

پیش بینی بهزیستی روانشناختی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان بر حسب فرهنگ مشارکتی و شیوه‌های مقابله با استرس آنان*

راحله سموعی^۱
مریم قاسمی پور^۲

چکیده:

با توجه به حساسیت شغل و رشته پرستاری، دشواری‌ها و فرسودگی متعاقب این شغل، بهزیستی روانشناختی پرستاران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که می‌تواند متأثر از فرهنگ حاکم بر سازمان و

۱ - دانشجوی دکتری مدیریت سلامت در بلایا و حوادث، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران (مؤلف مسئول)

۲ - کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران
*این تحقیق با حمایت مادی و معنوی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفته است.

روش‌هایی که آنها برای مقابله با استرس‌ها اتخاذ می‌کنند باشد. لذا این مطالعه با هدف پیش بینی بهزیستی روانشناختی پرستاران بر حسب فرهنگ مشارکتی و شیوه‌های مقابله با استرس آنان طراحی شده است. پژوهش، یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری کلیه پرستاران زن و مرد بیمارستانهای آموزشی شهر اصفهان بودند، حجم نمونه ۱۸۲ نفر انتخاب شد و داده‌ها با پرسشنامه ای مشتمل بر چهار بخش مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف، پرسشنامه فرهنگ مشارکتی کانها و کوپر و پرسشنامه شیوه‌های مقابله با استرس پارکر و ایندلر، جمع آوری گردید. نتایج نشان داد که فرهنگ مشارکتی و سبک‌های مقابله‌ای (مسئله مدار و هیجان مدار) بر بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها در سطح $(P < 0/01)$ و $(P < 0/05)$ از نظر آماری معنادار است. با افزایش فرهنگ مشارکتی و راهبردهای مقابله با استرس، می‌توان بهزیستی روان شناختی در پرستاران را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان شناختی، فرهنگ مشارکتی، راهبردهای مقابله با استرس

مقدمه

سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در برمی گیرد (عطاری، ۱۳۸۴). اغلب روانپزشکان، روان شناسان و محققان بهداشت روانی جنبه‌های مثبت سلامت را نادیده می‌گیرند (ریف و سینگر، ۱۹۹۸). تلاش‌هایی که در جهت گذر از الگوهای سنتی سلامتی صورت گرفته، گرچه زمینه لازم را برای تلقی سلامت به عنوان حالتی از بهزیستی (نه صرفاً نبود بیماری) فراهم ساخته، ولی کافی نیست. البته الگوهای جدید سلامت نیز به طور عمده بر ویژگیهای منفی تأکید دارند و در آنها ابزارهای اندازه گیری سلامت اغلب با مشکلات بدنی (تحرك، درد، خستگی و اختلالات خواب)، مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، نگرانی) و مشکلات اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی، مشکلات زناشویی) سر و کار دارد (ریف و سینگر، ۱۹۹۸).

در دهه گذشته ریف و همکارانش الگوی بهزیستی روان شناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارائه کردند. بر اساس الگوی ریف بهزیستی روان شناختی از ۶ عامل تشکیل می‌شود: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (ریف، کیز و شرنوتکین، ۲۰۰۲).

کار نیز از نظر پیشبرد سلامت بسیار ارزشمند است. کار این احساس را در فرد ایجاد می‌کند که به گروهی مهم و ارزشمند و مورد نیاز جامعه تعلق دارد و فرصتی را فراهم می‌آورد که فرد بتواند توانایی‌های خود را نشان دهد و به تمرین و بهسازی آنها و کسب مهارت‌های تازه بپردازد (یانگا، ۲۰۰۸). هر چند دیدگاه‌های اخیر در زمینه کار تعاملی است، با این حال، می‌توان کار و شغل را یکی از منابع مهم استرس شغلی در زندگی دانست. از طرفی افرادی که تحت استرس شغلی زیادی قرار دارند، از سلامت و خشنودی کمتری برخوردارند، گرچه استثناهایی نیز وجود دارد (عطارد، ۱۳۸۴).

استرس یک پدیده کلی و جهانی است که ابعاد روان شناختی، جسمانی، خانوادگی و اجتماعی انسان را در بر می‌گیرد. پژوهش‌های اخیر به بررسی استرس شغلی و حرفه‌ای اختصاص یافته است و پژوهشگران درباره پیامدهای این پدیده بر بهداشت روانی و جسمانی افراد کوشش‌های زیادی کرده اند، لذا ارتقای سطح بهداشت روانی محیط کار، به منظور توسعه بهسازی و کاهش هزینه‌های اقتصادی و ضرر و زیان ناشی از استرس شغلی، لازم است. استرس شغلی ممکن است به شکل بیماری‌های روحی و روانی از جمله فرسودگی، افسردگی، اضطراب و از بعد جسمی به صورت بیماری‌های روان تنی از جمله بیماری‌های رگ‌ها، کورونر، پرفشاری خون و... بروز کند. شاغلانی همچون پرستاران میزان بالایی از استرس را تجربه می‌کنند. مشکلاتی چون فشار کار، نوبت‌های کاری، نوع خدمات پرستاری، ارتباط با بیماران بدحال و ارتباط درون سازمانی، منابع شناخته شده استرس در پرستاران است. البته مکانیسم‌های بکار رفته در مقابله با استرس و میزان حمایت دریافتی پرستار از محیط عامل مهم تعیین کننده میزان تحلیل هیجانی و کاهش کارایی فرد هستند. در مطالعه استرس و بررسی آثار ناشی از آن گفته می‌شود شیوه‌های مقابله با استرس در نوع پاسخ به آن مهم تر از ماهیت خود استرس است. هر چه در مواجهه با استرس شیوه‌های مناسب تری بکار گرفته شود آسیب ناشی از آن کمتر خواهد بود. این شیوه‌ها می‌تواند معطوف به برخورد مسئولانه برای رفع مشکل، جلب حمایت اجتماعی و عاطفی دیگران، برخوردهای احساسی، انکار و فرار از مشکل یا پرخاشگری و بی‌قیدی یا پناه بردن به روش‌های غیرمفید و مضر مثل مواد مخدر باشد (حسن زاده، ۱۳۸۸).

استرس شغلی علاوه بر تأثیرات منفی بر سلامت جسمانی و روانی نیروی انسانی در سازمان‌ها، بر کل سازمان نیز تأثیر دارد. از جمله تأثیرات منفی بر سازمان، هزینه‌های اقتصادی ناشی از جبران خسارات‌های ناشی از استرس شغلی، غیبت کارکنان و ترک شغل می‌باشند. در این راستا، یکی از رویکردهایی که در جهت افزایش میزان سلامت افراد و افزایش بهره‌وری سازمان به کار برده می‌شود و در دهه‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده است، بکارگیری فرهنگ مشارکتی در سازمان می‌باشد (فارنهایم، ۲۰۰۸).

طبق بازنگری بر پژوهش‌های صورت گرفته، تقاضاها، نحوه تماس و ارتباطات افراد، مشارکت در کار و تصمیم‌گیریها، استقلال عمل و سطح اختیار فرد (کنترل فرد بر شغل) و میزان حمایت دریافتی، از عواملی معرفی شده اند که با میزان سلامت افراد ارتباط دارند. مشاغلی که در آنها تقاضاها از فرد بالاست، یا افراد در آنها استقلال تصمیم‌گیری ندارند و حمایت اجتماعی از طریق اطرافیان در محیط کار دریافت نمی‌کنند، باعث می‌شوند که فرد به استرس شغلی و در نتیجه کاهش تعهد سازمانی مبتلا شوند (بکر و شافلی، ۲۰۱۰؛ امیدی، جهانبخش، نوری و عریضی، ۱۳۸۷).

چنانچه، سازمان کارکنان خود را مورد حمایت قرار دهد و با پاداش‌هایی چون احترام، برانگیختگی در شغل، دستمزد و ترفیع‌های قدردانی به عمل آورد و آنها را در اطلاعات سازمان سهیم کند و به دیگر نیازهای آنها توجه نشان دهد، کارکنان نیز به سازمان خود متعهد می‌شوند (آیزنبرگر، آرملی، رینکسونکل، لانچ و رادرز، ۲۰۰۹). مطالعات متعدد (نعامی، شکرکن، ۱۳۸۳) نیز نشان داده اند که نحوه برخورد سازمان با کارکنان بر رفتارهای شغلی آنان مؤثر است. به دنبال این تغییرات روز افزون در جوامع، نظام‌های بهداشتی-درمانی نیز تغییرات بسیاری را تجربه می‌نمایند، با توجه به حساسیت کار آنان، اهمیت دادن به پیامدهای هر تصمیم‌گیری و عملکرد ضروری است. زیرا عدم توجه به پیامدهای مورد نظر، عواقب جبران ناپذیری برای بیماران و سلامت جامعه در بر خواهد داشت. چنان که در مطالعه ای نشان داده شده است که ۵۸٪ از مرگ‌های ناشی از خطاهای پزشکی در ایالات متحده قابل پیشگیری می‌باشد و این کاهش خطا با برخی از ویژگی‌های فرهنگ مشارکتی نظیر الگوهای ارتباطی مناسب و حمایت مرتبط بوده و نتیجه یک مطالعه کیفی در ایران که توسط اشقلی فراهانی انجام یافته، نشان می‌دهد، فرهنگ و جو غیرحمایتی و بدون تعامل حاکم بر سازمان درمانی مهم‌ترین عاملی است که موجب بروز رفتارها و کنشهای نامناسب، بی‌انگیزگی و پیامد منفی در عملکرد پرستاران در تمام رده‌های شغلی می‌شود.

سامرز (۲۰۰۲) بیان می‌کند، افزایش سلامت کارکنان می‌تواند در نتیجه‌ی گسترش ارتباطات مدیریتی اثر بخش، توسعه فرهنگ مشارکتی در سازمان و ایجاد حمایت از طرف سازمان باشد. (سامرز، ۲۰۰۲)

اگر چه ارتباط عواملی مانند بهزیستی روانشناختی با فرهنگ مشارکتی و شیوه‌های مقابله با استرس در بافت فرهنگی غرب به تایید رسیده است؛ اما نحوه ارتباط این متغیرها با یکدیگر در بافت فرهنگ بومی ایران بویژه در میان پرستاران، چندان مورد بررسی قرار نگرفته و نیازمند توجه و بررسی دقیق‌تر است. لذا این پژوهش درصدد است با شناسایی روابط احتمالی بهزیستی روانشناختی با فرهنگ

مشارکتی و شیوه‌های مقابله با استرس پرستاران و مقایسه این متغیرها در بخش دولتی در جهت کمک به شناسایی عوامل مؤثر در ایجاد محیط کاری مطلوب گامی هر چند کوچک بردارد.

در واقع نیروی انسانی کارآمد و سالم، شاخص عمده برتری یک سازمان نسبت به سازمانهای دیگر است، به طوری که وجود نیروهای انسانی متعهد به سازمان در هر سازمان ضمن کاهش غیبت، تأخیر و جابجایی، باعث افزایش چشمگیر عملکرد سازمان، نشاط روحی کارکنان، تجلی بهتر اهداف متعالی سازمان و نیز دستیابی به اهداف فردی خواهد شد.

در سازمان‌های بهداشتی توجه به نیروی انسانی اهمیت دوچندانی می‌یابد. با تلاش‌های سازمان‌های بهداشتی است که سلامت نیروی فعال و کارآمد سایر سازمان‌ها نیز تضمین می‌شود، لذا ایجاد رضایت در نیروی درون سازمانی سبب ایجاد رضایت در کل سازمان می‌شود که منجر به تسهیل دسترسی به هدف سازمان یعنی ارتقاء سطح سلامت جامعه می‌گردد. بخش مهمی از نیروی انسانی این سازمانها را پرستاران تشکیل می‌دهند. اما متأسفانه پرستاران اغلب نادیده انگاشته شده و در صحنه مراقبت به حاشیه رانده می‌شوند و اغلب احساس می‌کنند در محیط کارشان ضعیف هستند.

محیط کاری پرستاران به گونه ای است که اندیشیدن و استقلال فکری را ناپسند انگاشته، پیروی از دستورات و فرمانبرداری را ترغیب می‌کند و این امر یکی از علل عدم موفقیت پرستاران در رهبری می‌باشد. اطاعت بی چون و چرا اگر چه برای چرخش سازمان مؤثر است، اما استقلال و خلاقیت در حل مشکل را با شکست مواجه می‌کند. یکی از راه حل‌ها جهت حل این معضل و توسعه اثربخشی، می‌تواند گسترش فرهنگ مشارکتی در میان پرستاران باشد (هاوگ و لاپینگر، ۲۰۰۷).

همچنین با توجه به حساسیت شغل و رشته پرستاری، دشواری‌ها و فرسودگی متعاقب این شغل، بهزیستی روانشناختی پرستاران از اهمیت ویژه ای برخوردار است که می‌تواند متأثر از فرهنگ حاکم بر سازمان و روش‌هایی که آنها برای مقابله با استرس‌ها اتخاذ می‌کنند باشد. لذا این مطالعه با هدف پیش بینی بهزیستی روانشناختی پرستاران بر حسب فرهنگ سازمانی و شیوه‌های مقابله با استرس آنان طراحی شده است.

پیشینه تحقیق

مطالعات مختلف تأثیر فرهنگ مشارکتی بر عملکرد (گست و همکاران، ۲۰۱۱)، تغییر فرهنگ (اگیر، ۲۰۱۰؛ ترنبال، ۲۰۰۹)، استراتژی (رایت و همکاران، ۲۰۰۹) و رابطه آن با فرهنگ سازمانی و ویژگی‌های صنعتی و سازمانی را (وادبی، آلیک و ریلو، ۲۰۰۹) گزارش داده اند.

جوینر در تحقیقی با هدف تأثیر فرهنگ ملی و فرهنگ سازمانی بر استرس شغلی و عملکرد در سال ۲۰۰۱، در میان ۷۸ نفر از مدیران، به این نتیجه رسید که فرهنگ سازمانی با استرس شغلی رابطه‌ی معناداری دارد اما فرهنگ سازمانی با عملکرد شغلی رابطه‌ی ای نداشت (جوینر، ۲۰۱۰). زکی (۱۳۸۷) در تحقیقی با عنوان ارتباط حمایت اجتماعی با راهبردهای مقابله با استرس در پرستاران بخش روانپزشکی، به بررسی راهبردهای مقابله با استرس و ارتباط آن با حمایت اجتماعی در میان پرستاران پرداخته‌اند. در مورد نتایج تحقیق، بین نمره حمایت اجتماعی و سن و سنوات خدمت ارتباط معکوس و معنی دار و بین نمره حمایت اجتماعی و تحصیلات ارتباط مستقیم و معنی دار مشاهده گردید. مجردها نیز بطور معنی داری حمایت بالاتری دریافت می‌کردند. ضمناً بین حمایت اجتماعی و روشهای مقابله با استرس (حمایت اجتماعی-عاطفی) ارتباط مستقیم و با روشهای مقابله با استرس (پذیرش و تفکر آرومندان) ارتباط معکوس و معنی دار وجود داشت (زکی، ۱۳۸۷).

روش تحقیق

روش پژوهش این پژوهش، توصیفی مقطعی بود. جامعه آماری کلیه پرستاران زن و مرد بیمارستانهای آموزشی شهر اصفهان بودند، تعداد افراد جامعه بالغ بر ۱۵۸۷ نفر بودند. حجم نمونه ۱۸۲ نفر از پرستاران انتخاب شد. پرستاران در صورت دارا بودن حداقل مدرک کاردانی، حداقل یک سال سابقه کار و اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه می‌توانستند به عنوان نمونه وارد مطالعه شوند. روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده بود و از کلیه بیمارستان‌های آموزشی به طور تصادفی چهار بیمارستان آموزشی: الزهراء، فارابی، کاشانی و عیسی بن مریم، انتخاب گردید.

در این تحقیق برای جمع آوری داده‌ها، از ۴ پرسشنامه استفاده شد، پس از تأیید پایایی با آزمون مقدماتی روی ۳۰ پرستار استفاده شد، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک پرستار که شامل سؤالات سن، جنس، وضعیت تأهل و سابقه خدمت بوده، پرسشنامه فرهنگ مشارکتی کانها و کوپر که شامل ۲۴ سوال است (کانها و کوپر، ۲۰۰۵)؛ زیر مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: بعد عملگرایی (سوال ۱ تا ۹)، بعد سازمانگرایی (سوال ۱۰ تا ۱۴)، بعد انسانگرایی (سوال ۱۵ تا ۲۰) و بعد مشتری مداری (سوال ۲۱ تا ۲۴). یک مقیاس ۶ درجه‌ای (۱-۶) از هرگز تا همیشه برای هر سوال در نظر گرفته شده است. ضریب آلفای کرونباخ در مورد کل سوالات برابر ۰/۹۲ محاسبه گردید و در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۴ محاسبه شد، پرسشنامه شیوه‌های مقابله با استرس پارکر و ایندلر (غضنفری، ۱۳۸۸) و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف (۱۸ سؤالی)، روایی این پرسشنامه توسط سفیدی و فرزاد (۱۳۹۱)

مشخص شده است و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۷۳ محاسبه شد (دستجردی و همکاران، ۱۳۹۰) و در تحقیق حاضر پایایی آن ۰/۸۴ محاسبه گردید. در پرسشنامه‌ی بهزیستی روان شناختی از مقیاس ۶ درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم استفاده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار آماری SPSS16 در قالب آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) و آمار تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون) تجزیه تحلیل شدند.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، از شرکت کنندگان ۷۹/۱٪ زن، ۶۴/۵٪ متأهل، ۳۲/۳٪ دارای میانگین سنی بالای ۳۵ سال، ۷۲/۵٪ دارای تحصیلات کارشناسی و ۴۱/۹٪ دارای سنوات خدمت زیر ۵ سال بودند. وضعیت فرهنگ مشارکتی کل و شیوه‌های مقابله با استرس پرسنل پرستاری در جدول شماره ۱ و ۲ گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ابعاد فرهنگ مشارکتی آزمودنی‌ها بر حسب جنس

جنس						ابعاد فرهنگ مشارکتی
جمع		زن		مرد		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۹۱	۱۲/۰۸	۳/۴۴۷	۱۲/۵۰	۲/۹۲۰	۱۱/۶۶	عملگرایی
۱/۹۸	۱۰/۸۴	۲/۳۴۳	۱۱/۵۷	۲/۵۵۶	۱۰/۱۲	سازمانگرایی
۲/۱۴	۱۲/۴۶	۲/۶۹۳	۱۲/۸	۲/۸۰۹	۱۲/۱۲	انسانگرایی
۲/۱۳	۱۱/۷۶	۳/۳۴۰	۱۱/۷۰	۳/۱۶۹	۱۱/۸۲	مشتری‌مداری
۸/۱۶	۴۷/۱۶	۸/۲۳۷	۴۸/۵۷	۷/۶۸۰	۴۵/۷۵	فرهنگ مشارکتی

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد سبک‌های مقابله‌ای آزمودنی‌ها بر حسب جنس

جنس						ابعاد سبک‌های مقابله‌ای
جمع		زن		مرد		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۳/۲۲۵	۹/۵۸	۳/۴۴۷	۹/۵۲	۲/۹۲۰	۹/۶۵	طلب حمایت اجتماعی
۲/۴۳۴	۶/۹۵	۲/۳۴۳	۷/۰۱	۲/۵۵۶	۶/۸۹	پذیرش مسئولیت
۲/۷۴۲	۹/۱۲	۲/۶۹۳	۹/۰۰	۲/۸۰۹	۹/۲۴	حل مسئله برنامه‌ریزی شده
۳/۲۶۲	۱۱/۸۰	۳/۳۴۰	۱۱/۷۸	۳/۱۶۹	۱۱/۸۲	ارزیابی مجدد مثبت
۷/۹۸۸	۳۷/۴۵	۸/۲۳۷	۳۷/۳۱	۷/۶۸۰	۳۷/۵۹	سبک مقابله مسئله مدار
۲/۹۰۷	۷/۹۷	۲/۸۰۰	۷/۶۱	۳/۰۰۳	۸/۳۴	مقابله مستقیم
۳/۰۱۱	۸/۲۹	۳/۰۳۶	۷/۸۳	۱/۹۰۶	۸/۷۶	فاصله گرفتن
۲/۹۹۸	۹/۹۴	۲/۹۱۶	۹/۸۹	۳/۱۱۲	۹/۹۹	خودکنترلی
۳/۳۹۵	۹/۶۸	۳/۴۱۸	۹/۶۹	۲/۳۷۸	۹/۶۸	گریز - اجتناب
۷/۶۸۱	۳۵/۸۸	۷/۳۴۴	۳۵/۰۲	۸/۰۲۷	۳۶/۷۷	سبک مقابله هیجان مدار

جدول شماره ۲، نشان دهنده میانگین و انحراف معیار ابعاد سبک‌های مقابله‌ای آزمودنی‌ها بر حسب جنس است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار ابعاد بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها بر حسب جنس

جنس						ابعاد بهزیستی روان‌شناختی
جمع		زن		مرد		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۸/۷۸	۵۵/۲۰	۹/۷۷	۵۶/۳۳	۷/۳۹	۵۵/۴۸	ارتباط مثبت با دیگران
۶/۵۶	۵۲/۲۰	۷/۲۱	۵۲/۴۰	۶/۶۷	۵۱/۹۸	خودمختاری
۸/۳۰	۵۵/۲۲	۸/۶۷	۵۵/۶۵	۷/۴۳	۵۴/۶۵	تسلط بر محیط
۸/۵۴	۵۷/۳۲	۹/۲۲	۵۸/۵۵	۷/۳۴	۵۵/۶۷	رشد شخصی
۸/۱۲	۵۶/۵۸	۸/۹۰	۵۷/۴۳	۷/۵۶	۵۵/۸۶	هدفمندی در زندگی
۷/۲۲	۵۲/۱۱	۷/۶۵	۵۲/۲۳	۶/۲۳	۵۲/۲۲	پذیرش خود
۳۶/۱۴	۳۳۰/۱۲	۳۹/۷۰	۳۲۳/۵۹	۳۰/۳۴	۳۲۵/۸۶	نمره کل بهزیستی

جدول شماره ۳، نشان دهنده میانگین و انحراف معیار ابعاد بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها بر حسب جنس است.

جدول ۴: ماتریس همبستگی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای آزمودنی‌ها

نمره کل بهزیستی	پذیرش خود		هدفمندی در زندگی		رشد شخصی		تسلط بر محیط		خود مختاری		ارتباط مثبت با دیگران		بهزیستی روان‌شناختی	
	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r		
													سبک‌های مقابله‌ای	
۰/۰۱	۰/۲۳۹	۰/۰۰	۰/۱۸۲	۰/۰۰	۰/۲۱۲	۰/۰۰	۰/۲۲۲	۰/۰۱	۰/۲۲۷	۰/۰۸	۰/۰۰۶	۰/۰۱	۰/۲۴۵	طلب حمایت اجتماعی
۰/۰۰	۰/۱۷۶	۰/۰۸	۰/۰۵۸	۰/۰۰	۰/۲۱۱	۰/۰۱	۰/۲۰۲	۰/۰۰	۰/۱۶۶	۰/۰۹	۰/۰۲۰	۰/۰۵	۰/۱۶۰	پذیرش مسئولیت
۰/۰۰	۰/۲۲۲	۰/۰۴	۰/۱۲۹	۰/۰۱	۰/۲۲۷	۰/۰۰	۰/۱۸۴	۰/۰۰	۰/۲۱۸	۰/۲۰	۰/۱۰۹	۰/۰۱	۰/۱۸۲	حل مسئله برنامه ریزی شده
۰/۰۰	۰/۲۴۹	۰/۰۱	۰/۱۸۶	۰/۰۰	۰/۲۳۰	۰/۰۰	۰/۲۷۶	۰/۰۱	۰/۲۷۸	۰/۰۱	۰/۱۶۸	۰/۰۱	۰/۲۰۷	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۰۱	۰/۲۶۸	۰/۰۰	۰/۲۱۱	۰/۰۰	۰/۲۶۶	۰/۰۰	۰/۳۲۸	۰/۰۱	۰/۲۲۸	۰/۱۱	۰/۰۹۶	۰/۰۱	۰/۲۳۳	سبک مقابله مسئله مدار
۰/۱۱	۰/۰۶۲	۰/۰۸	۰/۰۱۷	۰/۱۱	۰/۰۹۹	۰/۱۲	۰/۰۵۰	۰/۱۰	۰/۰۷۱	۰/۱۲	۰/۰۲۱	۰/۰۱	۰/۱۰۲	مقابله مستقیم
۰/۰۹	۰/۰۳۰	۰/۰۷	۰/۰۲۵	۰/۱۲	۰/۰۰۲	۰/۱۰	۰/۰۶۹	۰/۱۱	۰/۰۳۱	۰/۰۹	۰/۰۳۹	۰/۰۹	۰/۰۵۸	فاصله گرفتن
۰/۰۷	۰/۰۰۹	۰/۱۱	۰/۰۰۹	۰/۰۹	۰/۰۰۷	۰/۲۰	۰/۰۲۰	۰/۰۹	۰/۰۵۴	۰/۱۱	۰/۰۷۱	۰/۲۲	۰/۰۰۴	خود کنترل
۰/۰۰	۰/۲۳۲	۰/۰۰	۰/۲۴۸	۰/۰۰	۰/۲۸۰	۰/۰۰	۰/۲۱۰	۰/۰۱	۰/۲۸۷	۰/۰۱	۰/۰۳۸	۰/۰۱	۰/۲۳۶	گریز - اجتناب
۰/۰۱	۰/۱۹۱	۰/۰۹	۰/۰۸۷	۰/۰۱	۰/۱۶۳	۰/۰۴	۰/۱۳۸	۰/۰۰	۰/۱۹۱	۰/۰۰	۰/۱۹۰	۰/۰۱	۰/۱۱۴	سبک مقابله هیجان مدار

جدول ۴ نشان دهنده همبستگی بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای آزمودنی‌ها است. به منظور همبستگی بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سبک‌های آزمودنی‌ها از همبستگی پیرسون (Pearson Correlates) استفاده شد.

جدول فوق نشان می‌دهد که همبستگی و رابطه بین ابعاد بهزیستی روان‌شناختی با تمام ابعاد سبک مقابله‌ای مسئله مدار آزمودنی‌ها مثبت و با سبک مقابله هیجان مدار (گریز - اجتناب) آزمودنی‌ها رابطه منفی در سطح ($P < 0/01$) معنادار است.

طبق یافته‌ها همبستگی بین خرده مقیاس‌های سبک مقابله‌ای مسئله مدار (طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، حل مسئله برنامه ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت) و بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۱۷۶، ۰/۲۲۳، ۰/۳۴۹ بود که همگی در سطح آماری معنادار بودند. هم چنین همبستگی بین سبک مقابله‌ای مسئله مدار و بهزیستی روان‌شناختی ۰/۳۶ در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. بنابراین فرضیه تحقیق دال بر وجود همبستگی مثبت بین سبک مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی تأیید شد.

طبق یافته‌ها، همبستگی بین خرده مقیاس‌های سبک مقابله‌ای هیجان مدار (مقابله مستقیم، فاصله گرفتن، خود کنترلی، گریز - اجتناب) و بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۰۶۳، ۰/۰۳۰،

۰/۰۰۹ - و ۰/۲۳۲ - بود که همگی به غیر از خرده مقیاس گریز - اجتناب که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود، در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار نبودند.

همچنین بین سبک مقابله‌ای هیجان مدار با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۱۹۱ -، بود که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. بنابر این فرضیه تحقیق دال بر وجود همبستگی منفی بین سبک مقابله‌ای هیجان مدار و بهزیستی روان‌شناختی تأیید شد.

به عبارت دیگر آزمودنی‌هایی با سبک‌های مقابله‌ای سبک مقابله مسئله مدار از بهزیستی روان‌شناختی بیشتری برخوردار هستند و آزمودنی‌هایی با سبک مقابله هیجان مدار از بهزیستی روان‌شناختی کمتری برخوردار هستند.

فرضیه شماره چهار: فرهنگ مشارکتی و سبک‌های مقابله‌ای به طور همزمان بر بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها تأثیر معنادار دارند.

به منظور پاسخ، برای بررسی تأثیر فرهنگ مشارکتی و سبک‌های مقابله‌ای در بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها از آزمون رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵: تأثیر فرهنگ مشارکتی و سبک‌های مقابله‌ای در بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها

گام	متغیرهای وارد شده	ضریب b	ضریب Beta	ارزش t	معناداری P	همبستگی R	ضریب تبیین R^2
۱	فرهنگ مشارکتی	٪۶۶۳	٪۶۰۷	۱۳/۲۰۲	۰/۰۰۱	٪۶۰۷	٪۳۶۹
۲	فرهنگ مشارکتی	٪۴۴۵	٪۴۰۷	۸/۰۷۲	۰/۰۰۱	٪۶۴۸	٪۴۶۸
	سبک مقابله مسئله مدار	٪۷۵۶	٪۱۶۷	۳/۷۰۷	۰/۰۰۱		
۳	فرهنگ مشارکتی	٪۴۲۳	٪۳۸۷	۷/۷۶۵	۰/۰۰۱	٪۷۰۰	٪۴۶۸
	سبک مقابله مسئله مدار	٪۹۹۴	٪۲۲۰	۴/۷۱۱	۰/۰۰۱		
	سبک مقابله هیجان مدار	- ٪۷۱۷	- ٪۱۵۹	- ۳/۵۴۴	۰/۰۰۱		

جدول ۵ نشان دهنده تأثیر فرهنگ مشارکتی و سبک‌های مقابله‌ای بر بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها است. به منظور بررسی تأثیر فرهنگ مشارکتی و سبک‌های مقابله‌ای بر بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها از آزمون رگرسیون گام به گام استفاده شد، نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که

فرهنگ مشارکتی و سبک‌های مقابله‌ای (مسئله دار و هیجان مدار) بر بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها در سطح $(P < 0/010)$ و $(P < 0/05)$ از نظر آماری معنادار است.

همچنین در مجموع ۵۰ درصد واریانس بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها توسط فرهنگ مشارکتی، سبک مقابله مسئله مدار، سبک مقابله هیجان مدار تبیین می‌شود در نتیجه فرضیه صفر پژوهش H_0 ، رد و فرضیه شماره چهار پژوهش H_A تأیید شد.

فرضیه شماره پنج: فرهنگ مشارکتی؛ سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی در آزمودنی‌های زن و مرد یکسان و مشابه هستند.

به منظور بررسی تفاوت فرهنگ مشارکتی، سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌های زن و مرد از آزمون برابری واریانس‌های لوین (Independent Samples Test) استفاده شد و نتایج آزمون آماری در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۶: مقایسه بین فرهنگ مشارکتی، سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌های زن و مرد

متغیرها	جنس	میانگین	انحراف معیار	ارزش t	درجات آزادی	سطح معناداری
فرهنگ مشارکتی	مرد	۴۵/۷۵	۹/۶۸۰	۰/۲۵۰	۱۹۸	۰/۰۲
	زن	۴۸/۵۷	۸/۲۳۷			
سبک مقابله مسئله مدار	مرد	۳۷/۵۹	۹/۰۲۷	۱/۹۱۶	۲۹۸	۰/۰۵۶
	زن	۳۷/۳۱	۷/۳۴۵			
سبک مقابله هیجان مدار	مرد	۳۶/۷۷	۲۷/۱۲۱	- ۱/۲۴۵	۲۹۸	۰/۲۱۴
	زن	۳۵/۰۲	۷/۳۴۵			
بهزیستی روان‌شناختی	مرد	۳۲۵/۸۶	۳۰/۴۷۷	- ۱/۷۳۳	۲۹۸	۰/۰۸۴
	زن	۳۲۳/۵۹	۳۹/۷۰۴			

(**) معناداری در سطح ۰/۰۱ و (*) معناداری در سطح ۰/۰۵

جدول شماره ۶ نشان دهنده مقایسه بین فرهنگ مشارکتی، سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌های زن و مرد است. به منظور بررسی تفاوت از آزمون t مستقل استفاده شد. جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت میان آزمودنی‌های زن و مرد در فرهنگ مشارکتی، سبک مقابله مسئله مدار، سبک مقابله هیجان مدار و بهزیستی روان‌شناختی از نظر آماری معنادار نیست (۰/۰۵ > P)، به عبارت دیگر آزمودنی‌های زن و مرد در فرهنگ مشارکتی، سبک مقابله مسئله مدار، سبک

مقابله هیجان مدار و بهزیستی روان‌شناختی تقریباً مشابه است. در نتیجه فرضیه صفر پژوهش H_0 ، رد و فرضیه شماره چهار پژوهش H_A ، تا حدودی تأیید شد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های تحقیق نشان داد که بین فرهنگ مشارکتی با بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت سازمان‌هایی که فرهنگ مشارکتی را به کار می‌گیرند علاقه‌مند هستند تا افراد مشارکت بیشتری با یکدیگر داشته باشند و مسیر خود را به سمت وضعیت کامل سوق دهند، در واقع فرهنگ مشارکتی به کارکنان در سازمان اجازه داده می‌شود در تصمیم‌گیری‌هایی که کار آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، شرکت نمایند که این امر مسئولیت‌پذیری آنها را افزایش داده و تمایل بیشتری برای تلاش برای سازمان نشان می‌دهند. خارج شدن سازمان از حالت کنترل سلسله‌مراتبی این احساس را در کارکنان بوجود می‌آورد که سازمان برای آنها ارزش قائل است و از آنها حمایت می‌نماید و لذا این حمایت می‌تواند نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد و کاهش آثار منفی فشارهای فراوان ناشی از محیط کار و جامعه و کاهش علائم افسردگی، استرس و اضطراب داشته باشد. از آنجایی که فرهنگ مشارکتی نقطه‌ی مرجعی را برای سازمان فراهم می‌کند، سازمان‌ها می‌توانند فعالیت‌های خود را بر اساس آن شکل دهند و بدین سبب افراد خود را به عنوان عضوی از سازمان بشناسند و افراد تعهد بیشتری نسبت به سازمان خود داشته باشند. این یافته همخوان با یافته‌های حسینی فولادی و همکاران (۱۳۹۱) است، زیرا آنان نشان داده‌اند که بیمارستان‌ها به عنوان سازمان‌های بهداشتی درمانی دارای فرهنگ خاص خود می‌باشند و ایجاد فرهنگ مشارکتی در بیمارستان‌ها می‌تواند باعث به وجود آوردن پیوند نزدیکی با فرهنگ عمومی جامعه و بویژه بیماران گردد و بخش گسترده‌ای از رفتار و بالندگی بیمارستان و پرستاران را پوشش دهد. طبق نظر آنان، از آنجایی که بیمارستان نقش بسزایی در ایجاد سلامتی در انسان‌ها دارد، باعث بالا رفتن عزت نفس و سلامت عمومی پرستاران می‌شود. جوهری (۲۰۰۸) هم چنین نشان می‌دهد که فرهنگ مشارکتی در محیط کاری مناسب می‌تواند سلامت و تعهد سازمانی و حرفه‌ای را افزایش دهد و ترکیب این دو دسته متغیر می‌تواند به افزایش بهره‌وری و عملکرد اثربخش بیانجامد. به علاوه، این یافته با پژوهش تراویسا (۲۰۰۹) نیز همخوان است که نشان می‌دهد فرهنگ مشارکتی با تأثیر گذاری بر ایجاد حس انسجام در کارکنان، شیوه رفتار و ارتباط برقرار کردن اعضا با یکدیگر را تقویت می‌کند و موجبات افزایش بهزیستی روان‌شناختی فرد می‌شود.

همچنین یافته‌های تحقیق نشان داد بین سبک مقابله‌ای مسئله مدار با بهزیستی روان‌شناختی آزمودنی‌ها رابطه مثبت و بین سبک مقابله‌ای هیجان مدار با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی وجود دارد.

استرس شاید عمومی ترین مسئله زندگی روزمره انسان باشد و گروهی از صاحب نظران آن را بیماری شایع قرن نامگذاری کرده‌اند. استرس در زندگی افراد تأثیر مثبت و منفی می‌گذارد، به عبارت دیگر وجود استرس لازم و مفید می‌باشد ولی میزان آن اهمیت دارد. در واقع مقابله مؤثر و کارآمد می‌تواند در شرایط بحرانی مؤثر واقع شود و باعث کاهش استرس و حفظ بهزیستی شود.

پژوهش صادقی (۱۳۸۸) تحت عنوان بررسی رابطه خوش بینی با بهزیستی روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای نشان داد که بین خوش‌بینی و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. خوش‌بینی با سبک مقابله مسئله مدار، حل مدبرانه مسائل و ارزیابی مجدد مثبت، رابطه مثبت و با سبک مقابله هیجان مدار گریز - اجتناب رابطه منفی دارد، بهزیستی روان‌شناختی با سبک مقابله مسئله مدار رابطه مثبت داشت.

راهبردهایی که فرد برای مقابله بر می‌گزیند بخشی از نیم رخ آسیب پذیری فرد به شمار می‌آید. مشاهده درست موقعیت، ارزیابی شناختی از توانایی خویش در مواجهه با مسائل انجام دقیق مسئولیت‌ها و آموختن مهارت‌های جدید در مواجهه با شرایط بحرانی نشانه‌ای از سلامت روان‌شناختی است. بنابراین افرادی که بهزیستی بالاتری دارند در مواجهه با شرایط استرس‌زا بیشتر از سبک مسئله مدار استفاده می‌کنند.

در واقع وجود فرهنگ مشارکتی، روابط اجتماعی و احساس حمایت اجتماعی در محیط بیمارستان برای پرستار موجب می‌شود که پرستار خود را جزیی از سازمان متبوعشان دانسته، و به او کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا از راهبردهای سازش یافته تر و کارآمدتر مقابله مانند راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار استفاده کنند. برعکس هر چه شرایط کاری نامساعد باشد و پرستار احساس کند که به عنوان عضوی از سازمان نمی‌باشد و در تصمیم‌گیریها مشارکت داده نمی‌شود احتمال استفاده از راهبردهای سازش نایافته تر و ناکارآمدتر مقابله مانند سبک مقابله‌ای هیجان مدار در شرایط استرس‌زا افزایش می‌یابد، این عوامل باعث می‌شود فرد دچار احساسات منفی از قبیل اضطراب، تنش، افسردگی، عزت نفس پایین شود و در رفتار فرد ثبات و پایداری و استقلال لازم دیده نشود و فرد آنقدر درگیر مسائل درونی و ذهنی شود که از رویدادها و محرک‌های بیرون از خود غافل شود و در نتیجه این افراد بهزیستی روان‌شناختی پایین تری دارند. در عوض افرادی که در جمع و انجام کارهای گروهی شرکت داده می‌شوند بیشتر از اشکال سازگارانه مقابله مانند جستجوی حمایت اجتماعی، تفکر مثبت و راهبرد

مسئله مدار استفاده می‌کنند. همچنین این افراد به خاطر تعهدی که به دلیل مشارکت در سازمان دارند می‌توانند سختی‌ها را تحمل کنند و به تفاوت در اندیشه و رفتار دیگر کارکنان احترام بگذارند. این افزایش پذیرش عقاید جدید باعث می‌شود این افراد بیشتر از راهبرد مسئله مدار استفاده کنند. افراد وظیفه شناس به دلیل ویژگی‌های کارآمدی، شایستگی، وظیفه مداری در مقابله با یک موقعیت تنیدگی زا از راهبرد مسئله مدار بیشتر استفاده می‌کنند. افراد موافق به دلیل سازگاری در موقعیت‌های کاری و اجتماعی و داشتن تجربیات مثبت اجتماعی و گرایش به روابط بین فردی و اعتماد به دیگران بیشتر از راهبرد مسئله مدار استفاده می‌کنند و در نتیجه از بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردارند.

یافته‌های تحقیق در مورد بررسی تفاوت فرهنگ مشارکتی، سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی در آزمودنی‌های زن و مرد نشان داد که تفاوت آزمودنی‌های زن و مرد در فرهنگ مشارکتی، سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی از نظر آماری معنادار نبود.

پژوهشی که سبک‌های مقابله‌ای را در زنان و مردان مقایسه کرده باشد چه در داخل و چه در خارج انجام نشده است. اما بعضی از پژوهش‌ها هوش هیجانی و بهزیستی را در زنان و مردان مقایسه کرده‌اند. مثلاً میکائیلی (۱۳۸۹) نشان داد که به غیر از مؤلفه هدفمندی در زندگی در سایر مؤلفه‌ها دختران نمره بیشتری گرفتند و بهزیستی بیشتری داشتند. غضنفری (۱۳۸۹) نشان داد که در متغیرهای سلامت روان‌شناختی و هوش هیجانی بین دو جنس تفاوت معنادار وجود دارد. پژوهش خسرو جردی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که هوش هیجانی و سلامت عمومی پسران بیشتر از دختران است.

بنابراین نتایج این پژوهش با پژوهش‌های ذکر شده همخوانی ندارد در مورد علت این ناهمخوانی می‌توان تفاوت در تعداد نمونه‌ها، جامعه آماری، محل زندگی افراد، قومیت، سن، و شرایط اقتصادی - اجتماعی را ذکر کرد و یا ساعات کار برابر پرستاران زن و مرد، حجم کاری زیاد، تعارض با همکاران، تماس هر دو جنس با بیماران و مددجویان، مشاهده رنج و مرگ بیماران، ارتباط با پزشک، مسئولیت‌های حرفه‌ای و مسائل مرتبط با نظام اداری از مسائل شغلی مشترک در حرفه پرستاری هستند که می‌تواند توجیه کننده این قضیه باشد، همچنین این احتمال وجود دارد که در بعضی از خانواده‌ها و سازمانها شرایط بهتری برای پرورش هر دو جنس، تغییر الگوهای تربیتی والدین نسبت به گذشته و حمایت‌هایی از طرف مدیران و بهبود وضعیت سازمان فراهم شده باشد. همچنین تزریق فرهنگ‌های حاکم مبنی بر رفع نابرابری‌های جنسیتی و تأثیرگذاری این مکاتب بر جوامع مختلف و جنسیت‌ها و فاصله گرفتن جوامع از تفکرات سنتی درباره ی زن و مرد می‌تواند از عوامل کاهش تفاوت‌های جنسیتی در زمینه فرهنگ مشارکتی و بهزیستی روان‌شناختی باشد. بنابر این دلایل بین

این پژوهش و پژوهش‌های مشابه همخوانی وجود ندارد و بین زنان و مردان تفاوتی در متغیرها پیدا نشد.

با توجه به نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌شود مدیران بیمارستان‌ها می‌توانند برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی پرستاران با بهسازی وضعیت حقوقی پرستاری، حمایت از کارکنان خود را تضمین کنند و امنیت شغلی آنها را فراهم نمایند و به کارکنان اجازه دهند نظرات و پیشنهادات خود را بدون ترس ارایه دهند، همچنین کلاسهای مشاوره و کارگاه‌های آموزش ایمن سازی در برابر استرس برای کارکنان برگزار شود و با توجه به نیازسنجی و مشکلاتی که در بین آنها وجود دارد در جلسات کوچک گروهی به ارائه خدمات روان‌شناختی برای آنان پرداخته شود.

شایان ذکر است از آنجایی که مطالعه حاضر در جمعیت محدودی از پرستاران صورت گرفته است و اکثریت گروه نمونه زن بودند، لذا نتایج این پژوهش، قابل تعمیم به جامعه گسترده‌تر نخواهد بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی بر روی نمونه‌های مختلف و در سازمان‌های گوناگون، نمونه‌هایی از هر دو جنس، با سنین مختلف، رده‌های سنی مختلف و گروه‌های شغلی مختلف اجرا گردد تا نتایج با هم مقایسه و راهکار بهتری برای طراحی شغل یافت شود.

تقدیر و تشکر

از حمایت مالی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان جهت انجام تحقیق قدردانی می‌شود، همچنین از همکاری کارکنان و پرستاران بیمارستانهای شهر اصفهان که در این پژوهش با پژوهشگر همکاری داشتند، تشکر می‌شود.

منابع

الف- فارسی

۱. امیدی، نجمه؛ جهانبخش، سحر؛ نوری، ابوالقاسم؛ عریضی، حمید. (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی با فرسودگی شغلی در پرستاران بیمارستان شهرکرد. مجموعه مقالات اولین کنگره دوسالانه روانشناسی صنعتی و سازمانی در ایران. دانشگاه اصفهان.
۲. جهانبخش گنجه، سحر. (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین حمایت سازمانی ادراک شده با تعهد سازمانی کارکنان رسمی و غیر رسمی کارخانه سیمان فارس. پایان نامه کارشناسی، گرایش روانشناسی صنعتی و سازمانی، دانشکده علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز.
۳. حسینی فولادی، شیوا؛ یارمحمدیان، محمد حسین؛ عجمی، سیما. (۱۳۹۱). رابطه بین فرهنگ سازمانی و بلوغ سازمانی کارکنان بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. فصلنامه بیمارستان، ۲(۵)، ۴۳-۲۷.
۴. حسن زاده، راضیه. (۱۳۸۸). مقایسه استرس شغلی و سلامت روان کارکنان شرکت پتروشیمی اصفهان قبل و بعد از خصوصی سازی. دانش و پژوهش در روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، ۲۴، ۶۹-۸۴.
۵. خسرو جردی، راضیه؛ خانزاده، علی. (۱۳۸۸). بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تربیت معلم سبزوار. مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۴(۲)، ۴۳-۵۵.
۶. دستجردی، رضا؛ فرزاد، ولی اله؛ کدیور، پروین. (۱۳۹۰). نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در پیش بینی بهزیستی روانشناختی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۸(۲)، ۱۳۳-۱۲۶.
۷. زکی، محمد علی. (۱۳۸۷). بررسی و سنجش حمایت سازمانی. مجله دانشکده علوم اداری و اقتصاد دانشگاه اصفهان، ۱۸(۳)، ۱۰۳-۱۲۲.
۸. زهاوی، مونا؛ صدرممتاز، ناصر؛ آرپناهی ایستادگی، شاهین. (۱۳۸۸). میزان مشارکت کارکنان پرستاری در تصمیم گیری‌های راهبردی در بیمارستان شریعتی. مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامت)، ۳(۳و۴)، ۴۸-۳۶.
۹. صادقی، سمیه. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط خوشبینی با بهزیستی روانشناختی و سبک‌های مقابله ای در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۰. عطار، حمید. (۱۳۸۴). بررسی رابطه استرس شغلی و خشنودی شغلی در سلامت روان کارکنان یک مجتمع صنعتی. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتوی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۱۱. غضنفری، احمد. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر هویت و راهبردی‌های مقابله بر سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی و پیش‌دانشگاهی شهر اصفهان، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.
۱۲. غضنفری، فیروزه؛ قدم‌پور، عزت‌الله. (۱۳۸۹). بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم‌آباد، فصلنامه اصول بهداشت روانی، (۳۷)، ۱۰، ۵۴-۴۷.
۱۳. میکائیلی، فرزانه. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت تحصیلی بهزیستی روانشناختی دانشجویان دوره‌ی کارشناسی دانشگاه ارومیه. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، ۶(۴)، ۴۵-۳۴.
۱۴. نعامی، عبدالزهرا؛ شکرکن، حسین. (۱۳۸۳). بررسی رابطه ساده و چندگانه عدالت سازمانی با خشنودی شغلی در کارکنان یک شرکت صنعتی. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران، ۳ (۲۰۱)، ۵۷-۷۱.

ب- انگلیسی

1. Acorn, S. (2007). Decentralization as determinant of autonomy, job satisfaction, and organizational commitment among nurse manager. *Nursing Research*, 46(1), 52-59.
2. Bakker, A.B., & Schaufli, W.B.(2010). Professional burnout: Study among general mediation. *Journal of organizational behavior*, 21, 425-441.
3. Bateman L., & Strasser, K. (2003). Promoting or impeding empowerment: nurses assessment of their work environment. *Journal nurse administration*, 33(4), 15-209.
4. Cunha, M., & Cooper, H. (2005). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates and consequences of organizational commitment. *PB*, 108(2), 94-171.
5. Delgoshaei, B., Tofigi, Sh., & Kermani, B.(2008). The relationship between organizational climate and organizational commitment in teaching hospital of hamedan university of medical sciences, 14(4), 60-9.
6. Eisenberger, R., Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch, P. D., & Rhoades, L. (2009). Reciprocation of perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 86, 42-51.
7. Esmaeili, K. (2002). Organizational commitment. *Management journal*, 77(8), 6-24.

8. Fried, Y., Lachel, C.S., Hadani, M., & Levi, A. (2007). Job design. *Encyclopedia of Industrial and Organizational Psychology*. SAGE publications, 1(6), 392- 395.
9. Furnham, A., & Gunter, B. (2008). Corporate culture: definition, diagnosis and change. In Cooper, C.L., Robertson, I.T. (Eds), *International Review of Organizational Psychology*, John Wiley, Chichester, 8, 233-61.
10. Gardner, J., Hawkins, T., Fogg, H., & Latham, M. (2007). Cross-Component Model of organizational commitment. *APs*, 50(6), 596-614.
11. Guest, D. E., Michie, J., Conway, N., & Sheehan, M. (2011). Human resource management and corporate performance in the UK. *British Journal of Industrial Relations*, 41, 291–314.
12. Haugh E.B., Laaschinger, H.K. (2007). Power and opportunity in public health nursing work environment. *Public health nursing*, 12(1), 42-9.
13. Johari, J. B. (2008). The influence of corporate culture and organizational commitment on financial performance of Malaysian organizations. Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Masters of Science in the Graduate School of Management Universities Putra Malysi.
14. Joiner, T. H. (2010). The influence national culture and person organization culture alignment on job stress performance: evidence from Creece. *Journal of Managerial Psychology*, 16(3),229-42.
15. Mayer J.P, & Allen N.J. (1991). A three- component conceptualization of organizational commitment. *Human Resources Management Review*, 1(1), 61-89.
16. Morris L., & Steers, M. (2005). Nurse executive transformational leadership and organizational commitment. *Journal of nursing administration*, (32), 228-247.
17. Ogbor, J. O. (2010). Critical theory and the hegemony of corporate culture. *Journal of Organizational Change Management*, 14(6), 590-608.
18. Omidi N. (2008). Relationships with basic personality and temperament dimensions and organizational commitment. Thesis of MA, Isfahan of university.
19. Perlman D., & Fehr, B. (2001). *Theories of friendship: The analysis of interpersonal attraction*. New York, Springer.

20. Perry, J. (2009). Antecedents of Public Service Motivation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7(2), 181-197.
21. Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M., & Shroetkin, D. (2002). Optimal well-being – Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (6), 1007 – 1022.
22. Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health psychological inquiry, 19, 1 – 28.
23. Sheykhi, M.R., Sarichlo, M.A., Javadi, A., & Moradi, M. (2008). Effect of nurse empowerment plan against job stress in educational- health centers of Gachsaran and Bualisinay of Gazvin. *JMSUG*, 12(4), 38-43.
24. Siegrist, J. (2010). Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications. *Journal of Psychoneuroendocrinology*. 30(3), 1033-1038.
25. Somers, S. (2002). Affective continuance and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *JVB*, 61(1): 20-52.
26. Travica, B. (2009). Information politics and information culture: A case study. *International Journal of an Emerging Trans discipline*, 8(4), 211-244.
27. Turnbull, S. (2009). The planned and unintended emotions by a corporate change programme: Managing the gaps and their implications for HRD practice. In O. A. Aliaga (Ed.), *Academy of Human Resource Development 2001 Conference Proceedings*. Baton Rouge, LA: AHRD.
28. Vadi, M., Allik, J., & Realo, A. (2009). Collectivism and its consequences for organizational culture. University of Tartu Faculty of Economics and Business Administration.
29. Wright, P. M., Gardner, T. M., Moynihan, M. L., & Allen, M. R. (2009). The relationship between HR practices and firm performance: Examining causal order. *Personnel Psychology*, 58, 409-446.
30. Yanga, F., & Chang, C. C. (2008). Emotional labour, job satisfaction and organizational commitment amongst clinical nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 879–887.