربه کرده بودند، رفتارهای آرام کننده (تعدیل کننده‌ای) از قبیل استفاده از الکل را دارا بودند (۸).

همچنین لامبرت<sup>۲</sup> و کلینتون لامبرت (۲۰۰۳) برای بررسی ارتباط استرس‌های محیط کار با روش‌های تطابقی، چگونگی تأثیر استرس‌های کاری بر روی مکانیسم‌های سازگاری، تعداد ۳۱۰ پرستار ژاپنی با حدود سنی ۶۱-۲۱ ساله را مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاصله به این صورت گزارش شد که استرس‌های محل کار مثل درخواست‌های زیاد کاری، تغییر بخش، ناکافی بودن حمایت شغلی و... ۲۷/۶٪، روش‌های تطابقی ناکارآمد ۴۳٪، متغیرهای دموگرافیک ۱۲/۸٪ سلامت جسم و روان پرستاران را به خطر می‌اندازند. پژوهشگران نتیجه گرفتند که کشمکش‌ها، بار کاری زیاد، عدم حمایت، آمادگی ناکافی، استرس‌های محیط کاری و... عوامل خطر زایی برای سلامت روان پرستاران است و پرستارانی که از روش‌های تطابقی قبول مسئولیت و تفکر مثبت استفاده می‌کنند، از روان سالم تری برخوردارند (۹).

<sup>1</sup> Coffey & Cloeman

<sup>2</sup> Lambert

سلامت روان حالتی از بهزیستی است، به صورتی که فرد بتواند با جامعه کنار بیاید و موقعیت‌های شخصی و ویژگی‌های اجتماعی برای او رضایت بخش جلوه کند (۱۰). آسیب به سلامت روان در واقع خستگی از همه چیز و بی‌علاقگی نسبت به علاقمندی‌های سابق است (۱۱).

از آنجا که دریافت احترام شخصی از جمله بهترین مسائل درک شده، توسط پرستاران به‌عنوان رفتار حمایتی تلقی می‌شود، بنابراین تشویق، بازخورد، سپاسگزاری و قدردانی حرفه‌ای که پرستاران از پرستاران مافوق خود دریافت می‌کنند، رفتارهای مبین احترام و حمایت است و در کاهش و پیشگیری خستگی جسمی و آسیب‌های روان بسیار مؤثر می‌باشد (۱۲).

لانکستر و استنهورپ<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) می‌نویسند یکی از بهترین روش‌ها جهت مقابله با فرسودگی شغلی، حمایت از سوی اعضا قابل اعتماد در بین همکاران، خانواده و یا گروه اجتماعی می‌باشد (۱۳). مارین و رامیرز<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) منابع حمایت اجتماعی را سه دسته می‌دانند: الف) فامیل نزدیک<sup>۳</sup> که متشکل از همسر، والدین و افراد مهم دیگر که در موقعیت‌های استرس زا استوار و گره گشا هستند. ب) Insiders مثل همکاران (ج) Outsiders مثل سوپروایزرها و رئیس‌ها (۱۴).

فاووزی و آلروب<sup>۴</sup> به نقل از کونستابل و راسل (۲۰۰۴) عمده‌ترین منابع حمایتی را در پرستاران، حمایت‌های سوپروایزرها و مدیران پرستاری می‌دانند و معتقدند که حمایت‌های مدیران پرستاری منجر به عملکرد شغلی بهتر پرستاران و در نتیجه افزایش کیفیت ارائه خدمات پرستاری می‌شود و نه تنها منجر به پیشگیری از فرسودگی شغلی پرستاران می‌گردد بلکه باعث افزایش جذب پرستاران در محیط‌های کاری می‌شود (۲).

با توجه به شیوع افسردگی و اختلال در سلامت روان پرستاران، عوارض جدی آن، اندک بودن پژوهش‌های انجام شده در زمینه عوامل تعدیل کننده استرس پرستاران بخش‌های ویژه، پژوهش حاضر انجام شده است. لذا هدف از پژوهش حاضر توصیف وضعیت سلامت روان پرستاران مراقبت‌های ویژه و تعیین منابع حمایت اجتماعی آنان و تعیین ارتباط سلامت روان با برخی از مشخصات دموگرافیک پرستاران مراقبت‌های ویژه و تعیین ارتباط اجتماعی با برخی از مشخصات دموگرافیک آنان و تعیین ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی با برخی از مشخصات دموگرافیک و تعیین نقش حمایت‌های اجتماعی بر سلامت روان آنان است و فرضیه پژوهش ما این است که بین منابع حمایتی و سلامت روان پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب شهرستان ارومیه ارتباط وجود دارد.

### مواد و روش کار

این پژوهش از نوع بررسی‌های توصیفی - همبستگی بوده، جامعه پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرستان ارومیه تشکیل می‌دهند. این بیمارستان‌ها عبارتند از: بیمارستان امام خمینی، بیمارستان طالقانی، بیمارستان شهید مطهری که به روش سرشماری انتخاب شدند. آزمودنی‌های پژوهش را ۱۵۹ نفر که دارای مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری که حداقل یک سال سابقه کار در بخش‌های مورد نظر مربوط به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه داشته، تشکیل می‌دهند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه است. پرسشنامه اول ۱۵ سؤال در ارتباط با مشخصات فردی و دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش مطرح گردیده است. برای سنجش سلامت روان و حمایت اجتماعی به‌ترتیب از پرسش‌نامه سلامت عمومی روان

<sup>1</sup> Lancaster & Stanhope

<sup>2</sup> Marin & Ramires

<sup>3</sup> Kin

<sup>4</sup> Fawzi & Alrob

(28 - GHQ)<sup>1</sup> و پرسشنامه منابع حمایتی هاوس ولز<sup>2</sup> استفاده شده است. پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی روان (GHQ-28)، شامل چهار مقیاس است و هر مقیاس هفت پرسش دارد که از سؤال یک تا هفت نشانه‌های جسمانی، از ۸ تا ۱۴ مقیاس اختلال اضطراب و خواب و از ۱۵ تا ۲۱ مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مقیاس افسردگی لحاظ شده است. نمره‌گذاری به صورت لیکرت ساده انجام شده، در این شیوه نمره‌گذاری به گزینه اول (صفر)، گزینه دوم (۱)، گزینه سوم (۲)، گزینه چهارم (۳) تعلق می‌گیرد و در نتیجه نمره کل یک فرد از (۰) تا (۸۴) متغیر می‌باشد.

پرسشنامه منابع حمایتی هاوس ولز و میزان کارآیی منابع مختلف از نظر پرستاران، ابزار حمایت اجتماعی از سوی سرپرستار، همکار، همسر و خانواده توسط هاوس ولز (۱۹۷۹) طراحی شده است. این ابزار شامل سه سؤال کلی است که دیدگاه پاسخ دهندگان را در زمینه حمایتی که از سوی هر یک از منابع فوق‌الذکر دریافت می‌دارد بیان می‌کند. هاوس ولز (۱۹۷۹) سؤالات خود را بدین شکل مطرح نموده‌اند: پرستار هنگام مواجهه با مشکل روی چه کسانی می‌تواند تکیه کند. چه کسی به صحبت‌های وی در مورد مشکلات شغلی‌اش گوش می‌دهد و بالاخره آخرین سؤال که صرفاً در ارتباط با دو منبع معرفی شده نخستین می‌باشد (سرپرستار و همکار) عبارت است از این که چه کسانی به پرستار کمک می‌کنند تا در محل کار مشکلش را مرتفع سازد. نحوه امتیاز بندی گویه‌ها بر اساس درجه بندی لیکرت می‌باشد و به صورت: هیچ (۰)، کم (۱)، متوسط (۲)، زیاد (۳) می‌باشد.

بر اساس امتیازبندی فوق، سرپرستار و همکار می‌توانند حداکثر نه امتیاز و خانواده حداکثر شش امتیاز کسب نمایند. پرسشنامه‌ها با مراجعه پژوهشگر به محل کار واحدهای مورد پژوهش (بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرستان ارومیه)

طی یک مرحله در شیفت‌های صبح، عصر و شب توزیع شده و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. در این پژوهش به منظور تعیین اعتبار علمی بخش اول پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک از روش اعتبار محتوی استفاده شد. پرسشنامه سلامت عمومی، بر اساس نظر سنجی‌ها و محاسبات آماری با حساسیت ۹۱/۲٪ و ویژگی ۹۴/۰۷ تایید شده است و توسط محققین بسیاری از جمله گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۹۸)، هومن (۱۳۷۶) و نور بالا (۱۳۸۰)، حاجی نوری (۱۳۸۳) تایید شده است. در تمام بررسی‌های یاد شده این آزمون حساسیت، ویژگی و کارآیی خوبی نشان داده است. به طوری که پژوهشی تحت عنوان بررسی سلامت عمومی روانی در سال (۱۳۸۰) با استفاده از این پرسشنامه انجام شده که اعتبار آن با روش دو بار سنجی، تنصیفی و آلفای کرون باخ بررسی و به ترتیب ضرائب اعتبار ۷۰٪، ۹۳٪ و ۹۰٪ حاصل گردید و ابزار مناسبی برای غربال‌گری اختلالات روانی یا تعیین وضعیت سلامت روان تشخیص داده شد.

اعتبار علمی پرسشنامه منابع حمایتی هاوس ولز در ایران توسط بوساری در سال (۱۳۷۴) و مرادی (۱۳۸۴) تایید شده است. مطالعات زیادی در رابطه با پایایی پرسشنامه سلامت عمومی روان GHQ - 28 صورت گرفته است که همگی بیانگر کارآیی مطلوب این پرسشنامه در تعیین وضعیت سلامت روان می‌باشد. پایایی فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی توسط پالانگ، براهنی، شاه محمدی (۱۳۷۵)، ۹۱٪ محاسبه شده است. ابزار حمایتی هاوس ولز توسط بوساری (۱۳۷۴) و مرادی (۱۳۸۴) در ایران استفاده شده و بر اساس گزارشات موجود اعتماد آن‌ها مورد تأیید قرار گرفته است. بر اساس گزارش بوساری (۱۳۷۴) میزان ثبات داخلی مقیاس منابع حمایتی هاوس ولز مبین همبستگی قوی میان پاسخ‌های داده شده در هر مرحله آزمون مجدد بوده است. داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آماری توصیفی، آزمون کای اسکوئر و فیشر تحلیل گردید.

<sup>1</sup> General Health Questionnaire

<sup>2</sup> Hause & Wells

## یافته‌ها

بخش‌های ویژه ۳۵/۲۲ سال می‌باشد. همچنین میانگین تعداد فرزندان پرستاران مورد پژوهش ۰/۹۶ می‌باشد. سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

نتایج به دست آمده در بخش مربوط به اطلاعات فردی و دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش نشان می‌دهد میانگین گروه سنی پرستاران مورد پژوهش ۳۳/۰۱، سابقه خدمت ۸/۹۵ سال، طول مدت خدمت در بخش فعلی ۴/۲۲ سال، طول مدت همکاری با سرپرستار ۴/۲۹ سال، طول مدت همکاری با صمیمی‌ترین همکار ۵/۳۸ سال، سن همسران پرستاران مورد پژوهش در

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب جنس، وضعیت تاهل، نوبت کاری، میزان درآمد، میزان تحصیلات

فراوانی		گروه پرستاران بخش ویژه	ویژگی	فراوانی		گروه پرستاران بخش ویژه	ویژگی
درصد	تعداد			درصد	تعداد		
۳۲/۱	۵۱	۲۰۰-۳۰۰ هزار تومان	میزان درآمد	۷۸/۶	۱۲۵	زن	جنس
۵۰/۹	۸۱	۳۰۰-۴۰۰ هزار تومان		۲۱/۴	۳۴	مرد	
۱۳/۸	۲۲	۴۰۰-۵۰۰ هزار تومان		۷۲/۳	۱۱۵۵	متاهل	تاهل
۳/۱	۵	بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان	۲۷	۴۳	مجرد		
۹۶/۲	۱۵۳	کارشناسی	میزان تحصیلات	۲۵/۸	۴۱	صبح ثابت	نوبت کاری
				۱/۹	۳	شب ثابت	
				۸/۲	۱۳	عصر و شب ثابت	
				۶۴/۲	۱۰۲	شیفت در گردش	
۳/۸	۶	کارشناسی ارشد					

همچنین بین متغیر جنس ( $p=0/03$ ) و منبع حمایتی همکار، بین متغیر جنس ( $p=0/002$ ) و منبع حمایتی همسر، بین متغیر وضعیت تاهل ( $p=0/000$ ) و منبع حمایتی خانواده و همچنین بین منبع حمایتی سرپرستار و مقیاس اختلال اضطراب و خواب بود ( $p=0/04$ ). آزمون آماری فیشر نیز نشان داد که بین متغیر سن ( $p=0/006$ ) و منبع حمایتی همسر، بین متغیر سابقه کاری ( $p=0/01$ ) و منبع حمایتی همسر، بین متغیر سن ( $p=0/01$ ) و منبع حمایتی خانواده، بین متغیر سابقه کاری ( $p=0/000$ ) و منبع حمایتی خانواده، بین متغیر جنس ( $p=0/01$ ) و مقیاس اختلال عملکرد جسمانی، بین متغیر نوبت کاری ( $p=0/006$ ) و مقیاس اختلال افسردگی و همچنین بین منبع حمایتی سرپرستار و

یافته‌ها در زمینه سلامت روان نشان می‌دهند که ۶۷/۹٪ پرستاران بخش‌های ویژه از سلامت عمومی روان مناسب و ۳۱/۴۴٪ از سلامت عمومی روان متوسط و ۰/۶٪ از سلامت عمومی روان نامناسب برخوردارند. یافته‌ها در زمینه معرفی منابع حمایت اجتماعی و میزان کارایی هر منبع، ۶۷/۲٪ پرستاران مراقبت ویژه همکار، ۵۷/۸٪ سرپرستار، ۵۰/۳٪ همسر و ۴۹/۶٪ خانواده را به ترتیب به عنوان مؤثرترین منابع حمایتی در حل مشکلات کاری خود معرفی کرده‌اند.

در بخش مربوط به آمار تحلیلی از آزمون‌های آماری کای اسکوئر و فیشر استفاده شده است. آزمون کای اسکوئر حاکی از وجود ارتباط مستقیم بین متغیر جنس ( $p=0/01$ ) و منبع حمایتی سرپرستار،

مقیاس اختلال افسردگی ارتباط وجود دارد (p=0/01) (جدول ۴ و

۲،۳).

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌های پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک و میزان حمایت خوب منابع حمایتی

میزان حمایت خوب منابع حمایتی پرستاران بخش ویژه								مشخصه فردی	
سریپرستار	فراوانی (%)	همکار	فراوانی (%)	همسر	فراوانی (%)	خانواده	فراوانی (%)		
سن	۲۰-۳۰	۴۳	۵۷/۳	۴۷	۶۲/۶	۲۹	۳۸/۶	۱۹	۶۵/۳
	۳۰-۴۰	۳۹	۵۹/۰۶	۴۷	۷۱/۲	۳۷	۵۶/۰۶	۲۵	۳۷/۸
	۴۰-۵۰	۹	۵۶/۲	۱۲	۷۵	۱۳	۸۱/۲	۴	۲۵
	۵۰-۶۰	۱	۵۰	۱	۵۰	۱	۵۰	۱	۵۰
	جمع	۹۲	۵۷/۸	۱۰۷	۶۷/۲	۸۰	۵۰/۳	۷۹	۴۹/۶
جنس	مرد	۲۶	۷۶/۴	۲۸	۸۲/۳	۲۵	۷۳/۵	۱۶	۴۷/۰۵
	زن	۶۶	۵۲/۸	۷۹	۶۳/۲	۵۵	۴۴	۶۳	۵۰/۴
	جمع	۹۲	۵۷/۸	۱۰۷	۶۷/۲	۸۰	۵۰/۳	۷۹	۴۹/۶
تأهل:	مجرد	۲۷	۶۲/۷	۳۱	۷۲/۰۹			۳۷	۸۶/۰۴
	متاهل	۶۵	۵۶/۰۳	۷۶	۶۵/۵			۴۲	۳۶/۲
	جمع	۹۲	۵۷/۸	۱۰۷	۶۷/۲			۷۹	۴۹/۶
سابقه خدمت:	۰-۵	۲۱	۵۸/۳	۲۲	۶۱/۱	۱۰	۲۷/۸	۲۵	۶۹/۴
	۵-۱۰	۳۱	۵۳/۴	۳۶	۶۲/۱	۳۰	۵۱/۷	۳۲	۵۵/۲
	۱۰-۱۵	۲۰	۶۰/۶	۲۳	۶۹/۷	۱۷	۵۱/۵	۱۶	۴۸/۵
	۱۵-۲۰	۱۶	۶۹/۶	۱۹	۸۲/۶	۱۶	۶۹/۶	۳	۱۳
	۲۰-۲۵	۳	۵۰	۵	۸۳/۳	۴	۶۶/۷	۳	۵۰
	۲۵-۳۰	۱	۳۳/۳	۲	۶۶/۷	۳	۱۰۰	۰	۰
	جمع	۹۲	۵۷/۹	۱۰۷	۶۷/۳	۸۰	۵۰/۳	۷۹	۴۹/۶
نوبت کاری:	صبح ثابت	۲۲	۵۳/۶	۲۹	۷۰/۷	۲۱	۵۱/۲	۱۲	۲۹/۲
	شب ثابت	۱	۳۳/۳	۲	۶۶/۶	۱	۳۳/۳	۱	۳۳/۳
	عصر و شب ثابت	۸	۶۱/۵	۱۰	۷۶/۹	۹	۶۹/۲	۸	۶۱/۵
	شیفت در گردش	۶۱	۵۹/۸	۶۶	۶۴/۷	۴۹	۴۸/۰۳	۵۸	۵۶/۸
	جمع	۹۲	۵۷/۸	۱۰۷	۶۷/۲	۸۰	۵۰/۳	۷۹	۴۹/۶
درآمد	۲۰۰-۳۰۰ هزار تومان	۳۰	۵۸/۸	۲۸	۵۴/۹	۲۲	۴۳/۱	۳۳	۶۴/۷
	۳۰۰-۴۰۰ هزار تومان	۴۴	۵۴/۳	۵۸	۷۱/۶	۴۱	۵۰/۶	۳۳	۴۰/۷
	۴۰۰-۵۰۰ هزار تومان	۱۵	۶۸/۱	۱۷	۷۷/۲	۱۴	۶۳/۶	۱۱	۵۰
	بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان	۳	۶۰	۴	۸۰	۳	۶۰	۲	۴۰
	جمع	۹۲	۵۷/۸	۱۰۷	۶۷/۲	۸۰	۵۰/۳	۷۹	۴۹/۶

\* در سطح  $P < 0/03$  معنی دار است

**جدول شماره (۳):** توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک و سلامت عمومی روان مناسب (خوب)

سلامت عمومی روان مناسب پرستاران بخش ویژه										مشخصه فردی
کل سلامت عمومی روان		اختلال افسردگی		عملکرد اجتماعی		اضطراب و خواب		اختلال جسمانی		
درصد	اعداد	درصد	اعداد	درصد	اعداد	درصد	اعداد	درصد	اعداد	
۶۹/۳	۵۲	۹۰/۶	۶۸	۲۴	۱۸	۶۰	۴۵	۶۵/۳	۴۹	سن ۲۰-۳۰
۶۵/۱	۴۳	۹۲/۴	۶۱	۲۱/۲	۱۴	۵۹/۰۹	۳۹	۶۹/۶	۴۶	۳۰-۴۰
۶۸/۷	۱۱	۹۳/۷	۱۵	۲۸/۷	۳	۶۸/۷	۱۱	۷۵	۱۲	۴۰-۵۰
۱۰۰	۲	۱۰۰	۲	۰	۰	۱۰۰	۲	۱۰۰	۲	۵۰-۶۰
۶۷/۹	۱۰۸	۹۱/۸	۱۴۶	۲۲/۰۱	۶۵	۶۱	۹۷	۶۸/۵	۱۰۷	جمع
۷۹/۴	۲۷	۹۷/۰۵	۳۳	۱۷/۶	۶	۷۶/۴	۲۶	×۸۸/۲	۳۰	جنس مرد
۶۴/۸	۸۱	۹۰/۴	۱۱۳	۲۳/۲	۲۹	۵۶/۸	۷۱	۶۳/۲	۷۹	زن
۶۷/۹	۱۰۸	۹۱/۸	۱۴۶	۲۲/۰۱	۳۵	۶۱	۹۷	۶۸/۵	۱۰۹	جمع
۷۴/۴	۳۲	۹۵/۳	۴۱	۲۵/۵	۱۱	۶۵/۱	۲۸	۷۴/۴	۳۲	تاهل: مجرد
۶۵/۵	۷۶	۹۰/۵	۱۰۵	۲۰/۶	۲۴	۵۹/۴	۶۹	۶۶/۳	۷۷	متاهل
۶۷/۹	۱۰۸	۹۱/۸	۱۴۶	۲۲/۰۱	۳۵	۶۱	۹۷	۶۸/۵	۱۰۹	جمع
۸۰/۶	۲۹	۹۴/۴	۳۴	۲۵	۹	۷۵	۲۷	۷۷/۸	۲۸	سابقه خدمت: ۰-۵
۵۸/۶	۳۴	۸۶/۲	۵۰	۲۴/۱	۱۴	۴۶/۶	۲۷	۵۸/۶	۳۴	۵-۱۰
۷۲/۷	۲۴	۳۹/۹	۳۱	۲۱/۲	۷	۶۹/۷	۲۳	۷۲/۷	۲۴	۱۰-۱۵
۶۵/۲	۱۵	۹۵/۷	۲۲	۱۳	۳	۶۰/۹	۱۴	۶۵/۲	۱۵	۱۵-۲۰
۶۶/۷	۴	۱۰۰	۶	۱۶/۷	۱	۶۶/۷	۴	۱۰۰	۶	۲۰-۲۵
۶۶/۷	۲	۱۰۰	۳	۳۳/۳	۱	۶۶/۷	۲	۶۶/۷	۲	۲۵-۳۰
۶۷/۹	۱۰۸	۹۱/۸	۱۴۶	۲۲/۰۱	۳۵	۶۱	۹۷	۶۸/۵	۱۰۹	جمع
۶۸/۲	۲۸	×۹۵/۱	۳۹	۱۲/۱	۵	۶۰/۹	۲۵	۶۳/۴	۲۶	نوبت کاری: صبح ثابت
۳۳/۳	۱	۳۳/۳	۱	۳۳/۳	۱	۳۳/۳	۱	۳۳/۳	۱	شب ثابت
۵۲/۸	۷	۹۲/۳	۱۲	۱۵/۳	۲	۶۱/۵	۸	۵۲/۸	۷	عصر و شب ثابت
۷۰/۵	۷۲	۹۲/۱	۹۴	۲۶/۴	۲۷	۶۱/۷	۶۳	۷۳/۵	۷۵	شیفت در گردش
۶۷/۹	۱۰۸	۹۱/۸	۱۴۶	۲۲/۰۱	۳۵	۶۱	۹۷	۶۸/۵	۱۰۹	جمع
۷۲/۵	۳۷	۹۸/۰۳	۵۰	۲۵/۴	۱۳	۶۰/۷	۳۱	۷۰/۵	۳۶	درآمد: ۲۰۰-۳۰۰ هزار تومان
۶۵/۴	۵۳	۸۸/۸	۷۲	۲۳/۴	۱۹	۶۰/۴	۴۹	۶۶/۶	۵۴	۳۰۰-۴۰۰ هزار تومان
۶۸/۱	۱۵	۹۰/۹	۲۰	۱۳/۶	۳	۶۳/۶	۱۴	۶۸/۱	۱۵	۴۰۰-۵۰۰ هزار تومان
۶۰	۳	۸۰	۴	۰	۰	۶۰	۳	۸۰	۴	بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان
۶۷/۹	۱۰۸	۹۱/۸	۱۴۶	۲۲/۰۱	۳۵	۶۱	۹۷	۶۸/۵	۱۰۹	جمع

\* در سطح  $P < 0.05$  معنی دار است

**جدول شماره (۴):** توزیع فراوانی آزمودنی‌های مورد پژوهش بر حسب سلامت عمومی روان مناسب و میزان حمایت خوب منابع حمایتی

سلامت عمومی روان مناسب پرستاران بخش ویژه										حمایت خوب منابع حمایتی
کل سلامت عمومی روان		اختلال افسردگی		عملکرد اجتماعی		اضطراب و خواب		اختلال جسمانی		
درصد	اعداد	درصد	اعداد	درصد	اعداد	درصد	اعداد	درصد	اعداد	
۷۲/۸	۶۷	۹۶/۷	۸۹	۱۷/۳	۱۶	۶۸/۴	۶۳	۷۳/۹	۶۸	سرپرستار
۶۷/۲	۷۲	۹۱/۵	۹۸	۲۱/۴	۲۳	۶۰/۷	۶۵	۶۹/۱	۷۴	همکار
۶۵	۵۲	۹۵	۷۶	۱۷/۵	۱۴	۶۰	۴۸	۷۰	۵۶	همسر
۶۸/۳	۵۴	۹۶/۲	۷۶	۲۱/۵	۱۷	۶۲/۰۲	۴۹	۶۷/۰۸	۵۳	خانواده

\* در سطح  $P < 0.01$  معنی دار است

## بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده نشان داد که بیشتر پرستاران مورد پژوهش در بخش‌های ویژه از سلامت عمومی روان مناسب (خوب) برخوردار بودند و منبع حمایتی همکار را خوب معرفی کرده بودند و بیشتر پرستاران مورد پژوهش منبع حمایتی خانواده را ضعیف معرفی کرده بودند. همچنین از دیگر نتایج این پژوهش این بود که پرستاران مرد در مقایسه با پرستاران زن از حمایت بهتر سرپرستار و همکار برخوردار بودند که در همین راستا مطالعات فاوزی و آروپ (۲۰۰۴) نشان داد که در نتیجه اثر مثبت حمایت همکاران روی کارآمدی فرد، می‌تواند کیفیت کار را بالا ببرد. علاوه بر آن کار در محیطی با حمایت اجتماعی بالا و کاهش استرس، باعث ابقاء بیشتر پرستاران در محیط کار می‌شود (۲).

همچنین بین سن و سابقه کاری با منبع حمایتی همسر همبستگی مثبت وجود دارد. افزون بر آن پرستاران مرد در مقایسه با پرستاران زن از حمایت بهتر همسر برخوردار بودند. رابینسون و همکاران (۲۰۰۵) نیز در تحقیق مشابه بر روی پرستاران به نتایج مشابه در این زمینه دست یافتند. از دیگر یافته‌های این پژوهش آن بود که بین سن و سابقه کاری با منبع حمایتی خانواده همبستگی منفی وجود دارد. ادواردز و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) نیز معتقدند که هر چه سابقه کاری فرد بیشتر باشد قدرت سازگاری و استفاده از روش‌های مقابله با استرس افزایش یافته و امکان ابتلا به اختلالات روانی کمتر است (۱۵).

همچنین نشان داده شد که مجردها در مقایسه با متأهل‌ها از حمایت بهتر خانواده برخوردار بودند. مارین و رامیرز (۲۰۰۵) نیز در تحقیق مشابه بر روی پرستاران به نتایج مشابه دست یافتند و همچنین پرستاران زن در مقایسه با پرستاران مرد در مقیاس اختلال عملکرد جسمانی از سلامت روان نامناسب برخوردار بودند (۱۴). کالجان (۲۰۰۰) در تحقیق خود نشان داد که میزان ابتلا به

اختلالات روانی در زنان بیشتر از مردان است و همچنین در تحقیقات خود ذکر می‌کند که مجردها بیشتر از افراد متأهل در معرض استرس قرار دارند. اما تفاوت دو گروه معنی دار نمی‌باشد (۱۶). در ادامه تحقیق دیده شد که پرستاران صبح کار ثابت در مقایسه با پرستارانی که در شیفت عصر و شب ثابت کار می‌کردند در مقیاس اختلال افسردگی از سلامت روان مناسب برخوردار بودند. در همین راستا دمیر و همکاران (۲۰۰۳) می‌نویسند از میان ۳۳۳ نفر پرستار شاغل مورد پژوهش ۳۰٪ به طور ثابت در شیفت روز کار می‌کردند. ۲۰٪/۷ به طور ثابت در شیفت شب کار می‌کردند و ۴۹٪/۲ گاهاً در شیفت شب کار می‌کردند. وی ادامه می‌دهد که سطوح خستگی عاطفی در پرستارانی که به طور ثابت در شیفت شب کار می‌کردند در مقایسه با آن‌هایی که در شیفت روز به طور ثابت کار می‌کردند و آن‌هایی که گاهی در شیفت شب کار می‌کردند بیشتر است (۰/۰۰۴، ۰/۰۰۲) (p=۰/۰۰۲) (۱۷).

از نتایج دیگر تحقیق این بود که بین منبع حمایتی سرپرستار با مقیاس اختلال اضطراب و خواب و اختلال افسردگی همبستگی منفی وجود دارد. در همین راستا هال<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) در تحقیق خود در ۳ مرکز آکادمیک پرستاران، نشان داد که پرستارانی که از حمایت بیشتر و بهتر سرپرستار برخوردارند عملکرد شغلی بهتر و استرس شغلی و خستگی روحی کمتری را در مقایسه با پرستارانی که حمایت کمتری را دریافت می‌کردند داشته‌اند (۱۸). همچنین کافی و کولمن<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) در تحقیق خود نشان دادند که پرستارانی که وضعیت روانی نامناسبی را در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) نشان داده بودند، ۲۵٪ مدیران خود را غیرحمایتی معرفی کرده بودند. همچنین در جای دیگر نشان داده است که حمایت مدیران و همکاران، عامل مهمی در کاهش استرس می‌باشد و پرستاران شرکت کننده در این تحقیق که سطوح بالایی از استرس را تجربه کرده بودند، رفتارهای آرام کننده (تعدیل کننده‌ای) از قبیل

<sup>۲</sup> Hall

<sup>۳</sup> Coffey & Cloeman

<sup>۱</sup> Edwards & etal



استفاده از الکل را دارا بودند (۸). همچنین کاترین جی و همکاران (۲۰۰۱) در تحقیق خود بر روی ۵۱۰ پرستار روانکاو در یک مرکز روان درمانی در اسکاتلند به این نتیجه رسیده بودند که خستگی عاطفی در پرستاران روانکاو به واسطه حمایت سرپرستاران و ایجاد امنیت شغلی کاهش می‌یابد ( $p = 0/0001$ ) (۱۹).

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان از نتایج حاصله در بخش‌های خدمات پرستاری، مدیریت پرستاری، آموزش پرستاری و خدمات مشاوره‌ای استفاده نمود.

در بخش مربوط به خدمات پرستاری با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود با برنامه ریزی و تقسیم کار، به کار گماردن نیروهای با سابقه و کار آموزه در بخش‌های پر استرس، چرخش شغلی، افزایش تعداد پرسنل و در نتیجه کاهش اضافه کاری و همچنین افزایش حمایت مدیران و سرپرستاران تا حد زیادی از آسیب‌های روحی و روانی آنان بکاهد.

در بخش مربوط به مدیریت پرستاری با توجه به نتایج تحقیق که نشان داد پرستاران زن آسیب پذیرتر و از حمایت ضعیف‌تر سرپرستار و همکار در مقایسه با پرستاران مرد برخوردار بودند، لذا به مسئولین و مدیران پیشنهاد می‌گردد که حتی‌المقدور از پرستاران مرد در بخش‌های پر استرس استفاده شود و با برگزاری کارگاه‌های آموزشی، روش‌های استفاده از حل مسئله و تفکر مثبت آموزش داده شود و آگاهی‌های لازم در زمینه سلامت روان به پرستاران ارائه گردد تا از پیامدهای منفی و واکنش‌های جسمی و روانی پیشگیری شود. همچنین مدیران پرستاری می‌توانند در بهبود وضعیت حقوقی و کاهش ساعات کار، پرستاران نقش به سزایی داشته باشند و زمان‌های استراحت و تعطیل را برای پرستاران فراهم سازند.

در بخش مربوط به آموزش پرستاری یافته‌های این پژوهش می‌تواند مسئولین آموزش پرستاری را یاری نماید که با عوامل تنش زا و عوارض آن آشنا شده و بر اهمیت آموزش در برخورد و

مقابله با آن‌ها بکوشند. آن‌ها می‌توانند با آموزش‌های ضمن خدمت باعث بالا بردن سطح معلومات و مهارت‌های پرستاران شده و با افزایش اعتماد به نفس و خود پنداری مثبت در آن‌ها ترس از اشتباه و ناتوانی در همکاری دیگر اعضاء متخصص و ماهر را بکاهند و در نتیجه نه تنها قدرت مقابله و سازگاری با استرس را در پرستاران افزایش می‌دهند بلکه فشار کار و کشمکش‌های گروهی را نیز به حداقل می‌رسانند.

در بخش مربوط به خدمات مشاوره ای با برقراری کلاس‌های مشاوره‌ای برای خانواده پرستاران و در صورت تاهل، همسران پرستاران مبنی بر ارائه حمایت‌های لازم جهت پیشگیری از اختلال در سلامت روان پرستاران می‌توان در امر سلامت جسم و روح پرستاران گامی برداشت. بنابراین با برقراری خدمات مشاوره ای برای خانواده و همسران پرستاران می‌توان رفتارهای حمایتی را به آنان آموخت. همچنین با استفاده از خدمات مشاوره‌ای برای پرستاران شاغل می‌توان شبکه‌های حمایتی و چگونگی استفاده از این شبکه‌ها را جهت پیشگیری از استرس و فرسودگی شغلی و یا تعدیل آن و ابقاء سلامت روان به پرستاران آموزش داد.

### تقدیر و تشکر

سپاس و ستایش خدای را که در لحظه لحظه‌های عمرم، مرا به لطف خاص خویش مورد عنایت قرار داده و به من توفیق ره سپردن در این وادی را عطا فرموده است. اکنون که به لطف و یاری پروردگارم موفق به انجام پژوهش خود گردیده‌ام، بر خود ملزم می‌دانم از عزیزانی که در به ثمر رسیدن این تحقیق سهم به سزایی داشتند، تشکر و قدردانی نمایم. با تشکر فراوان از ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی، واحد علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران سرکار خانم دکتر محبوبه صفوی و استاد محترم مشاور آمار، جناب آقای دکتر محمود محمودی و تشکر فراوان از همکاری صمیمانه همسرم دکتر کاوه کریمی و همچنین سپاس و

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و سپاس و تقدیر از همه عزیزانی که به من دانش آموختند و طریقت دانش‌اندوزی را بر من هموار نمودند.

تشکر از پرسنل محترم کتابخانه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران و همچنین سپاس و تشکر از مسئولین و پرسنل محترم بخش‌های ویژه بیمارستان‌های

## References:

1. Yayli G. Stress and work life in university hospital in Turkey 2003; *Social Behavior and Personality*, 2001; 31(1), PP: 91-100.
2. Fawzi R, Alrub A. Job Stress, job por formance and social support among hospital nurse. *Journal of Nursing Scholarship*, 2004; 36 (1), PP: 73-78.
3. Mc G A. Occupational Stressing Nursing, *International Journal of Nursing Studies*, 2003; 40, PP: 555- 565.
۴. فتحی م. بررسی میزان و منابع استرس پرسنل پرستاری در بخش‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی کردستان. فصلنامه شناخت، مجله روان شناسی و روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان، ۱۳۸۱، سال دوم، شماره ۵ و ۴، صفحه ۱۹.
۵. عبدی ه، شهبازی ل. استرس شغلی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه و ارتباط آن با فرسودگی شغلی آن‌ها. مجله علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید صدوقی یزد. پاییز ۱۳۸۰، سال نهم، شماره سوم، صفحه ۵۹.
6. Carson V, Arnold E N. Mental health nursing, *The Nurse Patient Journal*. WB Soanders com. Issue 3, 2000, PP: 383-393.
۷. بخشانی ن. ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس زای زندگی با افسردگی. اندیشه و رفتار، پاییز ۱۳۷۹، سال نهم، شماره ۲، صفحه ۴۹.
8. Coffey M, Cloeman M. The relation between Support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced nursing*, 2001; Vol: 34, Issues: 3, PP: 397-408.
9. Lambert V. Work place Sterssor, Way of Copping and Demographic Characterstics aspredictors of hysical and mental health hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 2003; N (41), pp: 305.
۱۰. کاپلان و سادوک. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی. پور افکاری ن. تهران، ۱۳۸۰، انتشارات شهرآب، صفحه ۲۰.
11. Dick MB. Burnout in Doctorally Prepared Nursing Faculty, *Journal of Nursing Educational*, 2002, Vol 31. N (8), pp: 341.
12. Firth H. Inter Personal Support among Nurse At work, *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 1 (2), pp: 278-280.
13. Lancaster J, Stanhope M. *Community Health Nursing*, 4nd edition, stlouis, The C.V. Mosby com, 2000, PP: 707-760.
14. Marin A, Ramirez G. Social Support and Emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Eur.J. Psychiat*. 2005; 19(2), PP: 96-106.
15. Edwards D. (2000), Stress and burnout in community mental health nursing, are view of the literature *Aaohn Journal*, 2000; V 10(1), 1, pp: 14.
16. Callaghan P. Factors related to stress and copping among chinese nurses in Hong Kong, *Journal of advanced nursing*, 2000; 31(6), 518-1527.
17. Demir A. Investigation of factors influencing burnout Level In the professional and private lives of nurses "International Journal of Crusing studies. 2003, November, vol: 40, Issue: 8, PP: 807-827.
18. Hall DS. The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units. A service of the National Library of Medicine and the National Institutes of Health, 2007; 31(1), pp: 68-80.
19. Catherine J, Kifedde R, Burnout in Psychiatric Nursing". *Journal of Advanced Nursing*, May 2001; vol 34, pp: 392.
20. Goldberg, DP, Hillier VF. A scoled version of general Health questionnaire. *Psychological*, 1989; icine (9), PP: 131-145.