

رابطه باورهای فراشناختی و فرسودگی شغلی با تعارض کار-خانواده در پرستاران

بخش ویژه استان گیلان^۱

هدیه صفری مذنبی^۲
محسن مشکبید حقیقی^{۳*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و فرسودگی شغلی با تعارض کار-خانواده در پرستاران بخش ویژه استان گیلان انجام گرفت. تحقیق حاضر براساس هدف از نوع کاربردی و علی-مقایسه‌ای بود. در این تحقیق تعداد ۵۰۰ نفر از پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های دولتی استان گیلان به عنوان جامعه آماری برآورد شدند که با توجه به جدول مورگان، تعداد ۲۱۷ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای تحقیق از پرسشنامه‌های باور فراشناختی ولز (۱۹۹۷)، فرسودگی شغلی مسلاچ (۱۹۸۶) و تعارض کار-خانواده نت مه‌یر (۱۹۹۶) استفاده گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از آزمون همبستگی با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و PLS استفاده گردید. یافته‌های بدست آمده نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین متغیرهای باورهای فراشناختی با تعارض کار-خانواده وجود داشت. همچنین نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین فرسودگی شغلی با تعارض کار-خانواده وجود داشت.

واژه‌های کلیدی: تعارض کار-خانواده، باورهای فراشناختی، فرسودگی شغلی، پرستاران بخش ویژه

^۱- این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد.

^۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

^۳- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران (نویسنده مسوول)

مقدمه

پرستاران از اعضای مهم در سیستم خدمات سلامت هستند که جامعه بشری به خدمات آن‌ها نیازمند است و آن‌ها تأثیر خود را در نظام سلامت از طریق ایفای نقش‌های مختلف انجام می‌دهند. توجه به سلامت عمومی پرستاران از اهمیت مضاعفی برخوردار است، زیرا نه تنها سلامتی خود آن‌ها مهم است، بلکه از نظر افزایش کیفیت خدمات و بهره‌وری مؤسسات بهداشتی نیز حائز اهمیت است. پرستاران برای اینکه بتوانند نقش مراقبت‌کنندگی خود را به نحو احسن انجام دهند، بایستی سطح سلامت عمومی خود را حفظ نموده و ارتقاء دهند. پژوهش‌ها نشان‌دهنده این نکته است که سلامت عمومی پرستاران تحت تأثیر عوامل مختلف قرار می‌گیرد و بدین دلیل جزء مشاغل پرانسترس محسوب می‌شود (شهری فر و همکاران، ۱۳۹۵).

مشاهدات بالینی متخصصان امر بهداشت روانی از یکسو و ارزیابی‌های ستادی و اجرایی شبکه‌های تربیت و آموزش و حفظ نیروی انسانی نظام پرستاری کشور از سوی دیگر نشان داده است که پرستاران با مشکلات متفاوت با سلامت عمومی، روانی و جسمانی روبرو هستند (کرمی و همکاران، ۱۳۹۶). یکی از بارزترین مشکلات مربوط به تهدید سلامت روانی پرستاران، بروز تعارض کار-خانواده در آنان می‌باشد. انواع گوناگون تعارض چون تعارض‌های کار-خانواده مبتنی بر زمان، تعارض کار-خانواده مبتنی بر توان فرسایی، تعارض کار-خانواده مبتنی بر رفتار در پرستاران قابل ملاحظه است. این تعارضات می‌تواند تحت تأثیر عوامل دیگری حذف یا کاهش و یا افزایش یابد و در صورت افزایش یافتن این تعارضات، حفظ و نگهداری نیروی انسانی کارآمد و با کیفیت در بیمارستان‌ها خصوصاً در بخش‌های ویژه‌ای چون ICU و CCU برای دست‌اندرکاران جذب و حفظ نیروی انسانی بیمارستان‌ها سخت و دشوار می‌گردد.

رخداد تعارض کار-خانواده در حرفه پرستاری غیرقابل اجتناب است، زیرا کارکنان شاغل در این شغل سطح بالایی از نیازهای فیزیکی، شناختی و عاطفی را تجربه می‌کنند (بونوکور و روسو^۴، ۲۰۱۳). هم کارکنان و هم بیمارستان‌ها تحت تأثیر پیامدهای منفی حضور تعارض کار-خانواده همچون سطوح استرسی بالا، عملکرد فردی پایین و کاهش رضایت شغلی و زندگی قرار دارند (آدکینز و پرمکس^۵، ۲۰۱۲). تداخل بین زندگی کاری و زندگی شخصی به عنوان یکی از ۱۰ تنش اصلی محل کار طبقه‌بندی شده است (گائو و همکاران^۶، ۲۰۱۳). علاوه بر این، فشار مداوم کار و خانواده ممکن است منجر به اثرات نامطلوبی در حوزه‌های مختلف شود. با توجه به دامنه کاری، تعارض کار-خانواده ارتباط منفی با عملکرد شغلی، رضایت شغلی، تعهد سازمانی و حتی قصد ادامه همکاری دارد (کالیاس و کالیاس^۷، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، تعارض کار-خانواده باعث کاهش رضایت از زندگی شخصی و زناشویی، انتقال تنش به دیگر اعضای خانواده و احساس تنش و خستگی در فرد می‌شود که این مسئله با نقش‌های نامطلوب خانواده و والدین رابطه دارد (گائو و همکاران، ۲۰۱۳). از این رو شناسایی متغیرهای اثرگذار بر تعارض کار-خانواده پرستاران اهمیت می‌یابد. به عنوان مثال، بخشی از عوامل استرس زای پرستاران به ویژگی فردی آنان مانند باورهای فراشناختی و ناگویی هیجانی آن‌ها مربوط می‌شود. انواع تعارضات کار-خانواده بنا به عقیده صاحب‌نظران می‌تواند با عواملی چون باورهای فراشناختی و ناگویی هیجانی یا سایر عوامل احتمالی مانند تحصیلات و طبقه اجتماعی فرد یا آرزوهای شغلی وی تشدید گردند (سبکرو، ۱۳۹۵). با توجه به ضرورت‌های حفظ نیروی انسانی کارآمد، بررسی عوامل تولید و تشدید تعارض کار-خانواده در پرستاران حائز اهمیت ویژه‌ای خواهد بود.

مسئله فراشناخت به دانش پایدار درباره سیستم شناختی شخص اشاره دارد؛ یعنی دانش درباره عواملی که بر عملکرد این سیستم، مقررات و آگاهی از وضعیت فعلی شناخت و نیز ارزیابی معنای افکار و خاطرات تأثیر می‌گذارد (ولز^۸، ۲۰۰۰). مطالعات

4. Buonocore & Russo

5. Adkins & Premeaux

6. Gao & et al

7. Kalliath & Kalliath

8. Wells

نشان می‌دهد که اختلالات احساسی با باورهای مرتبط با تفکر به مثابه باورهای فراشناختی ارتباط دارد. این باورهای فراشناختی، به انتخاب استراتژی‌های مقابله ناسازگارانه و تنظیمی کمک می‌کند که باعث افزایش دسترسی به اطلاعات منفی از طریق تفکر پایدار (مثلاً نگرانی)، نظارت بر تهدیدات، اجتناب و سرکوب فکری و افزایش اضطراب احساسی می‌شود. این مسائل نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی می‌توانند به عنوان عوامل علی در پیش‌بینی رشد و نگهداری اضطراب (بایلی و ولز^۹، ۲۰۱۵) و طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی همچون افسردگی و اختلالات اضطرابی عمل کنند (راسیکو و بورکوویچ^{۱۰}، ۲۰۰۴). به طور خلاصه، باورهای فراشناختی می‌توانند به عنوان هسته بالقوه عوامل تنظیم‌کننده احساسات باشند که نقش مهمی در رخداد و نگهداری سطح اضطراب ایفا می‌کنند (مک‌اوی و ماهونی^{۱۱}، ۲۰۱۳).

باورهای فراشناختی اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و راهبردهای یادگیری دارند که این راهبردها در آن‌ها اثر می‌گذارد. این مفهوم یکی از جنبه‌های فراشناخت^{۱۲} است. فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است که در برگزیده دانش فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند و اغلب نظریه پردازان بین دو جنبه از فراشناخت یعنی باورهای فراشناختی و نظارت فراشناختی تمایز قایل شده‌اند. همچنین نظارت فراشناختی به دامنه از کارکردهای اجرایی نظیر توجه، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطا در عملکرد اشاره دارد.

در یک جمع بندی می‌توان گفت که باورهای فراشناختی از عوامل مؤثر در وضعیت سلامت روانی هستند و می‌توان با تغییر فراشناخت‌هایی که شیوه‌های ناسازگارانه افکار منفی را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند به بهبود وضعیت سلامت روانی کمک کرد (اسپادا و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۰) و در طرف مقابل، نقص در توانایی‌های فراشناختی باعث مشکلات در کارکرد اجتماعی، کیفیت پایین زندگی و آسیب‌های روانی می‌شود (سمراری و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۶).

از جمله عوامل دیگری که می‌تواند در تشدید تعارض کار و خانواده اثرگذار باشد، عامل فرسودگی شغلی^{۱۵} است. رایج‌ترین تعریف فرسودگی شغلی مربوط به مسلاچ و جکسون^{۱۶} است که آن را سندرمی روانشناختی متشکل از سه بعد خستگی احساسی یا هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش احساس کفایت شخصی می‌دانند. فرسودگی شغلی یک سندرم روانشناختی است و بیشتر در مشاغل دیده می‌شود که فرد ساعات زیادی را در تماس نزدیک با انسان‌های دیگر می‌گذراند. به اعتقاد مسلاچ و لیتر^{۱۷}، فرسودگی شغل یک سندرم روانشناختی شامل عوامل تنش‌زای عاطفی و بین فردی می‌باشد که اشخاص در محیط کار خویش تجربه کرده و متعاقب آن نسبت به شغل، سازمان، همکاران و ارباب رجوع عکس‌العمل نشان می‌دهند. فرسودگی شغلی عبارت از کاهش قدرت سازگاری فرد بر اثر عوامل تنش‌زا به همراه نشانگان خستگی جسمی و هیجانی است. فرسودگی شغلی سندرمی است مزمن که مشتمل بر علائمی مانند احساس خستگی از کار و تلاش و به دنبال آن کناره‌گیری از فعالیت‌های شغلی است. پرستاری در میان مشاغل بیشترین آمار فرسودگی شغلی را دارد که با پیامدهای مخربی مانند افسردگی، اضطراب، چاقی، اعتیاد به دارو و الکل، کاهش بهره‌وری، افزایش غیبت از کار و کاهش خودکارآمدی همراه است (سرور و ال مکسوت^{۱۸}، ۲۰۱۲). در واقع پرستاران به عنوان گروهی با آسیب‌پذیری بالا برای فرسودگی شغلی مطرح شده‌اند. این شغل به دلیل استرس زیاد، انتظارات زیاد سازمان، بالا

9. Bailey & Wells

10. Ruscio & Borkovec

11. McEvoy & Mahoney

12. Metacognitive

13. Spada & et al

14. Semerari & et al

15. Job Burnout

16. Maslach & Jackson

17. Maslach & Lieter

18. Sorour & El Maksoud

بودن انتظارات عاطفی بیماران، بار کاری زیاد، تغییر شیفت‌های کاری، مشکلات خواب و ایفای نقش‌های متفاوت، همواره با فرسودگی شغلی بالایی همراه می‌باشند (لاسچینگر و فیدا^{۱۹}، ۲۰۱۴).

با توجه به مطالب شرح بالا، تحقیق حاضر بدنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بین باورهای فراشناختی و فرسودگی شغلی با تعارض کار-خانواده در پرستاران بخش ویژه استان گیلان رابطه وجود دارد؟

روش

روش تحقیق حاضر علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های دولتی استان گیلان به تعداد ۵۰۰ نفر می‌باشد که شامل کلیه پرستاران زن و مردی است که در بهار سال ۱۳۹۷ در این بخش‌ها مشغول به کار بوده‌اند. به منظور تعیین حجم جمعیت نمونه از جدول مورگان استفاده گردید که بر این اساس تعداد ۲۱۷ نفر به عنوان حجم نمونه تحقیق در نظر گرفته شدند. جمعیت نمونه تحقیق به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده، بدین معنا که ابتدا لیست از قبل تنظیم شده کارکنان بخش‌های ویژه تهیه و از میان آن‌ها تعدادی از افراد به تصادف انتخاب شده‌اند. نحوه توزیع پرسشنامه به صورت انفرادی بوده و در آن از پرستاران بخش‌های ویژه درخواست گردید که در مطالعه شرکت کنند. سپس محقق با توضیح دلیل پر کردن پرسشنامه و اشاره به محرمانه بودن اطلاعات‌شان و دادن اطمینان کافی، به توزیع پرسشنامه در بین افراد پرداخت.

در این تحقیق جهت اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های شرح زیر استفاده شد:

- پرسشنامه باور فراشناختی ولز: این مقیاس خود گزارشی ۳۰ سوالی که توسط ولز در سال ۱۹۹۷ ساخته شده، باورهای افراد را درباره تفکرشان مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱: مخالفم، ۲: کمی موافقم، ۳: نسبتاً موافقم، ۴: کاملاً موافقم) محاسبه می‌شوند. برای به دست آوردن نمره کل، نمرات زیر مقیاس‌ها با هم جمع می‌شود. مقیاس در یک طیف چهار درجه‌ای از موافق نیستم تا خیلی موافقم نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۳۰ تا ۱۲۰ می‌باشد. کسب نمره بالا نشان دهنده باور فراشناختی قوی در بین افراد است. ولز، کاتریت-هاتون (۲۰۰۴) برای پایایی این مقیاس دامنه ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس کل و خرده مقیاس‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۷۶ و پایایی بازآزمایی را ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۸۷ تا ۰/۵۹ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است (شیرین‌زاده و همکاران، ۱۳۸۷). در تحقیق آقاجانی و همکاران (۱۳۹۶) نیز برای تحلیل داده‌ها از نمره کل باور فراشناختی استفاده شد و ضریب پایایی ۰/۹۳ به دست آمد. مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای این متغیر در تحقیق حاضر ۰/۷۶۸ برآورده گردید.

- پرسشنامه فرسودگی شغلی: این پرسشنامه توسط مسلاچ در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است که شامل ۲۲ گویه و بر اساس مقیاس لیکرت است. گویه‌های مربوط به هر یک از جنبه‌های سه‌گانه فرسودگی شغلی شامل خستگی عاطفی (۹ سوال)، مسخ شخصیت (۵ سوال) و کاهش عملکرد فردی (۸ سوال) در جدول (۳-۴) نشان داده شده است. شیوه نمره‌گذاری به این صورت است که هرگز (صفر)، خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، متوسط به بالا (۴)، زیاد (۵) و خیلی زیاد (۶) در نظر گرفته شده است. در مؤلفه خستگی عاطفی حداقل نمره اکتسابی صفر و حداکثر ۵۴، در مؤلفه کاهش موفقیت فردی حداقل نمره اکتسابی صفر و حداکثر ۴۸ و در مؤلفه مسخ شخصیت حداقل نمره اکتسابی صفر و حداکثر ۳۰ می‌باشد که برای هر مؤلفه یک نمره جداگانه بدست می‌آید. در مؤلفه خستگی عاطفی، نمرات کسب شده بالاتر از ۲۷ خستگی عاطفی بالا، ۱۹ تا ۲۶ خستگی عاطفی متوسط و کمتر از ۱۸

¹⁹. Laschinger & Fida

خستگی عاطفی پایین، در مؤلفه کاهش موفقیت فردی نمرات کسب شده پایین‌تر از ۳۳ موفقیت فردی بالا، ۳۴ تا ۳۹ موفقیت فردی متوسط و بالاتر از ۴۰ موفقیت فردی پایین و در مؤلفه مسخ شخصیت نمرات کسب شده بالاتر از ۱۰ مسخ شخصیت بالا، ۶ تا ۹ مسخ شخصیت متوسط و کمتر از ۵ مسخ شخصیت پایین در نظر گرفته می‌شود. در تحقیق اکبری و همکاران با عنوان اعتبار عاملی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلاج، برای بررسی پایایی آزمون از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که خستگی عاطفی ۰/۸۴ و ۰/۷۵ برای مسخ شخصیت و ۰/۷۴ برای کاهش عملکرد فردی در نظر گرفته شده است. در تحقیق شعبان و همکاران (۱۳۹۱) برای بررسی پایایی پرسشنامه کلی و مؤلفه‌های آن از ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شد که پایایی کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۵، خستگی هیجانی ۰/۷۵، مسخ شخصیت ۰/۷۱ و کاهش عملکرد فردی ۰/۷۲ بود. در مطالعه گروسی و مسلمی (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی به فاصله دو هفته برای ابعاد آزمون برای خستگی عاطفی ۰/۷۸، برای مسخ شخصیت ۰/۶۴ برای کاهش موفقیت فردی ۰/۸۸ برآورد شده است. مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای این متغیر در تحقیق حاضر ۰/۷۰۲ برآورده گردید.

- پرسشنامه تعارض کار-خانواده: این پرسشنامه توسط نت مه‌یر (۱۹۹۶) ساخته شده و دارای ۱۰ سوال است که پنج سوال تعارض کار-خانواده (عبارات ۱ تا ۵)، مانند ساعت‌های کاری من، مانع از انجام وظایف خانوادگی‌ام می‌شود) و پنج سوال تعارض خانواده-کار (عبارات ۶ تا ۱۰)، مانند وظایف خانوادگی من، باعث بروز مشکل در انجام وظایف حرفه‌ای من می‌شود) را در مقیاس ۷ امتیازی لیکرت از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» اندازه‌گیری می‌کنند. نمره بیشتر به معنای تعارض بیشتر است. فیلدز (۲۰۰۲)، ضریب پایایی ۰/۹۴ را برای این پرسشنامه گزارش داده است. پایایی قسمت اول پرسشنامه با حجم نمونه ای ۱۰۰ نفر و به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و قسمت دوم آن ۰/۹۲ به دست آمده است (ملکیها و همکاران، ۱۳۸۷). روایی پرسشنامه را سازندگان آن به روش همبستگی همگرا و واگرا با ۱۶ سازه روان‌شناختی مانند رضایت از زندگی و رضایت شغلی بررسی کرده و نتایج آن نشان داده است که این پرسشنامه با رضایت شغلی و رضایت از زندگی رابطه منفی و با تعارض و نقش و ابهام نقش رابطه مثبت دارد (نت مایر و همکاران، ۱۹۹۶). روایی پرسشنامه توسط سازندگان با روش همبستگی هر دو قسمت با شانزده سازه روان‌شناختی مانند رضایت از زندگی، رضایت شغلی، تعارض نقش و ابهام نقش بررسی و مشخص شد که با رضایت شغلی و رضایت از زندگی ارتباط منفی و با تعارض نقش و ابهام نقش ارتباط مثبت دارد (فاتحی زاده، ۱۳۸۶). پایایی این تحقیق در مطالعه نت مه‌یر (۱۹۹۶) برابر با ۰/۸۸ و در مطالعه صلاحیان و همکاران (۱۳۸۹) برابر با ۰/۸۶ بوده است. در تحقیق پاغوش و همکاران (۱۳۹۵) از قسمت اول پرسشنامه به منظور سنجش تعارض کار خانواده استفاده شد که ضریب پایایی آلفای کرونباخ آن (۵ گویه اول) ۰/۹۱ بود. مقدار آلفای کرونباخ بدست آمده برای این متغیر در تحقیق حاضر ۰/۹۲۳ برآورده گردید.

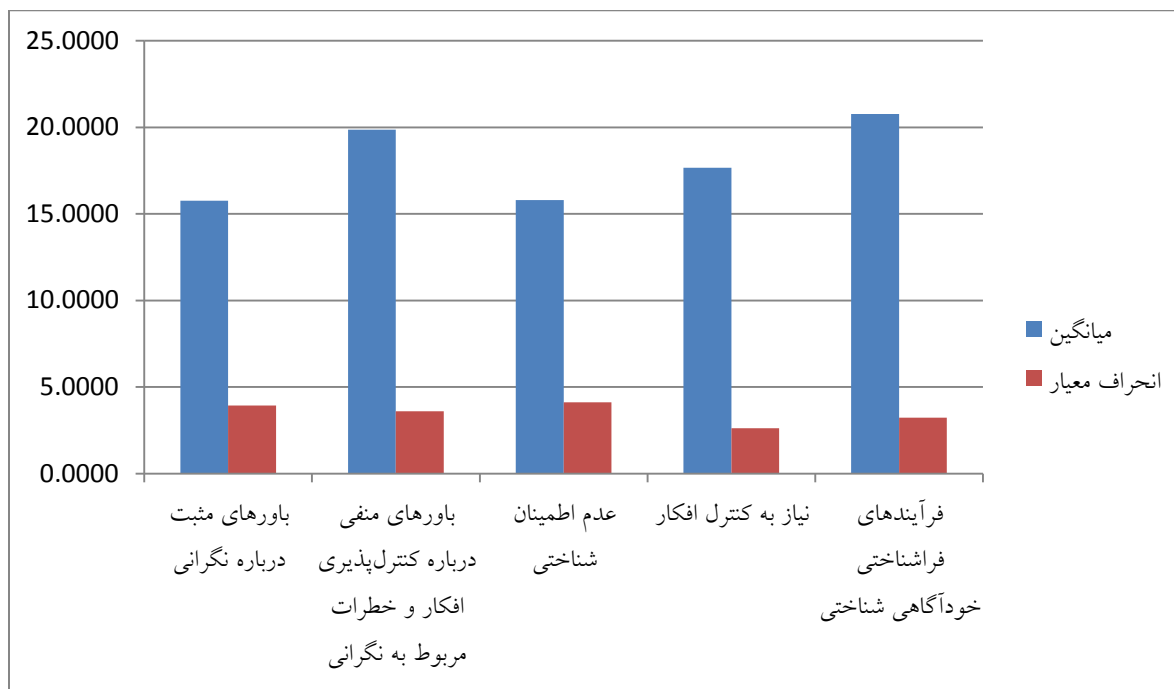
به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های توصیفی پژوهش از آماره‌هایی چون میانگین، انحراف معیار و انحراف استاندارد استفاده شد و به منظور تجزیه و تحلیل فرضیه‌های تحقیق از آزمون‌هایی چون ضریب همبستگی، تحلیل عاملی تأییدی، آزمون برازش مدل، مدل اندازه‌گیری و تحلیل مسیر استفاده می‌شود. به منظور تحلیل داده‌های مورد نیاز از آزمون پارامتریک همبستگی استفاده شد. بدین ترتیب کلیه تجزیه و تحلیل‌های مربوط به آمار توصیفی و استنباطی به وسیله نرم افزار SPSS 21 و تحلیل مسیر نیز به کمک نرم‌افزار Smart PLS 3.0 انجام گرفت.

یافته ها

قبل از ورود به مرحله تجزیه و تحلیل اطلاعات، ضروری می‌باشد که تمام متغیرهای تحقیق توصیف شوند. در این راستا گزارش توصیفی از متغیرهای تحقیق ارائه شده که این نوع اطلاعات در قالب جداول و نمودارهایی به شرح زیر نشان داده شده است: باورهای فراشناختی: متغیر باورهای فراشناختی دارای مؤلفه‌هایی می‌باشد که در ذیل به توصیف آن‌ها پرداخته شده است.

جدول ۱. توصیف مولفه‌های متغیر باورهای فراشناختی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس
باورهای مثبت درباره نگرانی	۲۱۷	۱۵/۷۶	۳/۹۴	۱۵/۵۲
باورهای منفی درباره کنترل‌پذیری افکار و خطرات مربوط به نگرانی	۲۱۷	۱۹/۸۶	۳/۶۰	۱۳/۰۰
عدم اطمینان شناختی	۲۱۷	۱۵/۷۹	۴/۱۱	۱۶/۹۰
نیاز به کنترل افکار	۲۱۷	۱۷/۶۶	۲/۶۱	۶/۸۶
فرآیندهای فراشناختی خودآگاهی شناختی	۲۱۷	۲۰/۷۶	۳/۲۲	۱۰/۳۸

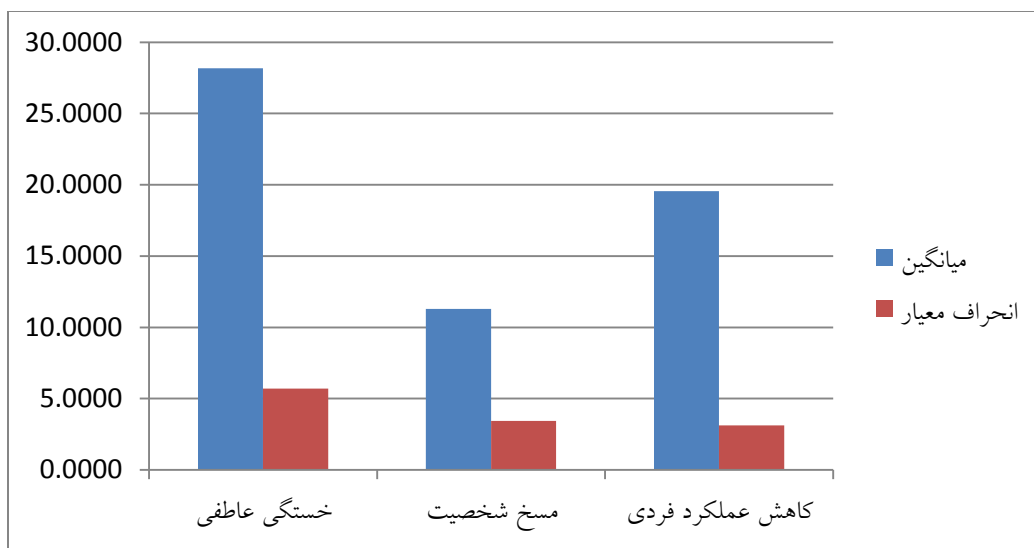


نمودار ۱. مؤلفه‌های متغیر باورهای فراشناختی

فرسودگی شغلی: متغیر فرسودگی شغلی دارای مؤلفه‌هایی می‌باشد که در ذیل به توصیف آن‌ها پرداخته شده است.

جدول ۲. توصیف مؤلفه‌های متغیر فرسودگی شغلی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس
خستگی عاطفی	۲۱۷	۲۸/۱۶	۵/۶۹	۳۲/۴۴
مسخ شخصیت	۲۱۷	۱۱/۲۹	۳/۴۴	۱۱/۸۵
کاهش عملکرد فردی	۲۱۷	۱۹/۵۴	۳/۱۲	۹/۷۶

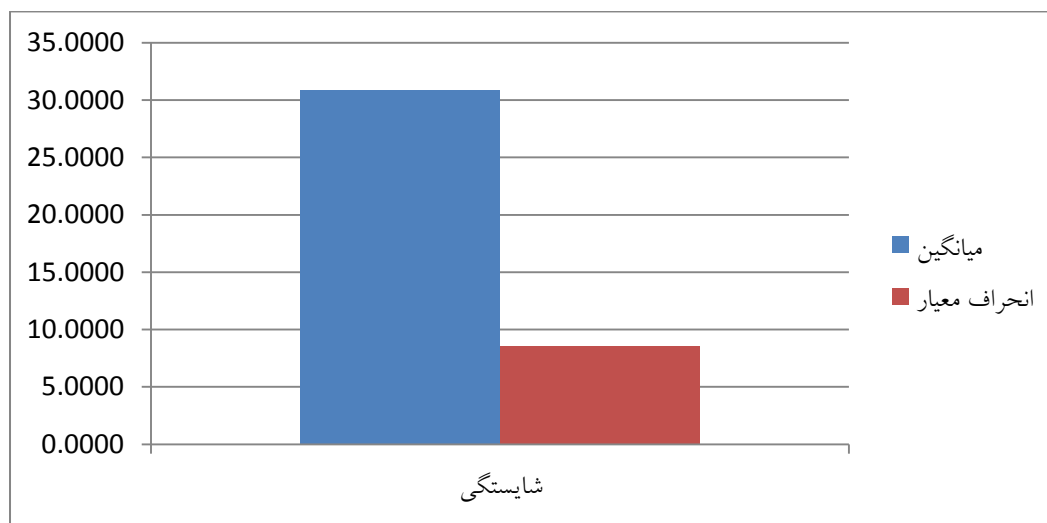


نمودار ۲. مؤلفه‌های متغیر فرسودگی شغلی

تعارض کار-خانواده: توصیف متغیر تعارض کار-خانواده در ذیل آمده است.

جدول ۳. توصیف متغیر تعارض کار-خانواده

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس
تعارض کار-خانواده	۲۱۷	۳۰/۸۵	۸/۵۳	۷۲/۸۶



نمودار ۳. متغیر تعارض کار-خانواده

پس از توصیف متغیرها و پاسخ‌های بدست آمده از جامعه آماری، در این بخش به بررسی فرضیه‌های مطرح شده و آزمون‌های آماری مورد استفاده در پژوهش اشاره می‌شود. به بیان دیگر در این بخش به تحلیل یافته‌های بدست آمده پرداخته شده است تا از لحاظ آماری بتوان صحت و سقم فرضیه‌های پژوهش را مورد بررسی قرار داد. در واقع هدف از تحلیل استنباطی تعمیم نتایج حاصل از مشاهدات محقق در نمونه انتخابی خود به جمعیت اصلی که همان جامعه آماری است، می‌باشد.

فرضیه اول: بین باورهای فراشناختی پرستاران بخش‌های ویژه و تعارض کار-خانواده آنان رابطه وجود دارد. همانطور که در جدول زیر مشاهده می‌شود، رابطه بین متغیر باورهای فراشناختی و تعارض کار-خانواده با ضریب مسیر استاندارد $\beta = 0/188$ مورد

قبول واقع شده است ($t > 1/96$). از آنجایی که ضریب مسیر عددی مثبت است، لذا رابطه مستقیم دو متغیر را می‌توان نتیجه گرفت. با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت که فرضیه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است و بین باورهای فراشناختی پرستاران بخش‌های ویژه و تعارض کار-خانواده آنان رابطه وجود دارد.

جدول ۴. بررسی فرضیه اول پژوهش

فرضیه	ضریب مسیر استاندارد	آماره t	P(sig)	تأیید یا عدم تأیید
باورهای فراشناختی ← تعارض کار-خانواده	۰/۱۸۸	۲/۵۶۷	$P < ۰/۰۵$	تأیید

فرضیه دوم: بین فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های ویژه و تعارض کار-خانواده آنان رابطه وجود دارد. همانطور که در جدول زیر مشاهده می‌شود، رابطه بین متغیر فرسودگی شغلی و تعارض کار-خانواده با ضریب مسیر استاندارد $\beta = ۰/۳۳۹$ مورد قبول واقع شده است ($t > 1/96$). از آنجایی که ضریب مسیر عددی مثبت است، لذا رابطه مستقیم دو متغیر را می‌توان نتیجه گرفت. با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت که فرضیه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است و بین فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های ویژه و تعارض کار-خانواده آنان رابطه وجود دارد.

جدول ۵. بررسی فرضیه دوم پژوهش

فرضیه	ضریب مسیر استاندارد	آماره t	P(sig)	تأیید یا عدم تأیید
فرسودگی شغلی ← تعارض کار-خانواده	۰/۳۳۹	۳/۴۴۵	$P < ۰/۰۵$	تأیید

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش دارای دو فرضیه بود که در این قسمت به بحث و نتیجه‌گیری فرضیه‌های مذکور اشاره می‌شود.

فرضیه اول: بین باورهای فراشناختی پرستاران بخش‌های ویژه و تعارض کار-خانواده آنان رابطه وجود دارد. بررسی نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده نشان می‌دهد که با توجه به مدل ساختاری در حالت ضرایب معناداری، میزان آماره تی بین دو متغیر باورهای فراشناختی پرستاران بخش‌های ویژه و تعارض کار-خانواده آن‌ها خارج از بازه ($1/96$ تا $-1/96$) بوده، لذا می‌توان گفت ارتباط معناداری بین این متغیر وجود دارد و این فرضیه مورد تأیید است. از طرفی، با توجه به اینکه ضریب مسیر استاندارد این رابطه عدد مثبتی است، لذا رابطه مورد نظر از نوع مستقیم می‌باشد. به عبارت دیگر، می‌توان اینگونه گفت که هر چه سطح باورهای فراشناختی پرستاران بالاتر باشد، سطح تعارض کار-خانواده در آن‌ها افزایش می‌یابد و برعکس هر چه سطح باورهای فراشناختی کمتر باشد، از میزان تعارض کار-خانواده کاسته می‌شود. نتایج حاصل از یافته‌های این فرضیه با مطالعات کرمی و همکاران (۱۳۹۶)، پورنامداریان و همکاران (۱۳۹۲) و راموس و همکاران^{۲۰} (۲۰۱۷) هم راستا می‌باشد. طبق مدل فراشناخت، مشکلات افراد از باورهای اجتماعی منفی نشأت نمی‌گیرد، بلکه از دانش اساسی جداگانه‌ای مشتق شده که همان فراشناخت است که سیستم شناختی فرد را کنترل می‌کند. در این تئوری، الگوهای نابهنجار نتیجه فعال‌سازی باورهای فراشناختی است که این باورها در اختلالاتی مثل اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، نگرانی شغلی و افسردگی درونی نقش دارد (اسکراج^{۲۱}، ۲۰۱۰).

²⁰. Ramos & et al

²¹. Scragg

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که از آنجایی که فراشناخت چیزهایی را که به آن‌ها توجه می‌کنیم و نیز عواملی را که به هوشیاری ما وارد می‌شوند، تعیین می‌کند، پس بر انواع راهبردهایی که برای تنظیم افکار و احساساتمان بکار می‌بریم تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، مشکلات افراد نتیجه سبک تفکر انعطاف‌ناپذیر و تکراری در واکنش به افکار، احساسات و باورهای منفی است. محتوای باورها و افکار، نوع اختلال تجربه شده را تعیین می‌کند. برای مثال، افکار مربوط به خطر موجب اضطراب می‌شوند و افکار مربوط به بی‌ارزش شمردن خود، به احساس غمگینی در فرد منجر می‌شوند. اختلالات هیجانی پیامد فرآیندهای فراشناختی است که به شکل‌گیری سبک‌های تفکر خاصی منجر می‌شوند و فرد را در وضعیت‌های طولانی مدت و عود کننده پردازش منفی اطلاعات مربوط به خود گرفتار می‌سازد.

فرضیه دوم: بین فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های ویژه و تعارض کار-خانواده آنان رابطه وجود دارد. بررسی نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده در فصل دوم نشان می‌دهد که با توجه به مدل ساختاری در حالت ضرایب معناداری، میزان آماره تی بین دو متغیر فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های ویژه و تعارض کار-خانواده آن‌ها خارج از بازه بوده، لذا می‌توان گفت ارتباط معناداری بین این متغیر وجود دارد و این فرضیه مورد تأیید است. از طرفی، با توجه به اینکه ضریب مسیر استاندارد این رابطه عدد مثبتی است، لذا رابطه مورد نظر از نوع مستقیم می‌باشد. به عبارت دیگر، می‌توان اینگونه گفت که هر چه فرسودگی شغلی پرستاران بالاتر باشد، سطح تعارض کار-خانواده در آن‌ها افزایش می‌یابد و برعکس هر چه سطح فرسودگی شغلی پرستاران کمتر باشد، از میزان تعارض کار-خانواده کاسته می‌شود. نتایج حاصل از این فرضیه با مطالعات شهری فر و همکاران (۱۳۹۵)، سبکرو و همکاران (۱۳۹۵)، فرهادی و همکاران (۱۳۹۲)، پورنامداریان و همکاران (۱۳۹۲) و سان و همکاران^{۲۲} (۲۰۱۷) همراستا می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که پرستاری یکی از مشاغلی است که استرس را به همراه خود دارد و عواملی مانند سختی کار، کار در شیفت‌های طولانی مدت و شبانه، مواجهه با اورژانس‌های حاد و تهدید کننده حیات و کمبود وسایل و تجهیزات از جمله عواملی است که زمینه‌ساز استرس در پرستاران می‌باشد. فرسودگی شغلی در دراز مدت سبب کاهش کارایی، عدم حضور به موقع سر کار، غیبت و افت ارائه خدمات و مسائلی از این دست می‌شود.

منابع

- پورنامداریان، سپیده؛ بیرشک، بهروز؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۲). بررسی نقش باورهای فرا شناختی در علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۱ (۲)، ۲۲-۱۲.
- سبکرو، مهدی؛ الله یاری، مینا و ابراهیم‌زاده پزشکی، رضا (۱۳۹۵). فرسودگی شغلی در پرستاران و تأثیر آن بر اهمال کاری در آنان. *مجله دانشگاه پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۵ (۲)، ۹-۱.
- شهری‌فر، زینب؛ شبانی، رحیم؛ شاکر، علی (۱۳۹۵). نقش تعارض کار- خانواده در پیش بینی سلامت عمومی پرستاران شاغل در بیمارستان های دولتی شهر ارومیه. *مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۱ (۴)، ۲۸-۲۰.
- فرهادی، علی؛ موحدی، یزدان؛ نعلچی، معصومه؛ دارایی، مهری؛ محمدزادگان، رضا (۱۳۹۲). رابطه بین تعارض کار- خانواده با مولفه‌های فرسودگی شغلی و تمایل به ترک شغل در پرستاران زن، *نشریه پرستاری/یران*، ۲۶ (۸۴)، ۴۳-۳۴.
- کریمی، جهانگیر؛ مومنی، خدامراد؛ حاتمیان، پیمان (۱۳۹۶). رابطه باورهای فراشناخت با گرایش به مصرف مواد روانگردان در پرستاران بیمارستان‌های شهر کرمانشاه. *مجله تحقیق پرستاری*، ۱۲ (۴)، ۲۴-۱۹.

- Bailey, R., & Wells, A. (2015). Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 8–14.
- Buonocore, F., & Russo, M. (2013). Reducing the effects of work–family conflict on job satisfaction: The kind of commitment matters. *Human Resource Management Journal*, 23(1), 91–108.
- Gao, Y., Shi, J., & Wang, L. (2013). Work–family conflict and job satisfaction: Emotional intelligence as a moderator. *Stress Health*, 29(3), 222–228.
- Kalliath, P., & Kalliath, T. (2013). Work–family conflict and its impact on job satisfaction of social workers. *British Journal of Social Work*, 45 (1), 1–19.
- Laschinger, H. K. S., & Fida, R. (2014). New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. *Burnout Research*, 1(1), 19–28.
- McEvoy, P.M., & Mahoney, A. (2013). Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 216– 224.
- Ramos-Cejudo, J., & Salguero, J.M. (2017). Negative metacognitive beliefs moderate the influence of perceived stress and anxiety in long-term anxiety. *Psychiatry Research*, 250, 25–29.
- Ruscio, A.M., & Borkovec, T.D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1469–1482.
- Scragg, p. (2010). *Meta cognitive therapy*, Developed by Adrian Wells. Trauma clinic LTD & university collage. London.
- Semerari, A., Cucchi, M., Dimaggio, G., Cavadini, D., Carcione, A., Battelli, V., ... & Ronchi, P. (2016). The development of the Metacognition Assessment interview: instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample. *Psychiatry Research*, 200(2), 890–895.
- Spada, M.M., Georgiou, G. A., & Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(1), 64–71.
- Sorour, A. S., & El-Maksoud, M. M. A. (2012). Relationship between musculoskeletal disorders, job demands, and burnout among emergency nurses. *Advanced emergency nursing journal*, 34(3), 272–282.
- Sun, J. W., Bai, H. Y., Li, J. H., Lin, P. Z., Zhang, H. H., & Cao, F. L. (2017). Predictors of occupational burnout among nurses: a dominance analysis of job stressors. *Journal of Clinical Nursing*, 4(15), 214–226.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders & metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.