

## تأثیر برنامه آموزشی بر مبنای نظریه خودکارآمدی بر مدیریت تنش شغلی پرستاران

نوشین پیمان<sup>۱</sup>، خدیجه عزتی رستگار<sup>۲</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** پرستاری از مشاغل پرتنش است و یکی از پیامدها و نتایج تنش شغلی، فرسودگی شغلی است که تأثیرات مخربی بر مراقبت از بیمار، سلامت جسمی - روحی پرستار و هزینه‌های درمانی دارد. از آنجا که ساختار "خودکارآمدی" بر مبنای اصول نظری، روشی را ارائه می‌دهد که مراقبت‌کنندگان بهداشتی می‌توانند از آن در برنامه‌های بهداشتی به منظور ارتقای سلامت استفاده کنند، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر خودکارآمدی در افزایش مهارت‌های پرستاران انجام شد.

**روش تحقیق:** در این کارآزمایی شاهددار، تعداد ۱۰۰ نفر از پرستاران زن تمام‌وقت شاغل در بیمارستان که دارای مدرک کاردانی و بالاتر بودند، به شیوه مرحله‌ای، تصادفی از بیمارستان‌های شهر مشهد انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد شده تنش پرستاران اسپوو و خودکارآمدی عمومی استفاده گردید. مداخله آموزشی طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته انجام شد و تا سه و شش ماه بعد، پیگیری انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های من‌ویتنی، فریدمن، ویلکاکسون و همبستگی در سطح معنی‌داری  $P < 0/05$  تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره تنش شغلی و خودکارآمدی عمومی در دو گروه، بر اساس آزمون من‌ویتنی قبل از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌داری نداشت؛ اما بعد از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌داری حاصل شد ( $P < 0/01$ ). بین مهارت‌های شغلی و خودکارآمدی، همبستگی قوی وجود داشت؛ به نحوی که با افزایش خودکارآمدی، مدیریت تنش بهتر بود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این تحقیق، به نحوی تاییدکننده بسیاری از مطالعات در زمینه ارتباط تنگاتنگ بین خودکارآمدی درک‌شده در مدیریت تنش شغلی می‌باشد؛ بنابراین می‌تواند برای انجام مداخلات به منظور عملکرد بهتر مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** تنش، سازگاری روانی، بهداشت شغلی، فرسودگی شغلی، رضایت شغلی، پرستاران

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۰؛ ۹(۱): ۹-۱

دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۱۳ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۰۲/۰۴ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۲/۲۴

<sup>۱</sup> نویسنده مسؤؤل، استادیار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

آدرس: مشهد- دانشگاه علوم پزشکی مشهد- دانشکده بهداشت

تلفن: ۰۵۱۱۸۵۴۴۶۴۳ (داخلی: ۳۳۱) پست الکترونیکی: peymann@mums.ac.ir

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

## مقدمه

با پیشرفت فناوری، عوامل تنش‌زا هم بیشتر می‌شوند. تنش مخصوص افراد جامعه یا طبقه خاصی از مردم نیست و افراد با توجه به نوع و شرایط زندگی‌شان با عوامل تنش‌زای گوناگونی مواجه هستند؛ به طوری که نمی‌توان آن را از زندگی حذف و جدا کرد. پدیده تنش یا فشار عصبی از مسائل بسیار حاد کنونی سازمان‌ها می‌باشد که سلامت جسمی و روانی نیروی کار را به خطر انداخته و هزینه سنگینی را به سازمان‌ها وارد ساخته است؛ گروهی از صاحب‌نظران رفتار سازمانی، تنش ناشی از شغل را بیماری شایع قرن نام‌گذاری کرده‌اند (۱).

هر نوع حرفه و شغلی مقداری تنش و اضطراب با خود به همراه دارد و تنش شغلی شدید و مداوم در محیط کار نامناسب، در صورتی که شخص ظرفیت کافی پذیرش تنش را نداشته باشد، تخریب‌کننده است. بر اساس تحقیقات مؤسسه فایر و مارین<sup>۱</sup> مشخص شده که تنش‌های مرتبط با شغل بسیار جدی‌تر از عوامل تنش‌زای دیگر مثل مشکلات خانوادگی و مالی می‌باشد. بر اساس تخمین سازمان بهداشت و سلامت حرفه‌ای،<sup>۲</sup> تنش به علت کاهش بهره‌وری، افزایش غیبت از کار و غرامت پرداختی به کارگران، سالیانه بیش از ۳۰۰ میلیارد دلار به اقتصاد کشور آمریکا ضرر می‌زند (۲). اصولاً تمام حرفه‌هایی که به نوعی با سلامتی و جان انسان سروکار دارند، همواره پرتنش بوده و سلامتی جسمی و روانی شاغلین را تهدید می‌کنند؛ از جمله این شغل‌های پرتنش، پرستاری است؛ زیرا پرستار فردی است که مسؤول مراقبت ۲۴ ساعته بیماران بوده و طبعاً به طور مستمر در معرض عوامل متعدد تنش‌زای سنگین و سبک است؛ به همین دلیل تنش‌های شغلی در گروه‌های مراقبتی پرستاری و مامایی نسبت به سایر شاغلین بالاتر است (۳) انجمن ملی ایمنی حرفه‌ای آمریکا، پرستاری را در رأس ۴۰ حرفه پرتنش معرفی کرده است؛ بدون تردید در درازمدت، این عوامل می‌توانند فرسودگی شغلی ایجاد کرده و بر روند فعالیت حرفه‌ای این قشر زحمتکش اثرات سویی بر جای بگذارد.

در پژوهش عزیزنژاد و همکاران با عنوان «فرسودگی شغلی و علل آن در پرستاران بالینی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به

دانشگاه علوم پزشکی بابل»، ۶/۶۸٪ از پرستاران دارای فرسودگی زیاد و ۷/۰٪ نیز دارای فرسودگی شغلی خیلی زیاد بودند و در انجام وظایف شغلی خود با مشکلات زیادی مواجه هستند (۴).

در پژوهش اسفندیاری با عنوان «بررسی میزان فرسودگی شغلی کادر پرستاری شاغل در بیمارستان‌های سنندج در سال ۱۳۸۰»، فرسودگی شغلی در ۷/۰٪ از افراد در حد کم، در ۴/۹۶٪ در حد زیاد و در ۹/۲٪ در حد خیلی زیاد گزارش شد (۵).

در بررسی حبرانی و همکاران مهمترین عوامل تنش‌زا در پرستاران به ترتیب شامل در دسترس نبودن پزشکان در موارد اضطراری، کمبود کارکنان نسبت به بیماران، مراقبت از بیماران بدحال و رو به مرگ، کمبود و در دسترس نبودن وسایل و امکانات مورد نیاز، تماس با بیمار و وسایل و ترشحات آلوده بیمار، درد و رنج بیمار و عدم سازگاری برنامه کاری با شرایط زندگی شخصی بود (۶). در پژوهش آهنگرزاده رضایی و همکاران نیز مهمترین عوامل تنش‌زای فیزیکی در بخش‌های عمومی، شلوغی بخش، فضای محدود و کوچک و انجام کارهای غیرپرستاری و کافی نبودن نور در بخش، ذکر شده است (۷).

تنش تنها زمانی می‌تواند تأثیر منفی بگذارد که انسان به بن‌بست برسد و باور کند که دیگر هیچ راه حلی وجود ندارد؛ در صورتی که آدمی برای رسیدن به هدف خود فقط یک راهکار ندارد، بلکه می‌تواند با استفاده از روش‌های گوناگونی به موفقیت دست یابد و هرگز اجازه ندهد که مشکلات و مسائل او را از پای درآورد. بینش عاقلانه و منطقی و توأم با آرامش به آدمی کمک می‌کند تا بر تنش شغلی غلبه کند (۸).

اصول یادگیری، تئوری‌های رفتار انسانی و مدل‌ها چارچوبی برای درک این که مردم چگونه یاد می‌گیرند و چگونه رفتار می‌کنند، فراهم می‌کنند؛ علاوه بر این، اساسی برای مداخله مؤثر به منظور تغییر رفتار می‌باشند (۸).

متخصصین آموزش بهداشت باید به منظور کامل نمودن راهبردهای آموزشی، نظریه‌های مختلف را به کار گیرند و به آنها توصیه می‌شود که مرتبط‌ترین نظریه‌ها را با توجه به شرایط مکانی و زمانی خویش به کار برند (۹).

بر اساس مطالعات انجام‌شده، یکی از مشهورترین نظریه‌ها که در مورد چگونگی پیش‌بینی و شرح رفتار کاربرد دارد، نظریه یادگیری (شناخت) اجتماعی بندورا است که یکی از گسترده‌ترین

<sup>۱</sup> St. Paul Fire and Marine Insurance  
<sup>۲</sup> OSHA (Occupational Safety and Health Administration)

## روش تحقیق

در این پژوهش مداخله‌ای از نوع کارآزمایی شاهددار تصادفی، تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر مشهد به عنوان جامعه پژوهش در نظر گرفته شدند. از آنجا که میزان تنش پرستاران زن بیشتر از پرستاران مرد گزارش شده است (۱۷)، پژوهش حاضر بر روی پرستاران زن انجام شد.

نمونه‌های مورد پژوهش، ۱۰۰ نفر از پرستاران زن تمام‌وقت دارای مدرک کاردانی و بالاتر شاغل در سه بیمارستان بودند که به شیوه مرحله‌ای، تصادفی از بیمارستان‌های شهر مشهد انتخاب شدند. در مرحله اول بیمارستان‌های شهر مشهد به طور تصادفی انتخاب و در مرحله بعد پرستاران شاغل در دفتر پرستاری و بخش‌های جراحی، داخلی و ویژه مشخص شدند و از هر طبقه به تناسب تعداد پرستاران آن طبقه، حجم نمونه تعیین شد؛ در مرحله سوم در داخل هر بخش فهرست پرستاران شاغل در آن بخش در نوبت‌های مختلف به صورت جداگانه تهیه شد و متناسب با تعداد پرستاران هر نوبت کاری، به صورت تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی نمونه انتخاب گردید.

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ای مشتمل بر سؤالات اطلاعات فردی و پرسشنامه استاندارد تنش شغلی اسپو<sup>۲</sup> و پرسشنامه‌ای به منظور سنجش خودکارآمدی عمومی<sup>۳</sup> با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد موجود، تنظیم شد و به صورت مصاحبه حضوری و انفرادی، در فواصل مشخص (قبل از آموزش، سه و شش ماه بعد از آموزش) در مورد نمونه‌های پژوهش تکمیل گردید.

پرسشنامه تنش شغلی اسپو (۱۹۸۷) به منظور ارزیابی تنش فرد از شش بُعد بار کاری نقش، بی‌کفایتی نقش، دوگانگی نقش، محدوده نقش، مسؤولیت و محیط فیزیکی تشکیل شده است (۱۸). این ابعاد شش‌گانه، هر کدام بر مبنای طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری شده است و با ۱۰ عبارت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. کل پرسشنامه ۶۰ عبارت دارد و میزان تنش شغلی بین ۶۰ تا ۳۰۰ محاسبه می‌گردد؛ این پرسشنامه در داخل کشور توسط پژوهشگران مختلف مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن (۰/۸۹=آلفای کرونباخ) تایید شده

نظریه‌های مورد استفاده در تغییر رفتار و یک فرایند شناختی است که بر نقش اعتماد به نفس افراد نسبت به توانایی‌های خود، در انجام رفتاری که از آنها خواسته شده، اشاره دارد و یکی از سازه‌های مهم آن خودکارآمدی<sup>۱</sup> است که بندورا آن را قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش در مورد انجام یک عمل مشخص می‌داند و بر این اساس، وقتی مردم اعتقاد داشته باشند که توانایی انجام عملی را به طور مؤثر دارند، احتمال بیشتری دارد آن رفتار بخصوص را انجام دهند (۱۱،۱۰).

فردی با خودکارآمدی پایین، کمتر احتمال دارد که در انجام رفتار بهداشتی جدید یا تغییر رفتاری که برایش عادت شده، سعی نماید (۱۰). در واقع یک حس قوی از خودکارآمدی با ارتقای سلامت در ارتباط است. شواهد تجربی حاصل از مطالعات نیز ارتباط بین خودکارآمدی و ایجاد و ابقای رفتارهای بهداشتی را مورد حمایت قرار می‌دهد (۱۲) و به همین جهت می‌تواند ابزاری برای استفاده در ارتقای سلامت، آموزش به مددجو و تبعیت از رژیم‌های درمانی مختلف باشد (۱۳).

از سال ۱۹۹۰ بسیاری از برنامه‌های آموزشی بر اساس تمرکز بر افزایش درک از خودکارآمدی در مراجعه‌کنندگان به منظور تشویق آنان به مشارکت و ارتقای رفتارهای بهداشتی طرح‌ریزی شده است (۱۴). عوامل مهمی در خودکارآمدی مؤثر هستند؛ از جمله موفقیت‌ها و شکست‌های قبلی، پیغام‌های رسیده از دیگران، موفقیت‌ها و شکست‌های دیگران. در این تحقیق، از نظریه خودکارآمدی که از سازه‌های مهم نظریه شناخت اجتماعی است، در برنامه‌ریزی آموزشی به منظور افزایش مهارت‌های پرستاران، استفاده گردید؛ زیرا «خودکارآمدی» پیش‌نیاز مهمی برای تغییر رفتار محسوب می‌گردد (۱۵) و رفتار انسانی را در قالب تعامل بین تعیین‌کننده‌های شناختی رفتار و محیط تبیین می‌کند و به همین دلیل در آموزش بهداشت حائز اهمیت بوده و کاربرد فراوان داشته و دارد (۱۶،۱۱).

از آنجا که هدف کلی در این مطالعه، تعیین تأثیر خودکارآمدی در افزایش مهارت و مدیریت تنش در پرستاران بوده است، چارچوب نظری آموزش، با نظریه خودکارآمدی طراحی شد و در نهایت تأثیر این مداخله در مهارت‌های تنش و کاهش عوارض و علائم تنش در پرستاران، ارزیابی گردید.

<sup>۲</sup> Osipow- Occupational Stress Inventory-Revised (OSI-R)  
<sup>۳</sup> General self efficacy

<sup>۱</sup> Self- efficacy

جزوه‌هایی با مطالبی ساده به منظور مدیریت تنش و روش‌های آرام‌سازی، فرم‌ها و فرم‌های بازنگری جهت ثبت مهار تنش به طور روزانه، شماره تلفن جهت برقراری تماس‌های ضروری (۲۲)، در فاصله بین کلاس‌ها در اختیار پرستاران گروه مداخله (آزمون) قرار گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۵) و آزمون‌های غیرپارامتری، کای اسکوئر، من‌ویتنی و فریدمن، ویلکاکسون و ضریب همبستگی اسپیرمن (به دلیل نرمال نبودن توزیع داده‌ها) و تی مستقل در سطح معنی‌داری  $P < 0/05$  تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار نمونه‌های مورد پژوهش به ترتیب در گروه آزمون و شاهد  $28/18 \pm 6/31$  و  $28/22 \pm 5/8$  بود. ۲۸٪ از افراد مورد مطالعه مجرد و ۶۸٪ رسمی بودند؛ بیشتر افراد در هر دو گروه، تحصیلات لیسانس داشتند. دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای سن، سابقه کار، وضعیت تأهل، تحصیلات و نوع استخدام با همدیگر همسان بودند و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر متغیرهای فردی مشاهده نگردید (جدول ۱).

از نظر تنش شغلی، اختلاف معنی‌داری در میانگین نمره تنش شغلی قبل از مداخله در دو گروه مورد و شاهد مشاهده نشد؛ در گروه مورد سه و شش ماه پس از مداخله، کاهش معنی‌داری در میانگین نمره تنش شغلی مشاهده گردید ولی در گروه شاهد این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۲)؛ همچنین قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری در علائم تنش شغلی در دو گروه مورد و شاهد مشاهده نگردید؛ ولی پس از مداخله این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول ۳).

از بین متغیرهای کمی، ارتباط معنی‌دار و همبستگی مثبت بین سن با تنش شغلی ( $P = 0/01$  و  $r = 0/132$ ) و بین ساعات کار در هفته با تنش شغلی پرستاران وجود داشت ( $P = 0/01$ ،  $r = 0/211$ )؛ به نحوی که افراد دارای سن و ساعات کار کمتر در هفته، از تنش شغلی کمتری برخوردار بودند.

به منظور بررسی ارتباط بین مشخصات فردی نمونه‌های مورد پژوهش با خودکارآمدی از شاخص همبستگی اسپیرمن استفاده شد؛ بین سن و خودکارآمدی عمومی ( $r = 0/162$ ،

است ۱۹). سطوح تنیدگی شغلی در این مقیاس با چهار سطح تنش کم، طبیعی، متوسط و شدید مشخص شده است. در تحقیق حاضر فردی که دارای سطح تنش متوسط و شدید بود، به عنوان فرد دارای تنش تلقی گردید.

به منظور سنجش خودکارآمدی عمومی، از پرسشنامه استاندارد شده الهه نظامی و همکاران که دارای ۱۰ سؤال با امتیازهای ۱ تا ۴ می‌باشد، استفاده شد که حداکثر امتیاز این مقیاس ۴۰ و حداقل ۱۰ است (۲۰).

بر اساس معیار ورود به پژوهش، نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند؛ یعنی کسانی که بر مبنای پرسشنامه تنش شغلی دارای سطح تنش متوسط (۲۰۴-۲۵۱) یا شدید (۲۵۲-۳۰۰) بودند و حداقل یکی از علائم تنش نظیر: احساس عصبانیت، هیجان یا خفگی، سوءهاضمه، فشار خون بالا، بی‌خوابی، بی‌قراری و ناتوانی در تمرکز، افزایش استفاده از الکل و مواد مخدر، افزایش مصرف دخانیات، تغییر در رفتار غذایی، ناتوانی در استراحت، درد و ناراحتی‌های مزمن، مشکلات جنسی را نیز تجربه کرده بودند، وارد پژوهش شدند. اغلب کارکنان بعضی از این نشانه‌ها را دارند که احتمالاً نتیجه تنش زیاد می‌باشد و اگر به این مشکلات توجه نشود، ممکن است باعث بروز انواع بیماری‌ها شود (۲۱).

از بین نمونه‌های پژوهش که ویژگی لازم را داشتند و آمادگی خود را برای حضور در کلاس‌های آموزشی اعلام کرده بودند، به طور تصادفی به حجم نمونه مورد نظر (با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها) دست یافتیم و به طور تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند.

در این پژوهش، راهبرد آموزشی بر پایه تئوری خودکارآمدی و بر اساس مراحل چهارگانه مطرح در نظریه خودکارآمدی شامل: تجربه و کسب موفقیت در عملکرد، تجربه جانشین، تشویق و ترغیب، حالات فیزیولوژیکی/هیجانی، با تأکید بر افزایش میزان خودکارآمدی در گروه آزمون طراحی گردید و برنامه آموزشی با توجه به نظرات نمونه‌های پژوهش به صورت هشت جلسه ۱/۵ تا ۲ ساعته تنظیم و اجرا شد و پس از انجام مداخله آموزشی، سه و شش ماه بعد، پیگیری شد و پرسشنامه‌ها مجدداً تکمیل شدند.

در طی برنامه آموزشی با توجه به راهبرد آموزشی از روش‌های متنوع آموزشی نظیر بحث گروهی، ایفای نقش، بارش افکار و مشاوره، با توجه به موقعیت استفاده شد؛ همچنین

ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/01$ )؛ به عبارت دیگر هر چه سن نمونه‌های مورد پژوهش بیشتر بود، خودکارآمدی آنان کمتر بود ولی هر چه سطح تحصیلات بالاتر بود، خودکارآمدی ( $r = 0/264$ ) واحدهای مورد پژوهش نیز افزایش داشت. مقایسه میانگین نمره کل خودکارآمدی عمومی در دو گروه آزمون و شاهد نشان می‌دهد که بر اساس آزمون من‌ویتنی قبل از مداخله آموزشی، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود

نداشت؛ اما پس از مداخله، اختلاف معنی‌داری حاصل شد. همچنین، اختلاف معنی‌داری قبل و پس از مداخله آموزشی در گروه آزمون مشاهده شد؛ در حالی که در این زمینه، در گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۴).  
بین خودکارآمدی عمومی و ابعاد بارکاری نقش، بی‌کفایتی نقش، دوگانگی نقش، محدوده نقش، مسؤولیت و محیط فیزیکی، ارتباط معکوس و معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0/01$ )، (جدول ۵).

جدول ۱- مشخصات فردی نمونه‌های مورد پژوهش در دو گروه آزمون و شاهد

سطح معنی‌داری	گروه شاهد			گروه آزمون			مشخصات فردی
	درصد	تعداد	میانگین و انحراف معیار	درصد	تعداد	میانگین و انحراف معیار	
$P = 0/92$	-	-	$28/22 \pm 5/8$	-	-	$28/18 \pm 6/31$	سن
$P = 0/85$	-	-	$12/68 \pm 3/98$	-	-	$11/18 \pm 3/31$	سابقه کار
$P = 0/73$	30	15	-	32	16	-	وضعیت تأهل: مجرد
	70	37	-	68	34	-	متاهل
(آزمون دقیق فیشتر) ۱	2	1	-	4	2	-	تحصیلات: فوق‌لیسانس
	86	43	-	84	42	-	لیسانس
	12	6	-	12	6	-	فوق‌دیپلم
$P = 0/91$	66	33	-	70	35	-	نوع استخدام: رسمی
	22	11	-	20	10	-	قراردادی
	12	6	-	10	5	-	طرحی

جدول ۲- شاخص‌های آماری میزان تنش شغلی در دو گروه آزمون و شاهد، قبل، سه و شش ماه پس از مداخله آموزشی

سطح معنی‌داری فریدمن	میزان تنش شغلی		
	شش ماه بعد	سه ماه بعد	قبل از مداخله
$P < 0/001$ $0/223$	$183 \pm 1/73$	$203 \pm 1/54$	$253 \pm 4/65$
	$229 \pm 1/68$	$232 \pm 0/69$	$248 \pm 3/70$
	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$0/08$

جدول ۳- مقایسه توزیع فراوانی علائم تنش شغلی در دو گروه آزمون و شاهد، قبل و شش ماه پس از مداخله آموزشی

گروه	علائم تنش شغلی	قبل از مداخله		شش ماه بعد	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
آزمون	بلی	50	100	26	52
	خیر	0	0	24	48
شاهد	بلی	50	100	45	90
	خیر	0	0	5	10
سطح معنی‌داری آزمون کای دو		$P = 1$		$P < 0/001$	

جدول ۴- مقایسه شاخص‌های آماری متغیر خودکارآمدی عمومی در دو گروه آزمون و شاهد قبل و شش ماه پس از مداخله آموزشی

گروه	خودکارآمدی عمومی	
	قبل از مداخله	شش ماه بعد
آزمون	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
	۲۳/۹۰±۳/۱۹	۳۰/۹۲±۲/۶۴
شاهد	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
	۲۳/۶۰±۳/۲۲	۲۳/۹۸±۳/۱۴
سطح معنی‌داری آزمون من ویتنی	P<۰/۰۰۱	

جدول ۵- میانگین، انحراف معیار و ارتباط بین ابعاد شش‌گانه تنش و خودکارآمدی عمومی

ابعاد شش‌گانه تنش	بارکاری نقش	بی‌کفایتی نقش	دوگانگی نقش	محدوده نقش	مسئولیت	محیط فیزیکی	میانگین و انحراف معیار
بارکاری نقش							۴۰/۵±۱/۷۴
بی‌کفایتی نقش	۰/۱۶۱**						۴۰/۳±۲/۱۴
دوگانگی نقش	۰/۰۵۵	۰/۱۶۲**					۴۵/۲±۱/۸۷
محدوده نقش	۰/۰۳۶	۰/۱۵۳**	۰/۲۶۶**				۳۳/۰۶±۲/۵۷
مسئولیت	۰/۳۶۵**	۰/۱۶۶**	۰/۱۰۰	۰/۱۱۱*			۴۴/۷۶±۱/۸۸
محیط فیزیکی	۰/۲۱۱**	۰/۱۰۱	۰/۰۵۹	۰/۰۷۷	۰/۳۷۲*		۳۹/۷±۵/۸
خودکارآمدی عمومی	۰/۱۳۸**	۰/۱۶۶**	۰/۰۸۴*	۰/۰۴۱*	۰/۲۸۰*	۰/۱۵۶*	۲۳/۸±۳/۳۹

P&lt;۰/۰۱:\*\*

P&lt;۰/۰۵:\*

## بحث

میانگین خودکارآمدی به‌دست آمده از پژوهش‌های دیگر می‌باشد که جای تعمق و بررسی دارد.

در پژوهش حاضر بین خودکارآمدی و میزان تنش شغلی ارتباط معکوس معنی‌داری از نظر آماری وجود داشت ( $P<۰/۰۱$ )؛ به طوری که با بالاتر بودن میزان تنش شغلی، خودکارآمدی افراد کمتر بود و بر عکس؛ این نتیجه دور از ذهن نمی‌باشد؛ زیرا با توجه به ساختار خودکارآمدی، بررسی‌های انجام‌شده از این نکته حمایت کرده‌اند که خودکارآمدی می‌تواند نقش مهمی در مهار تنش شغلی داشته باشد؛ افراد با درک توانایی خود در مورد تنظیم و اداره رفتارهای خود، می‌توانند بر چگونگی رفتارهای خود تأثیرگذار باشند (۲۷).

در تحقیق Prussia و همکاران نیز این نتیجه حاصل گردید که خودکارآمدی به‌طور مستقیم با عملکرد در ارتباط است و آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ همچنین نقش واسطه‌ای مهمی را بین چگونگی اداره و رهبری رفتارهای فردی (Self-Leadership) و نحوه عملکرد ایفا می‌کند (۲۸). در پژوهش انجام‌شده در فرانسه با عنوان سندرم فرسودگی شغلی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، مشخص گردید که ویژگی‌های فردی با میزان فرسودگی شغلی ارتباط معنی‌داری دارد (۲۹).

یافته‌ها همبستگی مثبت و معنی‌داری بین سن و ساعات کار در هفته با تنش شغلی پرستاران نشان داد؛ به نحوی که افراد دارای سن و ساعات کار کمتر در هفته، از تنش شغلی کمتری برخوردار بودند. پژوهش کیفی فروغ رفیعی و همکاران در مورد عوامل مؤثر در پاسخ پرستاران به فرسودگی شغلی نیز مؤید این نکته است که خصوصیات فردی، شخصیتی و حمایت اجتماعی سازمان، بر فرسودگی شغلی پرستاران نقش دارد (۲۳). نتایج تحقیق رسولیان و همکاران نیز نشان داد که میزان فرسودگی شغلی در میان پرستاران بر اساس خصوصیات شخصیتی و سن متفاوت است (۲۴).

در پژوهش حاضر بیشترین امتیاز کسب‌شده خودکارآمدی عمومی توسط آزمودنی‌ها، ۲۷ امتیاز بود و ۲۴/۶٪ نمونه‌ها آن را کسب کردند. میانگین و انحراف معیار نیز به ترتیب ۲۳/۷۵±۳/۲ بود. در تحقیق Schwarzer و Born که در ۲۵ کشور انجام شد، میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی عمومی به ترتیب ۲۹/۵۵±۵/۳۲ و در تحقیقی دیگر در ۲۲ کشور، ۲۹/۴۶±۵/۳۳ گزارش شد (۲۶، ۲۵)؛ در واقع نتایج حاصل از تحقیق حاضر نشان‌دهنده خودکارآمدی پایین نمونه‌های پژوهش نسبت به

نتایج پژوهش، کوشش در جهت به کارگیری راهبردهای مناسب در کاهش تنش شغلی می‌باشد و با توجه به این که مداخلات آموزش بهداشت می‌تواند در بهبود مسائل بهداشتی اثرات مثبتی داشته باشد، توصیه می‌گردد به آموزش پرستاران در زمینه توانمندسازی و ارتقای خودکارآمدی، به منظور بهره‌گیری هر چه بیشتر از امکانات، توجه خاص شود.

با توجه به این که از نظر مادی، هزینه‌های مربوط به تنش شغلی می‌تواند بسیار قابل توجه باشد و تحقیقات نشان داده که نارضایتی و تنش شغلی در محیط‌های پر تنش ارتباط مستقیمی با افزایش ضایعات، غیبت، کاهش بهره‌وری و بروز رفتارهای ناپه‌نجا در کارمندان دارد؛ به نظر می‌رسد اختصاص بودجه به این امر، از سوی برنامه‌ریزان، مسئولین و مدیران بهداشتی، به مراتب از هزینه‌های عوارض و عواقب غیرمستقیم مربوط به تنش شغلی کمتر خواهد بود و می‌تواند راه‌گشای اجرای برنامه‌های آموزشی با اثربخشی فراوان باشد؛ توجه به این مهم، در ارتباط تنگاتنگ با ارتقای سلامت جامعه خواهد بود.

### تقدیر و تشکر

در پایان مراتب تشکر و قدردانی از نمونه‌های پژوهش به دلیل همکاری و شرکت در پژوهش و از مسئولین محترم به دلیل همراهی و مساعدت در زمینه انجام این تحقیق، اعلام می‌گردد.

یافته‌های تحقیق حاضر مبین وجود اختلاف معنی‌دار در خودکارآمدی درک‌شده، در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله می‌باشد؛ در واقع با به کارگیری چهار گام پیشنهادشده به منظور افزایش میزان خودکارآمدی، خودکارآمدی گروه تحت مداخله افزایش پیدا کرد؛ Bandura نیز بررسی خودکارآمدی را پیش‌بینی‌کننده بهتری در بروز رفتارهای خاص می‌داند (۲۳). تحقیقات قبلی در این مورد نیز تاییدکننده نتایج این تحقیق است (۳۱،۳۰)؛ بنابراین بر اساس نتایج پژوهش انجام مداخلات آموزشی بر اساس افزایش خودکارآمدی، می‌تواند از راهبردهای مهم در توانمندسازی پرستاران، به شمار آید.

### نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، توصیه می‌شود که ضمن فراهم‌نمودن تسهیلات بهداشتی برای پرستاران، با برنامه‌ریزی مناسب زمانی و ساعت کاری متناسب با توان پرستاران و در نظر گرفتن حقوق مکفی متناسب با کار، شرایطی فراهم شود که پرستاران مجبور به فعالیت در نوبت‌های کاری مکرر نباشند؛ ضمن آن که در بعد سازمانی نیز با ایجاد تغییرات در سیستم مدیریت و روابط انسانی می‌توان به حل مشکلات و نگرانی‌های آنان کمک کرد؛ همچنین بهره‌گیری از کمک مشاوران مجرب و استفاده از تجارب آنها در محیط‌های درمانی، می‌تواند در ارتقای سلامت پرستاران مفید باشد. نکته قابل توجه دیگر در راستای

### منابع:

- 1- Ghassemi A, Attar M. Rated highly stressful job factors of nurses in hospitals cities of Babol, Sari, and Behshahr. Comprehensive Industrial Engineering and Management (Btsa). [Cited 2012 August 6]; Available from: <http://betsa.blogfa.com/post-163.aspx>. [Persian]
- 2- Hargreaves G. Stress management: the essential guide to thinking and working smarter. Translated by: Moghadam Poor M. Tehran: Mehraban Publishers; 2003. [Persian]
- 3- Doctors without Borders website. Occupational stress in nursing and midwifery groups than other workers are higher. [2006 Dec 14]; Available from: <http://www.pezeskh.us>. [Persian]
- 4- Aziznezhad P, Hosseini SJ. Occupational burnout and its causes among practicing nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences (2004). Journal of Babol University of Medical Sciences (JBUMS). 2006; 8 (2): 63-69. [Persian]
- 5- Esfandiari Gh. Survey of the rate of occupational burnout between nursing staff of Sanandaj hospitals affiliated to Kurdistan University of Medical Sciences in 2001. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2001; 6 (1): 31-35. [Persian]
- 6- Hebrani P, Behdani F, Mobtaker M. Evaluation of stress factors in nurses of different hospital wards. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2008; 10 (3): 231-37. [Persian]

- 7- Ahangarzade Rezaei S, Shams Sh, Sagizade M. Survey of job stressors and coping strategies on nurses in psychiatric and general centers in Urmia. *Bimonthly Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2008; 6 (1):50-67.
- 8- Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 2<sup>nd</sup> ed. Translated by: Shafiei F. Tehran: Ladan Publication; 1997. [Persian]
- 9- Kinzie MB. Instructional design strategies for health behavior change. *Patient Educ Couns*. 2005; 56 (1): 3-15.
- 10- Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skills. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1996.
- 11- Walkley RH. Self efficacy in Health Related Behavior Change. 1997.
- 12- Strecher VJ, DeVellis BM, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Educ Q*. 1986; 13 (1): 73-92.
- 13- Lawrance L, McLeroy KR. Self-efficacy and health education. *J Sch Health*. 1986; 56 (8): 317-21.
- 14- Maddux JE, Stanley MA. Self-efficacy theory in contemporary psychology: An overview. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1986;4(3):249-55.
- 15- Carson VB. Mental health nursing: the nurse-patient journey. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.
- 16- Kaufman DM. Applying educational theory in practice. *BMJ*. 2003; 326 (7382): 213-16.
- 17- Hosseini Z, Hazavehei M, Aghamollai T, Moghimbeigi A, Moeini B. Effect of educational stress management, based on Precede model, on job stress of nurses. *Hormozgan Medical Journal*. 2011; 15 (3): 200-208. [Persian]
- 18- Osipow S, Spokane A. Manual of the Occupational Stress Inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1987.
- 19- Khaghanizadeh M, Salimi H. Relationship between stress scores of LTT in nurses in Bqiyatollah Hospital. [Research Project]. Iran. Tehran: Baqiyatollah University of Medical Sciences; 2000. [Persian]
- 20- Nezami E, Schwarzer R, Jerusalem M. Persian adaptation of the general self-efficacy scale. Available from: [usergroup.fu-berlin.de/health/persean.htm](http://usergroup.fu-berlin.de/health/persean.htm), 2004.
- 21- Stone RJ. Human resource management. 7<sup>th</sup> ed. Brisbane; Chichester: John Wiley; 2011.
- 22- Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
- 23- Rafiee F, Oskouie F, Nikravesh M. Key factors in nurses' reaction to burnout: a qualitative study. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 2007; 3 (53): 83-94. [Persian]
- 24- Rasoulia M, Elahi F, Afkham Ebrahimi A. The relationship between job burnout and personality traits in nurses. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2004; 9 (4): 18-24. [Persian]
- 25- Schwarzer R, Born A. Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. *World Psychology*. 1997; 3(1-2), 177-90.
- 26- Schwarzer R, Scholz U. Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale. Paper presented at the First Asian Congress of Health Psychology: Health Psychology and Culture, Tokyo, Japan; 2000.
- 27- Bandura A. Self-efficacy mechanisms in human agency. *Am Psychol*. 1982; 37 (2): 122-47.
- 28- Prussia GE, Anderson JS, Manz CC. Self-leadership and performance outcomes: The mediating influence of self-efficacy. *J Organiz Behav*. 1998; 19: 523-38.
- 29- Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007; 175 (7): 698-704.
- 30- Dwyer AL, Cummings AL. Stress, self-efficacy, social support, and coping strategies in university students. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2001; 35 (3): 208-220.
- 31- Schwarzer R, Hallum S. Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: mediation analyses. *Applied Psychology: An International Review*. 2008; 57: 152-71.



## Effect of an educational program on job tension management in nurses, based on self-efficacy theory

**N. Peyman<sup>1</sup>, Kh. Ezzati Rastegar<sup>2</sup>**

**Background and aim:** Nursing is one of the tensest jobs and one of the outcomes of job tension is burnout. It has devastating effects on patient care, nurse's physical and mental health; and health care costs. Since "self efficacy", according to theoretical principles, presents a procedure which can be applied by health care-takers in health programs to improve health, the present study aimed at determining increasing the management of tension in nurses.

**Materials and Methods:** In this clinical trial study, 100 full-time female nurses in Mashhad hospitals, who had an Associate's degree or a higher one, were selected through randomized staging. Then; they were randomly divided into a control and a case group. In order to gather data, Osipow standard nursing tension questionnaire and General self efficacy scale were used. Educational intervention was made during eight 1.5 hour sessions and follow-up was done 3 and 6 months later. The obtained data was analyzed by means of SPSS software, Mann-Whitney test, Friedman test, and Wilcoxon test; and  $P < 0.05$  was taken as the significant level.

**Results:** The experimental and control groups didn't significantly differ in job stress and self efficacy before the intervention. But, after intervention, stress management behavior and self efficacy were increased significantly in the experimental group, while the control group had not undergone significant changes ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** Findings of the study somehow approve many of earlier studies regarding the close relationship between perceived self-efficacy and job tension management. Therefore; this fact can be stuck to in interventions aiming at gaining better efficacy.

**Keywords:** Stress, Physiological; Adaptation, Psychological; Occupational Health Nursing; Burnout, Professional; Job Satisfaction; Nurses

*Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 9 (1): 1-9*

*Received: February 02, 2012 Last Revised: April 23, 2012 Accepted: May 13, 2012*

<sup>1</sup> Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Health Education, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran peymann@mums.ac.ir

<sup>2</sup> Postgraduate Student of Health Education, Department of Health Education, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran