

April-May 2021, Volume 16, Issue 1

The Mediating Role of Self-transcendence in the Relationship between Perceived Stress and Professional Quality of life of Nurses

Nakhaii Sh¹, Ahi Q^{2*}, Qanifar M.H², Shahabizadeh F³, Tabatabaii T²

1- PhD in Educational Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Corresponding Author: Ahi Q, Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Email: ahigh1356@yahoo.com

Received: 14 Oct 2020

Accepted: 10 Jan 2021

Abstract

Introduction: Nurses work long hours, and the growing demand for health services can affect their mental health and Quality of professional life. The aim of this study was to investigate the mediating role of self-transcendence in the relationship between perceived stress and Professional quality of life of nurses.

Methods: This study was a descriptive correlational study. The statistical population included all nurses working in public and private hospitals in Birjand in 1399 (N = 795). The research sample included 440 nurses. Participants were selected by convenience sampling method. They answered Perceived Stress Scale, the subscale Self-transcendence the Temperament and Character Questionnaire and the Professional Quality of Life Questionnaire. The data were analyzed using structural equation modeling and SPSS22 and LISREL8.8 Software.

Results: The results showed that the direct path of perceived stress to self-transcendence was negative and significant and direct path of perceived stress to to professional quality of life was positive and significant. The direct path of self-transcendence ($p < 0.01$) to professional quality of life ($p < 0.01$) is negative and significant. In addition, indicated that the indirect path perceived stress to professional quality of life through self-transcendence was significant ($p < 0.01$).

Conclusions: The findings of this study support the mediating role self-transcendence in the relationship between perceived stress and professional quality of life. These findings indicate that self-transcendence can play a significant indirect role in reducing the negative effects of perceived stress on the professional quality of life of nurses.

Keywords: Perceived stress, Professional quality of life, Self-transcendence.

نقش میانجی خودفراروی در رابطه بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران

شهبین نخعی^۱، قاسم آهی^{۲*}، محمدحسن غنی فر^۳، فاطمه شهبابی زاده^۳، تکتم سادات طباطبایی^۲

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
 ۲- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
 ۳- دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
 نویسنده مسئول: قاسم آهی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
 ایمیل: ahigh1356@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۲۲

چکیده

مقدمه: پرستاران ساعت‌های طولانی کار می‌کنند و تقاضای فزاینده‌ای که برای خدمات بخش سلامت وجود دارد می‌تواند بر سلامت روانی و کیفیت زندگی شان اثر بگذارد. این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی خودفراروی در رابطه بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر بیرجند در سال ۱۳۹۹ (N=۷۹۵) بود. نمونه پژوهش شامل ۴۴۰ نفر از پرستاران بود. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به مقیاس استرس ادراک شده، خرده مقیاس خود فراروی پرسشنامه شخصیت و منش و پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و به کمک نرم‌افزارهای آماری SPSS22 و LISREL8.8 تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که مسیر مستقیم استرس ادراک شده به خودفراروی منفی و معنی‌دار ($p < 0/01$) و به کیفیت زندگی حرفه‌ای مثبت و معنی‌دار ($p < 0/01$) معنادار است. مسیر مستقیم خودفراروی به کیفیت زندگی حرفه‌ای منفی و معنی‌دار بود ($p < 0/01$) معنی‌دار است. به علاوه مشخص شد که مسیر غیرمستقیم بین استرس ادراک شده و کیفیت زندگی حرفه‌ای از طریق خودفراروی معنی‌دار است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش از نقش میانجی خودفراروی در رابطه بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی حرفه‌ای حمایت می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که خودفراروی می‌تواند نقش غیرمستقیم معنی‌داری در کاهش اثرات منفی استرس ادراک شده بر کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران بگذارد.

کلیدواژه‌ها: استرس ادراک شده، خودفراروی، کیفیت زندگی حرفه‌ای.

مقدمه

افسردگی در میان پرستاران ۱۱ تا ۸۰٪ گزارش شده است (۴). این گروه مسئول سلامت و حفظ جان میلیون‌ها انسان هستند، با این حال آن‌ها از میزان بالای استرسی که نه تنها بهزیستی و سلامتشان را تهدید می‌کند، بلکه تأثیر معنی‌داری بر مولد بودن و حفظ آن و سرانجام بر کیفیت مراقبت از بیمار دارد، رنج می‌برند (۵). این چالش‌ها به طور منفی سطح کیفیت زندگی کاری‌شان را کاهش می‌دهد (۶). بر این اساس پژوهش بر روی شرایطی که پتانسیل‌های مثبت پرستاران را تسهیل نموده و یا تحلیل

محیط‌های بیمارستانی به دلیل تقاضای فزاینده انجام کار، تغییر در برنامه روزمره کاری، انتظارات غیرمعمول بیماران و بستگان‌شان و حمایت و منابع شخصی محدود، ساعت‌های کار طولانی و عدم مشارکت در تصمیم‌گیری، یک محیط کاری بسیار چالش‌برانگیز است (۱،۲) و پژوهش‌ها نشان داده‌اند استرس و فرسودگی شغلی در متخصصان مراقبت‌های بهداشتی متداول‌اند و میزان شیوع آن در میان پرستاران بالاتر از ۴۰ درصد است (۳). به علاوه میزان شیوع علائم

می‌برد از اهمیت نظری و عملی زیادی برخوردار است چرا که نه تنها دانش رسمی ما درباره علائم و نشانه‌های رفتار آن‌ها را افزایش می‌دهد، بلکه در طراحی شرایط فردی و اجتماعی که تحول، عملکرد و بهزیستی افراد را بهینه می‌سازد، نیز مشارکت دارد. تحقیقات اخیر اثرات ساختارهای مثبت روانشناسی در شکل‌گیری سیاست‌های دولتی بر روی سلامت، عملکرد، بهزیستی روان‌شناختی را بررسی می‌کنند (۷).

کیفیت زندگی حرفه‌ای یک سازه کلی است که به‌عنوان کیفیت ادراک فرد از کارش به‌عنوان یک مددکار تعریف می‌شود (۳) و شامل مسائل مثبت و منفی مرتبط با شغل فرد است. این سازه سه بعد رضایت از دلسوزی و خستگی از دلسوزی (استرس تروماتیک ثانویه و فرسودگی) را شامل می‌شود (۸) و به تعادل بین خستگی از دلسوزی و رضایت از دلسوزی اشاره دارد (۹). رضایت دلسوزی احساس مثبتی همراه با دانستن این مطلب است که شغل فرد به شیوه‌ای به دیگری کمک می‌کند. زمانی که رضایتمندی دلسوزی بالاست، هم فرسودگی شغلی و هم خستگی از دلسوزی هر دو پایین است و کیفیت زندگی حرفه‌ای بهبود می‌یابد (۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کیفیت زندگی حرفه‌ای بالاتر (رضایت از دلسوزی بیشتر و خستگی از دلسوزی پایین‌تر) با اضطراب، افسردگی، عاطفه منفی و استرس ادراک شده پایین‌تر و بهزیستی جسمی و روان‌شناختی، تاب‌آوری روان‌شناختی، هوش هیجانی، مقابله انطباقی، ذهن آگاهی و خود دلسوزی بالاتر همراه است (۳). بر این اساس و با توجه به اهمیت حرفه‌های خدمات سلامت روان و به‌طور خاص پرستاران این پژوهش به دنبال دست یافتن به "عواملی است که کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران" نقش دارند.

سازمان بهداشت جهانی (۱۱) مجموعه‌ای از شواهد مربوط به خطرات در محیط‌های کاری را ارائه کرده است که در آن استرس‌های مرتبط با کار به‌عنوان یک خطر جهانی برای سلامت کارکنان شناخته می‌شود. استرس به‌عنوان واکنشی از ارگانیزم در برابر نیروهایی که به‌طور هم‌زمان در بدن عمل کرده و اگر از ظرفیت سازگاری فرد بیشتر شود منجر به بیماری‌های فرسودگی و مرگ می‌شود، تعریف شده و گزارش‌ها نشان می‌دهد که پرستاری یکی از مشاغل پراسترس است (۱۲). مواجهه طولانی‌مدت با عوامل استرس‌زا به‌طور معنی‌داری کیفیت زندگی حرفه‌ای را

تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به درماندگی‌های شناختی و هیجانی، اضطراب، اختلالات خلقی و سرانجام فرسودگی می‌شود (۱۳). استرس ادراک شده، سن و مدت خدمت پرستاران پیش‌بین رضایت از دلسوزی و خستگی از دلسوزی است (۹). گزارش‌های دیگر نشان می‌دهد پرستارانی با سطوح بالای استرس ادراک شده، سطوح پایین‌تری از بهزیستی، حس تعلق ضعیف‌تر، حمایت اجتماعی کمتر، افزایش مسئولیت، عملکرد خانوادگی ضعیف‌تر و همچنین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ذهنی و جسمی کمتر را گزارش می‌کنند (۱۴). با این حال Sanso و همکاران (۸) گزارش کردند درحالی‌که محیط‌های کاری پرستاران با خود مراقبتی و خود دلسوزی ارتباط دارد و پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی حرفه‌ای است، استرس پرستاران با این متغیرها همبسته نبود. این ابهام در یافته‌ها، نیاز برای شناسایی سازوکارهایی که از طریق آن استرس می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی حرفه‌ای شود، را برجسته می‌کند. درک این سازه‌های میانجی می‌تواند به تعیین شرایطی که احتمال کیفیت زندگی مرتبط با استرس را کاهش می‌دهد کمک کند و ممکن است در ایجاد استراتژی‌های ارتقای کیفیت زندگی نقش داشته باشد. به لحاظ اهمیت و دامنه فراگیر کیفیت زندگی در حوزه روان‌شناسی مثبت، عوامل مؤثر بر آن مورد کنکاش بسیار قرار گرفته است و بهبود تاب‌آوری، کیفیت زندگی حرفه‌ای و کاری و ارتقاء بهزیستی با چندین فاکتور در سطح فردی و سازمانی قابل برآوردن است. از جمله سازه‌های سودمند این حوزه خودفراروی برای فعالیت‌های پرستاری و پژوهش در این حوزه است (۱۵).

خودفراروی به‌عنوان خود فراموشی و آگاهی از این‌که تمامی اشیا اجزای لاینفکی در روند تکاملی "همه چیز به‌عنوان یک واحد" هستند و ارتباط گرفتن و لذت بردن از همه چیز تعریف شده است (۱۶). به‌عنوان یک فرایند خودفراروی شامل گسترش مرزهای خود و تغییر توجه از خود به بهزیستی دیگران است و از طریق عاطفه و شناختارهای مثبت متمرکز بر دیگران مشخص می‌شود (۱۷). گسترش مرزهای خود می‌تواند از طریق فعالیت‌های تأملی درون‌نگرانه، افزایش آگاهی از فلسفه و رؤیاهای شخصی، روابط رو به رشد با دیگران و محیط رخ دهد (۱۸). خود فراروی به‌سطح چندبعدی درون فردی مرزهای خویشتن (از طریق پذیرش خود و یافتن معنای زندگی)، بین فردی (رسیدن به دیگران یا ارتباط گرفتن با طبیعت) و فرا فردی (دستیابی به

شهبین نخعی و همکاران

مانند شادی، سازگاری روان‌شناختی و بهزیستی عمومی تأکید داشته‌اند (۲۴). حدادی و بشارت (۲۵) گزارش کردند که رابطه آسیب‌پذیری و شاخص‌های سلامت روانی از طریق سطوح متفاوت تاب‌آوری شامل عزت‌نفس، صلاحیت فردی، سرسختی، مقاومت در برابر اثر منفی، کنترل و معنویت میانجی می‌شود.

اگرچه خودفراروی به طور مستقیم و میانجی به صورت کلی در ارتباط با سازه‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است اما بیشتر این پژوهش‌ها بر جمعیت‌های بیمار متمرکز بوده است و کمتر پرستاران به‌عنوان بخشی مهمی از کادر خدمات مراقبت مرتبط با سلامت مورد بررسی قرار گرفته است. Fresson و همکاران (۱۶) معتقدند که در تحقیقات آتی لازم است تا بر جنبه‌های ویژه خودفراروی تمرکز شود تا درک بهتری از نقش آن‌ها در تعدیل و تقویت آسیب‌شناسی مرتبط با حرفه‌های پزشکی و به طور خاص پرستاران به دست آید. با توجه به شدت مشکلات تجربه‌شده در حرفه پرستاری و اینکه مشکلات در پرستاران به‌عنوان جز مهم سیستم بهداشتی درمانی موجب کاهش رضایت شغلی، افزایش ترک خدمت و کاهش کیفیت مراقبت‌های بالینی می‌شود (۲۶)، بنابراین توسعه‌ی برنامه‌های پشتیبانی که حمایتی برای حذف محدودیت‌ها و منابع اختلال در عملکرد پرستاری باشد و همچنین تقویت تعدیل منابعی که بهزیستی کاری و فردی پرستاران را بهبود می‌بخشد لازم است و پرداختن به پیش‌آیندهای بهزیستی کاری و کیفیت زندگی حرفه‌ای و با نقش میانجی خودفراروی به‌عنوان مکانیزم‌های تعدیل‌کننده مهم به نظر می‌رسد. این حیطه پژوهشی نسبتاً جدید و به‌تازگی وارد ادبیات روانشناسی شده است و خلأ پژوهشی موجود در این زمینه احساس می‌شود، این در حالی است که در کشور ما هیچ توجهی به این مکانیزم‌های تعدیل و تقویت‌کننده نشده است. درحالی‌که استرس و فرسودگی شغلی بین پرستاران با گستردگی بررسی شده است مطالعات کمی پیامدهای احتمالی سازه‌های پیش‌آیند با نقش میانجی خودفراروی را بر سلامت پرستاران بررسی کرده است؛ بنابراین پژوهش حاضر در راستای "تعیین نقش میانجی خودفراروی در رابطه بین استرس ادراک‌شده با کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران شهر بیرجند" و فراهم آوردن یک منبع و چارچوب ارجاعی کامل‌تر انجام می‌شود.

موجود بالاتر) اشاره دارد (۱۹). بر این اساس خودفراروی به ارزیابی سه جنبه می‌پردازد: خود فراموشی خلاقانه در برابر تجربه خود آگاهی، هویت فرا فردی در برابر خود انزوایی و پذیرش معنوی در برابر ماتریالیسم (۲۰). خود فراموشی خلاقانه، افراد با خودفراروی بالایی را توصیف می‌کند که گرایش به جذب دارند و در بازنمایی منابع ادراکی، حرکتی، تصویری و ایده‌ای فرد نقش کامل دارند. هویت فرا فردی توصیف افرادی با خودفراروی بالاست که احساس عمیق یکپارچگی با جهان از جمله محیط فیزیکی دارند. پذیرش معنوی نشان دهنده افرادی با خودفراروی بالاست که به تجربیات فراحسی همچنین سایر اثرات معنوی معتقدند (۱۶). Hoshi (۲۱) معتقد است خود فراروی به‌عنوان عامل واسطه یا تعدیل‌کننده مطرح می‌شود که تجربه آسیب‌پذیری افراد را متعادل کرده یا تبدیل به بهزیستی می‌کند. یافته‌های پژوهشی مربوط به این حوزه از این ایده حمایت کرده‌اند. اکثریت پژوهش‌های مربوط به ارتباط خودفراروی با سازه‌های روان‌شناختی بر روی جمعیت‌های بیمار و سالمندان متمرکز شده‌اند و به طور گسترده‌ای رابطه معکوس بین خود فراروی و علائم افسردگی پیدا کرده‌اند. به‌عنوان مثال، روابط منفی معناداری بین افسردگی و خودفراروی در میان سالان و سالمندان پیدا شده است؛ همچنین روابط منفی معناداری بین خود فراروی و تمایل به مرگ در سالمندان که به دلیل افسردگی بستری شده بودند؛ گزارش شده است (۲۰). یافته‌های مربوط به نقش میانجی هم از ایده Hoshi (۲۱) حمایت کرده است. پژوهش‌های مرتبط نشان می‌دهد خودفراروی در رابطه بین آسیب‌پذیری منابع در دسترس و بهزیستی سالمندان بستری شده ژاپنی نقش میانجی دارد (۲۲). به‌طور مشابهی Haugan (۱۹) دریافت که خودفراروی اثر معناداری بر بهزیستی سالمندان دارد که پس از سکونت در خانه سالمندان احساس آسیب‌پذیری بیشتری دارند. پژوهش با سازه‌های دیگر نیز به نتایج مشابهی دست یافته‌اند. Ertl (۱۴) گزارش کرد که تاب‌آوری در رابطه بین استرس دریافتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نقش میانجی دارد. Seo و همکاران (۲۳) گزارش کردند که رابطه بین استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی از طریق نشانگان افسردگی و رفتارهای ارتقا سلامت میانجی می‌شود. مطالعات همچنین بر نقش میانجی معنا در زندگی در ارتباط با سازه‌های روان‌شناختی و معیارهایی

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر بیرجند در سال ۱۳۹۹ (N=۷۹۵) تشکیل داد. برای محاسبه حجم نمونه به نوشته‌های پژوهشی مرتبط با مدل‌سازی معادلات ساختاری مراجعه شد. به نظر Guilford حداقل حجم نمونه، ۲۰۰ نفر است؛ در همین راستا Comrey پیشنهاد کرده است گروه نمونه ۱۰۰ نفری ضعیف است، ۲۰۰ نفری نسبتاً مناسب است، ۳۰۰ نفری خوب، ۵۰۰ نفری خیلی خوب و ۱۰۰۰ نفری عالی است (۲۷). بر این اساس حجم نمونه این پژوهش ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر به منظور دستیابی سریع و جلوگیری از اتلاف وقت و هزینه در نمونه‌گیری، شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس مورد استفاده قرار گرفت. بدین منظور در مرحله‌ی اول اسامی بیمارستان‌های شهر بیرجند و لیست بخش‌های هر بیمارستان مشخص شد. در مرحله بعد آمار پرستاران شاغل در هر بخش از مراجع ذی‌صلاح کسب شد. سپس با توجه به احتمال ریزش نمونه (عدم عودت تعدادی از پرسشنامه‌ها یا پرسشنامه‌های ناقص تکمیل شده) ۶۰۰ پرسشنامه تکثیر و با توجه به تعداد پرستاران هر بخش پرسشنامه‌ها در اختیار سرپرستار بخش قرار گرفت تا بین پرستاران توزیع شود. ملاک‌های ورود شامل پرستار بودن، شاغل بودن در بیمارستان‌های دولتی و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و عدم پاسخ کامل به پرسشنامه‌ها بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای آماری SPSS-22 و Lisrel 8.8 استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس استرس ادراک شده یک مقیاس ۲۹ آیتمی است که اولین بار به وسیله‌ی Sheu و همکاران (۲۸) به منظور ارزیابی میزان و نوع استرسی که به‌وسیله‌ی دانشجویان پرستاری ادراک می‌شود، طراحی گردید و بر اساس یک طیف لیکرت ۵ نمره‌ای (۰= تا هرگز، تا ۴= بسیاری از مواقع) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کلی این مقیاس در محدوده‌ی بین ۰ تا ۱۱۶ قرار می‌گیرد و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی میزان بالاتر استرس است. مقیاس استرس ادراک‌شده دارای ۶ زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: استرس

ناشی از فقدان مهارت‌ها و دانش شغلی، استرس ناشی از مراقبت کردن از بیماران، استرس ناشی از فشار کاری و وظایف محوله، استرس ناشی از اساتید و کارکنان بخش پرستاری، استرس ناشی از محیط درمان و استرس ناشی از همسالان و زندگی روزمره. تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که ۵۷ درصد از واریانس کل استرس ادراک شده به وسیله‌ی این ۶ عامل تبیین می‌شود. Sheu و همکاران (۲۸) در پژوهش خود اعتبار از طریق آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ و ضریب پایایی آزمون-پس آزمون یک هفته‌ای آن را ۰/۶۰ گزارش نمودند. شاخص روایی محتوایی این مقیاس نیز ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر از نسخه هنجار شده در پژوهش Algaralle و همکاران (۲۹) استفاده است. در مطالعه Algaralle و همکاران (۲۹) یک ساختار ۵ عاملی را استخراج کرد که در مجموع ۵۴/۵۴ درصد واریانس پرسشنامه را تبیین کرد. عوامل به ترتیب استرس ناشی از اساتید و کارکنان پرستاری استرس مراقبت از بیماران، استرس ناشی از فقدان دانش و مهارت تخصصی، استرس ناشی از ماهیت فعالیت‌های بالینی و استرس ناشی از نقش پرستاری نام‌گذاری شدند. اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌های ۵ گانه به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۸، ۰/۸۳، ۰/۷۸ و ۰/۶۵ قرار گرفت. در این پژوهش شاخص کفایت نمونه‌برداری ۰/۸۸ است و آزمون کرویت بارتلت نیز معنادار بود ($p < ۰/۰۱$ ، $\chi^2 = ۲۴۳۰/۲۹$). در تحلیل عاملی با چرخش واریماکس ساختار چهار عاملی به دست آمد. عامل اول با ۷ آیتم ۳۹/۷۰ درصد از واریانس، عامل دوم با ۶ آیتم ۱۰/۹۰ درصد از واریانس، عامل سوم با ۵ آیتم ۷/۹۸ درصد از واریانس و عامل چهارم با ۳ آیتم ۵/۱۵ درصد از واریانس (مجموع ۶۳/۷۳ درصد) از واریانس را تبیین کردند. آیتم‌های ۳، ۴، ۸، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱ روی هیچ یک از عوامل چهارگانه قرار نگرفتند و حذف شدند. با مراجعه به مطالعه Algaralle و همکاران (۲۹) و توجه به محتوای آیتم‌ها عامل اول استرس مراقبت از بیماران، عامل دوم استرس ناشی از نقش پرستاری، عامل سوم استرس ناشی از اساتید و کارکنان پرستاری و عامل چهارم استرس ناشی از فقدان دانش و مهارت تخصصی نام‌گذاری شد. شاخص اعتبار از طریق روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و چهار خرده مقیاس مذکور به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۵، ۰/۷۷ و ۰/۸۳ محاسبه شد. پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی و همبسته کردن مسیر خطای آیتم

بین ۲۰ تا ۵۵ سال با میانگین سنی ۳۵/۰۰ و انحراف سنی ۷/۵۶ بود. از مجموع ۴۴۰ نفر، ۳۲ نفر (۷/۲۷ درصد) بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۱۰۹ نفر (۲۴/۷۷ درصد) بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۹۱ نفر (۲۰/۶۹ درصد) بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۷۷ نفر (۱۷/۵۰ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰، ۶۵ نفر (۱۴/۷۷ درصد) بین ۴۱ تا ۴۵ سال و ۶۶ نفر (۱۵/۰۰ درصد) ۴۶ سال و بالاتر سن دارند. در بررسی مفروضه‌های مدل محققان معتقدند که یکسان نبودن پراکندگی رگرسیون‌های چند متغیری مدل‌های لیزر را ناروا نمی‌کند. همچنین همبستگی‌های کمتر از ۰/۸۰ نشان‌دهنده فقدان هم خطی بودن چندگانه است. بررسی توزیع متغیر ملاک نشان داد که این متغیر نرمال است ($Ku < 1/96$). در (جدول ۱) ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شد.

هیچ‌گونه هزینه مالی برای شرکت‌کننده‌ها نخواهد داشت. با توجه به احترام به فرد و اختیارات او، هر زمان که شرکت‌کننده خواست می‌توانست از پژوهش خارج شود. شرکت‌کننده‌ها از هدف و سودمندی تحقیق آگاه شدند. به شرکت‌کننده‌ها تأکید شد که انجام این پژوهش و شرکت در آن هیچ‌گونه ضرری برای آن‌ها نخواهند داشت.

یافته‌ها

از مجموع ۶۰۰ پرسشنامه توزیع شده ۱۱۳ پرسشنامه برگشت نکرد و ۴۷ پرسشنامه ناقص پر شده بود که از تحلیل‌ها حذف شدند و در نهایت تجزیه و تحلیل آماری بر روی داده‌های ۴۴۰ نفر انجام گرفت. از این تعداد ۳۱۳ نفر (۷۱/۱۴ درصد) زن و ۱۲۷ نفر (۲۸/۸۶ درصد) مرد بودند. دامنه سنی آزمودنی‌ها

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی بین استرس ادراک شده، خودفراروی و کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
استرس مراقبت از بیماران	۱									
استرس ناشی از نقش پرستاری	۰/۲۷**	۱								
استرس ناشی از اساتید و کارکنان	۰/۷۴**	۰/۲۷**	۱							
استرس فقدان دانش و مهارت	۰/۶۹**	۰/۲۱**	۰/۷۰**	۱						
پذیرش معنوی	۰/۵۵**	۰/۱۸**	۰/۵۰**	۰/۵۲**	۱					
خود فراموشی خلاقانه	۰/۴۶**	۰/۲۶**	۰/۴۰**	۰/۳۸**	۰/۴۶**	۱				
هویت فرا فردی	۰/۴۵**	۰/۲۷**	۰/۴۰**	۰/۴۲**	۰/۵۵**	۰/۵۸**	۱			
فرسودگی	۰/۳۳**	۰/۴۱**	۰/۳۳**	۰/۲۸**	۰/۴۴**	۰/۴۴**	۰/۴۵**	۱		
استرس تروماتیک ثانوی	۰/۳۳**	۰/۳۹**	۰/۲۹**	۰/۲۵**	۰/۴۷**	۰/۳۹**	۰/۴۲**	۰/۷۶**	۱	
رضایت از دلسوزی	۰/۳۴**	۰/۳۱**	۰/۳۱**	۰/۲۷**	۰/۴۷**	۰/۳۳**	۰/۴۴**	۰/۶۰**	۰/۵۹**	۱
میانگین	۲۴/۹۳	۱۹/۴۰	۱۷/۲۱	۱۰/۳۴	۴/۹۵	۴/۰۹	۳/۱۶	۲۴/۱۹	۱۸/۳۲	۱۵/۷۶
انحراف استاندارد	۷/۹۸	۵/۹۶	۵/۲۷	۳/۶۳	۳/۶۹	۲/۶۲	۲/۱۰	۷/۵۲	۶/۴۴	۳/۷۷

برازش الگوی کلی نشان داد که بین الگوی پیشنهاد شده و مشاهده شده هماهنگی کاملی وجود ندارد ($p < 0/01$) و $\chi^2(3) = 139/10$. لذا فرض صفر درباره برازش الگو با داده‌ها پذیرفته نمی‌شود. اما این شاخص دارای دو محدودیت است: اولاً این آماره برازش کامل الگو با داده‌ها را بررسی می‌کند، این درحالی که است که دستیابی به الگویی که به‌طور کامل با داده‌ها برازش داشته باشد نادر است. دوماً با افزایش حجم نمونه احتمال معنی‌داری شاخص بیشتر می‌شود. بنابراین ممکن است که یک الگو با داده‌ها برازش نزدیک و قابل قبولی داشته باشد، اما در مدل دستیابی به یک مقدار χ^2 غیر معنی‌دار غیرمحمول

بر اساس اطلاعات بالا می‌توان گفت که بیشترین همبستگی مشاهده شده بین مؤلفه فرسودگی و استرس تروماتیک ثانوی کیفیت زندگی حرفه‌ای مشاهده شد، این همبستگی مثبت و معنی‌دار گزارش شد ($p < 0/01$). به‌علاوه کمترین همبستگی بین پذیرش معنوی و استرس ناشی از نقش پرستاری مشاهده شد. این همبستگی منفی و معنی‌دار است ($p < 0/01$). به منظور پیش‌بینی "بهبودی کاری از طریق آسیب‌پذیری روان‌شناختی با نقش میانجی خودفراروی" الگوی مفهومی پیشنهاد شده از طریق روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شد. در بررسی اولیه نتایج آزمون مجذور χ^2 به منظور بررسی

شبهین نخعی و همکاران

۰/۹۵ و جذر برآورد خطای تقریب RMSEA برابر با ۰/۰۸۷ به دست آمد. هیو و بنتلر (۳۲) پیشنهاد می‌کنند زمانی که میزان CFI، GFI و IFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۸ باشد نشان‌دهنده برازش مناسب و کافی مدل است. آن‌گونه که مشخص است شاخص‌ها حاکی از برازش نسبی مدل با داده‌ها است.

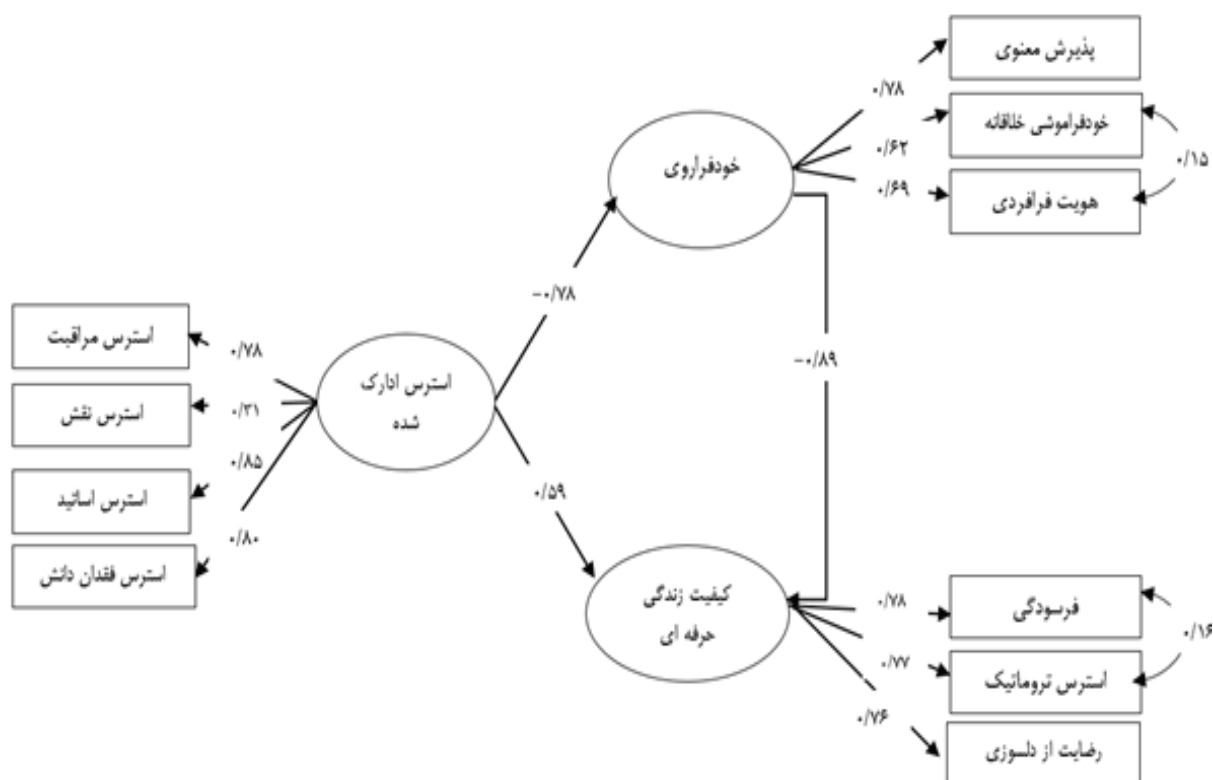
باشد. همان‌طور که در (جدول ۲) مشخص است میزان شاخص برازندگی GFI برابر با ۰/۹۴، شاخص تعدیل‌شده برازندگی AGFI برابر با ۰/۹۰، شاخص برازش مقایسه‌ای CFI برابر با ۰/۹۷، شاخص برازش نرمال شده NFI برابر با ۰/۹۶، شاخص افزایش یافته IFI برابر با ۰/۹۷، شاخص نرم نشده برازندگی NNFI برابر با ۰/۹۶، RFI برابر با

جدول ۲: شاخص‌های برازندگی مدل مفهومی پژوهش

شاخص	مجدور خی ۲	df	GFI	CFI	NFI	IFI	NNFI	AGFI	RFI	RMSEA
برازش	۱۳۹/۱۰	۳۲	۰/۹۴	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۰۸۷

برخوردار بود. بر اساس شاخص‌های برازش جدید میزان شاخص برازندگی GFI برابر با ۰/۹۵، شاخص تعدیل شده برازندگی AGFI برابر با ۰/۹۱، شاخص برازش مقایسه‌ای CFI برابر با ۰/۹۸، RFI برابر با ۰/۹۶، شاخص برازش نرمال شده NFI برابر با ۰/۹۷، شاخص افزایش یافته IFI برابر با ۰/۹۸ و جذر برآورد خطای تقریب RMSEA برابر با ۰/۰۷۷ و NNFI برابر با ۰/۹۷ به دست آمد که همگی حاکی از برازش مناسب مدل با داده‌ها است (شکل ۱).

با این حال پیرایش و اصلاح مدل بر اساس شاخص‌های اصلاح صورت گرفت. با انتخاب شاخص‌های اصلاح مدل (MI) لیزرل پیشنهادهایی در مورد متصل کردن مسیر خطای خود فراموشی خلاقانه به هویت فرا فردی و مسیر فرسودگی به استرس تروماتیک ثانویه پیشنهاد داد. این ویرایش به اندازه ۳۰/۷۴ از مقدار χ^2 می‌کاهد و در نتیجه به مدل برازش یافته نزدیک‌تر می‌شود. برون‌داد پس از اصلاح در مقایسه با قبل از اصلاح از شاخص‌های برازش بهتری



شکل ۱. ضرایب مسیر مدل اصلاح شده کیفیت زندگی حرفه‌ای از طریق استرس ادراک شده با نقش میانجی خودفراروی

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که ۶۱ درصد از واریانس مشاهده شده در خودفراروی از طریق استرس ادراک شده تبیین می‌شود. به علاوه ۶۶ درصد واریانس مشاهده شده در کیفیت زندگی حرفه‌ای از طریق ترکیب متغیرهای استرس ادراک شده و خودفراروی قابل تبیین است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل کیفیت زندگی حرفه‌ای در رابطه با استرس ادراک شده با نقش میانجی خودفراروی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد بیشترین همبستگی مشاهده شده بین مؤلفه فرسودگی و استرس تروماتیک ثانوی کیفیت زندگی حرفه‌ای مشاهده شد، این همبستگی مثبت و معنی‌دار گزارش شد. به علاوه کمترین همبستگی بین پذیرش معنوی و استرس ناشی از نقش پرستاری مشاهده شد. این همبستگی منفی و معنی‌دار بود. یافته‌های مربوط به بررسی ارتباط مستقیم بین مسیرها در مدل طراحی شده نشان داد که بین همه مسیرهای مستقیم رابطه معنی‌دار وجود دارد و مسیر مستقیم استرس ادراک شده به خودفراروی منفی و معنی‌دار و به کیفیت زندگی حرفه‌ای مثبت و معنی‌دار است. به علاوه مسیر مستقیم خودفراروی به کیفیت زندگی حرفه‌ای منفی و معنی‌دار بود. به علاوه مشخص شد که خودفراروی رابطه بین استرس ادراک شده و کیفیت زندگی حرفه‌ای را میانجی می‌کند و پس از همبسته کردن مسیر خطای خود فراموشی خلاقانه به هویت فردی و مسیر فرسودگی به استرس تروماتیک ثانویه مدل از برآزش کافی و مناسب برخوردار است.

یافته‌های مربوط به ارتباط استرس ادراک شده با کیفیت زندگی حرفه‌ای با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (۳، ۱۴، ۳۳، ۳۴) همسو است. Kent و همکاران (۳۳) گزارش کردند که استرس ادراک شده با خستگی از دلسوزی و فرسودگی رابطه مثبت و معنی‌دار و با رضایت از دلسوزی رابطه منفی و معنی‌دار دارد. همچنین درماندگی‌های شخصی و هیجانات منفی متمرکز بر خود ناشی از مشاهده پریشانی دیگران، با سطوح پایین‌تر رضایت از دلسوزی و سطوح بالاتر فرسودگی شغلی پرستاران همراه است (۳). یافته‌های Wang (۳۴) نشان داد که استرس دریافتی و درماندگی‌های روان‌شناختی به طور مثبت با نمره کلی سلامت روان و حوزه‌های سه‌گانه پرسشنامه GHQ-20 مرتبط است. رایج‌ترین استرسورهای متخصصان مراقبت سلامت از ویژگی‌های محیط کار به

ویژه ازدحام بیش از حد بیماران، شرایط نامناسب کار، کمبود تجهیزات و بار کاری ناشی می‌شود. این شرایط، همراه با شیفت‌های طولانی مدت، خستگی، فقدان استراحت کافی، درد اسکلتی عضلانی و کاهش انرژی و افزایش خستگی که پیامد استرس است، عملکرد را کاهش می‌دهد (۳۵). در تبیین چنین نتایجی Duarte (۳) معتقد است که درماندگی‌های شخصی، نگرانی‌های همدلانه برای دیگران و حساسیت به رنج دیگران یک عامل آسیب‌پذیری برای ایجاد و گسترش خستگی از دلسوزی کیفیت زندگی حرفه‌ای است. تجربه مداوم استرس روزانه، قرار گرفتن مکرر در معرض ترومای بیمار و بیماری، مسئولیت تأمین خواسته‌ها/انتظارات بیماران و خانواده آن‌ها و در عین حال لزوم رعایت استانداردهای مراقبتی بالا خستگی از دلسوزی پرستاران افزایش می‌دهد (۳۶). بار کاری همراه با الزامات شغلی و افزایش تقاضاهای بیماران بر رضایت از زندگی پرستاران تأثیر منفی دارد و به تبع آن منابع شخصی پرستاران را تخلیه می‌کند. تخلیه منابع شخصی پرستار و گسترش ناتوانی در حفظ تعادل کار-زندگی، بهزیستی شخصی پرستاران را کاهش می‌دهد و احتمال بیشتری دارد تا به فرسودگی و ترک شغل بینجامد (۳۳، ۳۷). با توجه به اینکه درماندگی‌های شخصی با عاطفه منفی مشخص می‌شوند و با کاهش تمایل برای کمک به کسانی که رنج می‌برند همراه‌اند، باعث می‌شوند تا پرستاران از کمک به بیماران اجتناب کنند، به مراقبت از بیماران توجه کمتری داشته باشد، رابطه درمانی ضعیف با بیماران داشته باشند یا سوگیری‌هایی را تجربه کنند که بر مراقبت مؤثر و رضایت شغلی آنان تأثیر می‌گذارد (۳). در حقیقت، درماندگی‌های شخصی متخصصان حرفه‌ای سلامت به مشکل در برقراری ارتباط با بیماران، کاهش شایستگی‌های اجتماعی، افزایش خطاهای بالینی و کاهش سرعت تشخیص خطاها می‌انجامد. این یافته‌ها یک مفهوم دارد: استرس ناشی از محیط‌های مراقبت سلامت، احساس موفقیت شخصی را کاهش می‌دهد و این یک عامل خطر شناخته شده برای فرسودگی شغلی است (۳۳).

یافته‌های مربوط به ارتباط استرس ادراک شده با خودفراروی با یافته‌های (۳۳، ۳۸، ۳۹، ۴۰) همسو است. Kent و همکاران (۳۳) گزارش کردند که سطوح بالاتر فرآیندهای تعهد و پذیرش با سطوح پایین‌تر استرس ادراک شده، فرسودگی شغلی، خستگی دلسوزی و سطوح بالاتر رضایت از دلسوزی همراه است. یافته‌های دیگر مطابق با مدل خودفراروی

شهبین نخعی و همکاران

خودفراروی یک نظریه رشدی است و فرض می‌کند که رویدادهای زندگی می‌تواند به رشد تغییرات مثبت کمک کنند. خودفراروی باعث کاهش استرس، افزایش بهزیستی، امیدواری و معنای زندگی می‌شود (۴۲). خودفراروی به فرد کمک می‌کند تا چالش‌های زندگی را در نظام‌های معنی‌دار سازمان‌دهی کند، احساس بهتری داشته باشد و معنای معنوی زندگی را پیدا کند (۴۴). مطابق با نظریه Reed (۴۱) وقتی افراد در چالش‌های زندگی معنای زندگی را پیدا می‌کنند، مرزهای خود را گسترش می‌دهند و با خود، ابعاد معنوی و دیگران ارتباط برقرار می‌کنند. این فرایند رشد و بلوغ یافتن با بهزیستی ارتباط دارد و به گسترش و بهبود آن کمک می‌کند. هسته خودفراروی ارتباط با خود و دیگران است و الزامات جسمی و هیجانی محیط‌های مراقبتی باعث می‌شود تا پرستاران ارتباط با خود و ارتباط با دیگران بالایی داشته باشند که نه تنها تعامل و مراقبت از بیماران را تسهیل می‌کند، بلکه ابعاد مختلف سلامتی آن‌ها را نیز افزایش می‌دهد (۲۲).

یافته‌های مربوط به ارتباط نقش میانجی خودفراروی در رابطه بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی حرفه‌ای با یافته‌های (۱۴، ۲۱، ۲۳، ۳۴، ۴۰) همسو است. Ertl و همکاران (۱۴) گزارش کردند که سطوح بالای استرس ادراک شده با سطوح پایین‌تر بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارتباط دارد و تاب‌آوری این رابطه را تعدیل می‌کند. یافته‌های Seo و همکاران (۲۳) نشان داد که نشانگان افسردگی و نیم‌رخ‌های سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت رابطه بین استرس ادراک شده و کیفیت زندگی را میانجی می‌کنند. مطالعه دیگری که مقابله مثبت و منفی رابطه بین استرس ادراک شده با درماندگی‌های روان‌شناختی و سه بعد آن شامل افسردگی، اضطراب و خود-تأییدی کاهش یافته را میانجی می‌کند (۳۴). Hoshi (۲۱) گزارش کرد که خودفراروی رابطه بین آسیب‌پذیری و بهزیستی را میانجی می‌کند. یافته‌های مطالعه Li (۴۰) از نقش تعدیل‌کننده خودفراروی در ارتباط بین استرس دانشجویان و بهزیستی روان‌شناختی حمایت کرد و به طور خاص خودفراروی رابطه بین استرس دانش‌جویان با افسردگی، مشکلات سلامت روان و عزت‌نفس را میانجی می‌کند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت خودفراروی یک فرایند اساسی فردی است که می‌تواند بهزیستی افرادی که با رویدادهای منفی زندگی مواجه می‌شوند یا این رویدادها را

Reed (۴۱) نشان داده است آسیب‌پذیری به مصرف‌الکل با خودفراروی معنوی رابطه منفی دارد و هر چه آسیب‌پذیری به مصرف‌الکل پایین‌تر باشد سطوح خودفراروی معنوی بالاتر است (۳۸). مطالعه دیگری نشان داد که تراکم رویدادهای منفی زندگی تأثیر منفی معنی‌داری بر نمرات خودفراروی دارد و رویدادهای منفی بیشتر با کاهش بیشتر در نمرات خودفراروی همراه هستند (۳۹). همچنین یافته‌ها نشان داد که منابع استرس‌زای تحصیلی که شامل مشکلات تحصیلی، مشکلات شخصی و رویدادهای منفی زندگی است تأثیر بالقوه‌ای بر خودفراروی دانشجویان دارد (۴۰). در تبیین چنین نتایجی می‌توان گفت که خودفراروی یک نظریه رشدی است و تعالی در ارتباط با رویدادهای زندگی شکل می‌گیرد و افراد ممکن است رویدادهایی را تجربه کنند که خودفراروی را ارتقا می‌دهد، با این حال رویدادها و موقعیت‌های انتقالی زندگی ممکن است به گونه‌ای باشند که آسیب‌پذیری را افزایش دهند، اگرچه لزوماً تهدیدکننده زندگی نباشند (۱۸). اگرچه بر اساس نظریه خودفراروی Reed (۴۱) خودفراروی ممکن است تأثیر منفی رویدادهای زندگی را کاهش بدهد و بدین وسیله یک سپر حمایتی برای بهزیستی ایجاد کند، از طرف دیگر ممکن است رویدادهای منفی زندگی تدریجاً از خودفراروی بکاهند و به دنبال آن بهزیستی را کاهش دهد (۳۹).

یافته‌های مربوط به ارتباط خودفراروی با کیفیت زندگی حرفه‌ای با یافته‌های (۱۰، ۱۸، ۲۲، ۴۰، ۴۲) همسو است. Haugan و همکاران (۴۲) گزارش کردند که خودفراروی بین فردی که شامل ارتباط با دیگران و جامعه و سهیم شدن خرد خود با دیگران است و خودفراروی درون فردی که شامل پذیرش خود و سازگاری با موقعیت‌های زندگی است با معنای زندگی ارتباط دارد. همچنین گزارش شده است که خودفراروی با بهزیستی، رفتارهای مراقبتی و کیفیت زندگی مرتبط است (۱۸، ۲۲، ۴۳). مطالعه دیگری نشان داد که نمرات بالاتر در خودفراروی کارکرد جسمی را بهبود می‌بخشد (۴۴). همچنین گزارش شده است که خود دلسوزی بالاتر با نشانگان فرسودگی کمتر پرستاران مرتبط است و خود دلسوزی و رضایت از دلسوزی بالاتر با کیفیت زندگی بهتر و تاب‌آوری در مقابل استرس‌های شغلی مرتبط است (۱۰). یافته‌های Cheng و همکاران (۴۵) نشان داد که نمرات بالاتر ارزش‌های حرفه‌ای با فرسودگی پایین‌تر مرتبط است. در تبیین این یافته می‌توان گفت

زندگی فعلی و عوامل استرس‌زا را با سرعت بیشتری بپذیرند. این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. در این پژوهش جهت‌گیری‌های سنی و جنسی مدنظر قرار نگرفت و جمع‌آوری داده‌ها مبتنی بر ابزارهای خود گزارش دهی بود، این تفاوت می‌تواند منبعی برای سوگیری در یافته‌ها باشد و نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که متغیرهای جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن و نژاد در بروز رفتارهای ناسازگارانه مؤثر بر عملکرد نقش دارند. اگرچه این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است و با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد، اما استنباط روابط علی به دلیل ماهیت متغیرها آسان به نظر نمی‌رسد. در پژوهش‌های آتی نمونه‌های متنوع‌تری از جمله تعداد نسبتاً برابر زن‌ها و مردها، انتخاب شوند و روابط بین متغیرها به طور جداگانه برحسب جنس و سن بررسی شود. به علاوه در جمع‌آوری داده‌ها از رویکردهای ترکیبی (چند روشی) از جمله مشاهدات رفتاری یا مصاحبه‌های تشخیصی استفاده شود. به دلیل حساسیت‌های حوزه پزشکی و به‌طور خاص پرستاری ویژگی‌های شخصیتی خاصی موردنیاز است بنابراین ضروری است تا در گزینش و گمارش پرستاران به هنگام پذیرش دانشجو، استخدام پرستاران و کارآموزی آن‌ها بعد خودفراروی موردنظر قرار گیرد، زیرا توانایی‌های شخصیتی فرد پرستار می‌تواند در انطباق شغلی و افزایش بهره‌وری مؤثر واقع شود و از مشکلات احتمالی که می‌تواند ناشی از عدم انطباق شغلی با ویژگی‌های شخصیتی باشد پیشگیری شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش از نقش میانجی خودفراروی در رابطه بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی حرفه‌ای حمایت می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که خودفراروی می‌تواند نقش غیرمستقیم معنی‌داری در کاهش اثرات منفی استرس ادراک‌شده بر کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران بگذارد. این نتایج بر لزوم توجه به عوامل استرس‌زای محیط کاری، ویژگی‌های شخصیتی و همچنین استفاده از راهکارهای مناسب توسط متخصصان و درمانگران اشاره دارد. تلاش برای کاهش عوامل استرس‌زای محیط کاری و ارائه درمان مؤثر برای افراد در معرض خطر، یک چالش اساسی برای سلامت عمومی مراقبان سلامت و به‌طور خاص پرستاران است. شناسایی عوامل استرس‌زا و تعدیل‌کننده

تجربه می‌کنند را افزایش دهد (۴۶). Reed (۴۱) معتقد است خودفراروی به مرزهای خود را گسترش می‌دهد و شامل انعطاف‌پذیری در معنویت، یافتن معنی و هدف در زندگی، خوش‌بین بودن درباره آینده، مقابله با مشکلات، استفاده از رویکردهای مبتنی بر قدرت و ایجاد ارتباط با دیگران است. خودفراروی درماندگی‌های روان‌شناختی مرتبط با چالش‌های منفی زندگی از جمله بیماری را کاهش می‌دهد، به افراد کمک می‌کند تا افکار و باورهای منفی درباره مشکلات را به چالش بکشند و دوباره تعریف کنند، ناتوانی خود را بپذیرند و به جای محدودیت‌های مرتبط با عملکرد بدنی، بر توانایی‌ها تمرکز کنند (۴۷، ۴۸). اعتقاد بر این است تکالیفی که دارای عنصر خودفراروی هستند مانند ذهن آگاهی و مراقبه‌های مبتنی بر دلسوزی قادرند تا خود تمرکزی را کاهش و قابلیت انعطاف‌پذیری در پردازش خود را افزایش دهند (۱۷، ۴۹). ذهن آگاهی به پرستار کمک می‌کند تا رفتارهای توجه و گوش دادن مراقبتی‌اش را ارتقا دهد و به نوبه خود به پرستار امکان می‌دهد تا نیازهای منحصر به فرد هر بیمار را در لحظه فعلی برطرف کنند و احساس موفقیت در نقش مراقب را ارتقا می‌دهد (۳۳). پذیرش روان‌شناختی و گشودگی به تجربه (و نه اجتناب از) ظرفیت پرستار برای درگیر شدن در مراقبت و ارتباط مؤثرتر را حتی زمانی که پرستاران خودشان استرس دارند یا رنج بیماران را مشاهده می‌کنند، افزایش می‌دهد. ارزش ذاتی ارتباط با بیمار برای پرستار مهم است و ادراک اینکه کارش مهم است را ارتقاء می‌دهد و عوامل خطرزای فرسودگی را کاهش می‌دهد (۴۵). خودفراروی به فرد امکان می‌دهد تا از طریق تأملات درون فردی و فعالیت‌های بین فردی مانند ارتباط با دیگران، حفظ روابط معنادار، یافتن معنا در زندگی و تقویت وابستگی به گروه‌های مدنی، دیدگاه‌ها و اسنادهای جدیدی کسب کند و این باعث می‌شود تا توانایی‌های فرد برای مقابله با استرس و اضطراب به طور فعالانه‌ای افزایش یابد. Morrison (۵۰) نیز معتقد است در افراد با خودفراروی بالاتر راهبردهای فرا شخصی مانند فعالیت‌های مذهبی، نماز و شیوه‌های هنری به احتمال بیشتری بکار گرفته می‌شوند. این راهبردها منجر به بهبود خود پنداره و افزایش رضایت از زندگی می‌شوند، به افراد اجازه می‌دهد تا برای زندگی خود معنا و هدف ترسیم کنند و بنابراین اضطراب و استرس ادراک شده را کاهش دهند. علاوه بر این، خودفراروی ممکن است به افراد اجازه دهد شرایط

تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است؛ از این رو، از زحمات کلیه مسئولان دانشگاه و به‌طور خاص معاونت پژوهشی سپاسگزاریم.

این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.BUMS. REC.1398.378 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Hamed RA, Abd Elaziz SH, Ahmed AS. Prevalence and predictors of burnout syndrome, post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in nursing staff in various departments. *Middle East Current Psychiatry*. 2020; 27(36): 1-8. <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00044-x>
2. Gemeay EM, Mansour EA, Albarrak M. Professional quality of life as perceived by nursing students at King Saud University in Riyadh. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2016; 5(2): 48-53.
3. Duarte J. Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*. 35(4):529-542. <https://doi.org/10.14417/ap.1260>
4. Maharaj SH, Lees T, Lal S. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 16(1):61; 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010061>
5. Hersch RK, Cook RF, Deitz DK, Kaplan S, Hughes D, Friesen AM, Vezina M, (2016). Reducing nurses' stress: A randomized controlled trial of a web-based stress management program for nurses. *Applied Nursing Research*. 32, 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.04.003>
6. Boyle, DA. Countering compassion fatigue: A requisites nursing agenda. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 2011; 16(1): 22-30.
7. Aghli E, Ahi Q, Mansouri A. The role of dark triad of personality in predicting psychological well-being and humor styles in nurses. *IJPN*. 2018; 6 (2):41-49. [in persian].

های شخصیتی مرتبط با بهزیستی و کیفیت زندگی حرفه‌ای می‌تواند به شناسایی افرادی که ممکن است به این نوع محیط‌ها آسیب‌پذیر باشند، کمک کند. این دانش می‌تواند به دست‌اندرکاران و سیاست‌گذاران برای پیشگیری و هدف قرار دادن مراقبان سلامت و پرستاران کمک کند.

سپاسگزاری

از کلیه مسئولان دانشگاه علوم پزشکی، مسئولان محترم بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر بیرجند و پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد. این مقاله مستخرج از رساله دکترای روانشناسی

8. Sanso N, Galiana L, Oliver A, Tomas-Salva M, Vidal-Blanco G. Predicting professional quality of life and life satisfaction in Spanish nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17,4366; . <https://doi.org/10.3390/ijerph17124366>
9. Lu HM, Weng LT, Chen YL, Lin CH, Wang CH, Pan HH. Predictors of professional quality of life among nursing staff following the Taiwan Formosa Fun Coast explosion. *Burns*. 2020; 46(2): 423-429. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.02.010>
10. Durkin, M, Beaumont, E, Martin CJ, Carson J. A pilot study exploring the relationship between self-compassion self-judgement, self-kindness compassion, professional quality of life and well being among UK community nurses. *Nurse Education Today*. 2016; 46, 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.030>
11. World Health Organization. Occupational Health: Psychosocial Risk Factors and Hazards. 2014a. [Cited 12 Jan 2015.] Available from URL: http://www.who.int/occupational_health/topics/risks_psychosocial/en/.
12. Kshetrimayum N, Bennadi D, Siluvai S. Stress among Staff Nurses: A hospital based study. *Journal of Nature and Science of Medicine*. 2(2): 95-100. https://doi.org/10.4103/JNSM.JNSM_24_18
13. Franco P, Tesio V, Bertholet J, Gasnier A, del Portillo EJ, Spalek M, & etal. The role of alexithymia and empathy on radiation therapists' professional quality of life. *Technical Innovations & Patient Support in Radiation Oncology*. 2020; 15, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.tipsro.2020.07.001>

14. Ertl MM, Trapp SK, Arredondo SG, Agudelo YR, Arango-Lasprilla JC. Perceived stress, resilience, and health-related quality of life among Parkinson's disease caregivers in Mexico. *Health Soc Care Community*. 2019; 27:1303-1310. <https://doi.org/10.1111/hsc.12767>
15. Kim K, Han Y, Kwak Y, Kim JS. Professional quality of life and clinical competencies among Korean nurses. *Asian Nursing Research*. 2015 <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.002>
16. Fresson M, Dardenne B, Geurten M, Anzaldi L, Meulemans T. The role of self-transcendence and cognitive processes in the response expectancy effect. *Psychologica Belgica*. 2017; 57(2):77-92. <https://doi.org/10.5334/pb.364>
17. Kang Y. Examining interpersonal self-transcendence as a potential mechanism linking meditation and social outcomes. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 28, 115-119. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.007>
18. Fiske E. Self-transcendence theory and contemplative practices. *Holistic nursing practice*. 2019; 33(5):266-272. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000340>
19. Haugan G, Hanssen B, Moksnes UK. Self-transcendence, nurse-patient interaction and the outcome of multidimensional well-being in cognitively intact nursing home patients. *Scand J Caring Sci*. 2013; 27 (4):882-893. <https://doi.org/10.1111/scs.12000>
20. Garcia-Romeu A, Alto P. Self-transcendence as a measurable transpersonal construct. *The Journal of Transpersonal Psychology*. 2010; 42(1): 26-47.
21. Hoshi M. Self-transcendence, vulnerability, and wellbeing in hospitalized Japanese elders. A thesis for degree of Doctor of philosophy in the Arizona University; 2008.
22. Hwang HL, Tu CT, Chan HS. Self-transcendence, caring and their associations with well-being. *J Adv Nurs*. 2019; 75:1473-1483. <https://doi.org/10.1111/jan.13937>
23. Seo EJ, Ahn JA, Hayman LL, Kim CH. The association between perceived stress and quality of life in university students: the parallel mediating role of depressive symptoms and health-promoting behaviors. 2018; 12(3):190-196. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.08.001>
24. Krok D. The role of meaning in life with in the relations of religious coping and psychological well-being. *JReligHealth*. 2015;54(6):2292-2308. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9983-3>
25. Haddadi P, Besharat MA. Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5, 639-642. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.157>
26. Komeili-Sani M, Etemadi A, Boustani H, Bahreini M, Hakim A. The relationship between nurses' clinical competency and job stress in Ahvaz university hospital, 2013. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015; 4(1): 39-49. [in persian].
27. Hooman HA. Analysis of multivariate data in behavioral research. Tehran: Peyke Fathang; 2010. [In Persian].
28. Sheu S, Lin H-S, Hwang S-L. Perceived stress and physio-psychosocial status of nursing students during their initial period of clinical practice: the effect of coping behaviors. *Int J Nurs Stud*. 2002;39 (2):165-175. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(01\)00016-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00016-5)
29. Algaralle A, Altwalbeh D, Alzayyat A. Preliminary psychometric properties of the Arabic version of Sheu and colleagues Perceived Stress Scale among nursing students at Jordanian universities. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2019;12, 777-787. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S214456>
30. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality; 1994. <https://doi.org/10.1037/t03902-000>
31. Stamm, BH. The concise ProQOL manual. Available from: <http://www.proqol.org>; 2010.
32. Khodaei A, Shokri O. Modeling the structural relationships among personality traits, stress coping styles and subjective well-being of male and female undergraduate students. *Modern Psychological Research*. 2010;4(16):117-54.
33. Kent W, Hochard KD, Hulbert-Williams NJ. Perceived stress and professional quality of life in nursing staff: How important is psychological flexibility? *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2019; 14, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.08.004>
34. Wang Y, Wang P. Perceived stress and psychological distress among Chinese physicians: The mediating role of coping style. *Medicine*. 2019; 98(23): 1-6.

- <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000015950>
<https://doi.org/10.52274/ispmed20190908>
35. Silva BK, Quaresma FR, DS, Maciel ES, Figueiredo FW, Sarraf JS, Adami VF. Evaluation of well-being at work among nursing professionals at a University Hospital. *The Open Nursing Journal*. 2017; 11, 135-141. <https://doi.org/10.2174/1874434601711010135>
 36. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith- MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2017; 69, 9-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
 37. Holland P, Tham TL, Sheehan C, Cooper B. The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation. *Applied Nursing Research*. 2019; 49, 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.06.001>
 38. Heredia LP, Sanchez AL. Vulnerability to alcohol consumption, spiritual transcendence and psychosocial well-being: test of a theory. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:e2702. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0688.2702>
 39. Norberg A, Lundman B, Gustafson Y, Norberg C, Fischer PD, Lovheim H. Self-transcendence among very old people - Its associations to social and medical factors and development over five years. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015; 61, 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.04.003>
 40. Li H. Self-transcendence Meaning of Life Moderates in the Relation between College Stress and Psychological Well-being. *College student journal*. 2006; 38(3): 422-427.
 41. Reed PG. Theory of self-transcendence. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (3rd ed., pp. 109-139). New York, NY: Springer; 2014.
 42. Haugan G, Kuven BM, Eide WM, Taasen SE, Rinnan E, Wu VX, Drageset J, Andre B. Nurse-patient interaction and self-transcendence: assets for a meaningful life in nursing home residents. *BMC Geriatrics*. 2020; 20(168):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01555-2>
 43. Manea MM, Nemes B, Trifu R, Coman HG. The Impact of Personality Spiritual Dimensions like Self-Transcendence and Self-Awareness on Quality of Life in a Psychiatric Sample with Suicidal Behavior. *EC Psychology and Psychiatry* 8.5 (2019): 357-363.
 44. Malek Khahi A, Mohseny A, Soleimany F, Vejdani M, Keshvardoost A, Amiri P. Relationship between self-transcendence and physically-healthy patients under hemodialysis in participating in peer-support group; a randomized clinical trial. *J Renal Inj Prev*. 2017; 6(4): 253-258. <https://doi.org/10.15171/jrip.2017.48>
 45. Cheng, F., Meng, A. F., & Jin, T. (2015). Correlation between burnout and professional value in Chinese oncology nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Science*, 2(2), 153-157. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.004>
 46. Abdollahi A, Panahipour H, Allen KA, Hosseinian S. Effects of death anxiety on perceived stress in individuals with multiple sclerosis and the role of self-transcendence. *Journal of Death and Dying*. 2019; 4; 30222819880714. <https://doi.org/10.1177/0030222819880714>
 47. Kwok JY, Kwan JC, Auyeung M, Mok VC, Chan HY. The effects of yoga versus stretching and resistance training exercises on psychological distress for people with mild-to-moderate Parkinson's disease: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017; 18(1): 509-522. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2223-x>
 48. Travis F, Valosek L, Konrad A, Link J, Salerno J, Scheller R, Nidich S. Effect of meditation on psychological distress and brain functioning: A randomized controlled study. *Brain and Cognition*. 2018; 125, 100-105. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2018.03.011>
 49. Yaden DB, Haidt J, Hood RW, Vago DR, Newberg AB. The varieties of self-transcendent experience. *Review of General Psychology*. *Review of General Psychology*. 2017; 21(2): 1-18. <https://doi.org/10.1037/gpr0000102>
 50. Morrison, MA. Increasing the meaningfulness of work with motivational self-transcendence. *International Journal of Existential Psychology and Psychotherapy*. 2018; 7(2), 16-27.