

تحقیقی

استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران: نقش سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مساله‌مدار

سعیده السادات حسینی^{۱*}، سعید آریاپوران^۲

۱- دانشجوی دکتری، کارشناسی ارشد روانشناسی، مربی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، ایران. ۲- دکتری روانشناسی، استادیار، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: استرس آسیب‌زای ثانویه، یکی از مشکلات پرستاران است و نقش سبک‌های مقابله‌ای در آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف پژوهش حاضر، بررسی شدت علائم استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران و نقش سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی آن بود.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی-همبستگی، ۳۲۳ پرستار از بیمارستان‌های کرمانشاه از طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای در سال ۱۳۹۱ انتخاب شدند و مقیاس استرس آسیب‌زای ثانویه و پرسشنامه مقابله با استرس را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۱۶/۷ درصد از پرستاران از شدت علائم استرس آسیب‌زای ثانویه برخوردار بودند. مقابله مساله‌مدار به صورت منفی ($r = -0/47$) و مقابله هیجان‌مدار به صورت مثبت ($r = 0/405$) با علائم استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران رابطه داشت ($P < 0/05$). سبک‌های مقابله‌ای ۰/۳۱ واریانس نمرات علائم استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران را تبیین کرده است.

نتیجه‌گیری: نتایج از شدت علائم استرس آسیب‌زای ثانویه و رابطه سبک‌های مقابله‌ای با این علائم در پرستاران حمایت می‌کند و تلویحات مهمی در توجه به استرس آسیب‌زای ثانویه و متغیرهای آن دارد.

کلیدواژه‌ها: استرس آسیب‌زای ثانویه، سبک مقابله‌ای، پرستاران

نویسنده مسئول: سعیده السادات حسینی، پست الکترونیکی: saeedeh2h@yahoo.com

نشانی: کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی. تلفن: ۳۷۲۴۳۱۸۱ (۰۸۳)

وصول مقاله: ۹۲/۵/۲، اصلاح نهایی: ۹۳/۱/۱۶، پذیرش مقاله: ۹۳/۷/۹

مقدمه

پرستاران در محیط بیمارستان تنش‌های روانی زیادی را متحمل می‌شوند؛ از جمله این تنش‌ها، می‌توان به فشار محیط کار، نوبت‌های کاری، نوع خدمات آنان، مراقبت‌های پرستاری، ارتباط با بیماران دارای وضعیت وخیم و ارتباطات درون سازمانی اشاره کرد (۱). در یک پژوهش نشان می‌دهد که هر پرستار در طی ۵ سال فعالیت شغلی، حداقل ۵ رویداد شدید را تجربه و ۹۸ درصد آنان حوادث فشارزا را گزارش نموده‌اند (۲).

یکی از مشکلات مربوط به سلامت پرستاران، استرس آسیب‌زای ثانویه (Secondary Traumatic Stress) است. واژه‌ی استرس آسیب‌زای ثانویه اشاره به مشکلی دارد که در آن فرد مبتلا به طور مستقیم خود حادثه را تجربه نکرده است، بلکه با بازماندگان یک حادثه آسیب‌زا در ارتباط است (۳). بنابراین استرس آسیب‌زای ثانویه به عنوان یک آسیب شغلی در اثر فراهم نمودن خدمات مستقیم به افراد در معرض آسیب در نظر گرفته شده است (۴). علائم بالینی استرس آسیب‌زای ثانویه شبیه علائمی است که در افرادی مشاهده می‌شود که در معرض مستقیم آسیب قرار گرفته‌اند و عبارتند از: تصورات مزاحم (Intrusive Imagery) مرتبط با افشاگری-های بیمار از حادثه آسیب‌زا، پاسخ‌های اجتنابی، برانگیختگی روانشناختی، هیجان‌نا توان‌کننده (Distressing-Emotions) و اختلال عملکرد (۳). بنابراین استرس آسیب‌زای ثانویه به عنوان نشانگانی تعریف شده است که علائم آن به علائم افرادی شبیه است که دچار اختلال استرس پس از آسیب (Post-Traumatic Stress Disorder) شده‌اند (۳). استرس آسیب‌زای ثانویه در میان پرستاران بخش پزشکی قانونی، پرستاران مرکز اورژانس، پرستاران بخش تومورشناسی، پرستاران بخش کودکان و پرستاران آسایشگاه-ها وجود دارد (۵). بر اساس نتایج یک پژوهش، پرستاران بخش اورژانس دارای علائم برانگیختگی (۵۴ درصد دارای تحریک‌پذیری)، علائم اجتناب (۵۲ درصد اجتناب از بیماران)، علائم مزاحم (۴۶ درصد دارای افکار مزاحم در مورد بیماران) هستند که سه علامت اصلی استرس آسیب‌زای ثانویه می‌باشند (۶). همچنین نشان داده شده است که ۸۵ درصد پرستاران دست‌کم یک علامت را در طول هفته گذشته

داشته‌اند و به طور کلی ۳۳ درصد از پرستاران دارای علائم استرس آسیب‌زای ثانویه بوده‌اند (۶). همچنین نشان داده شده است که تقریباً ۴۹ درصد از پرستاران مراکز مربوط به بیماران تصادفی، دارای علائم استرس آسیب‌زای ثانویه هستند (۷). در پژوهش دیگر در کارمندان مراکز تومورشناسی نشان داده شده است که میزان استرس آسیب‌زای ثانویه در آنان از ۱۶ درصد تا ۳۷ درصد در نوسان بوده است (۸).

برخی از متغیرها می‌توانند با استرس آسیب‌زای ثانویه در ارتباط باشند. از جمله این متغیرها، سبک‌های مقابله‌ای (Coping Styles) می‌باشد. از نظر Morris و همکاران (۲۰۰۳) مقابله به روش‌های مورد استفاده، برای اداره موقعیت-های استرس‌زا تعریف شده است (۹). یک پژوهش مرتبط نشان می‌دهد که راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان با سطوح بالای پریشانی شخصی مرتبط است (۱۰). بر اساس گزارش یک تحقیق، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار به صورت منفی در پیش‌بینی استرس نقش داشته‌اند، اما سهم رابطه راهبردهای مقابله‌مساله‌مدار معنی‌دار نبوده است (۱۱). پژوهش بر روی پرستاران نشان داده شده است که مقابله فعال و حمایت اجتماعی با استرس پس از سانحه در پرستاران ارتباط معنی‌دار دارد (۲). همچنین بین استرس پس از سانحه با سبک مقابله‌ای مساله‌مدار و سبک‌های مقابله‌ای فعال و سبک مقابله‌ای اجتناب‌هیجانی رابطه معنی‌دار بدست آمده است (۱۲).

با توجه به آنکه پرستاری به دلیل سروکار داشتن پرستاران با سلامت جسمانی و حتی روانی بیماران یکی از مشاغل بسیار سخت می‌باشد، انجام پژوهش در مورد شیوع مشکلات روانشناختی در آنان از اهمیت بخصوصی برخوردار است و از آنجا که در پژوهش‌های مختلف به میزان بالای استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران اشاره شده است (۵ و ۷-۸)، بررسی میزان شیوع این مشکل در پرستاران ایرانی و پژوهش در مورد متغیرهای پیش‌بین این مشکل از جمله سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند نقش موثری در پیشگیری و درمان این مشکل در پرستاران داشته باشد و موجب توجه پژوهشگران ایرانی به این متغیر مهم در پرستاران شود. از این رو هدف پژوهش حاضر، تعیین میزان شدت علائم استرس

آسیب‌زای ثانویه در پرستاران و رابطه آن با سبک‌های مقابله‌ای در پیش‌بینی آن می‌باشد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد که استرس آسیب‌زای ثانویه به عنوان متغیر وابسته و سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده است.

جامعه آماری این پژوهش را کل پرستاران مراکز اورژانس و غیر اورژانس شهرستان کرمانشاه تشکیل دادند که تقریباً ۲۰۰۰ نفر بودند. حجم نمونه بر اساس فرمول کرجسی و مورگان در این پژوهش ۳۲۲ نفر بود، اما به دلایل مختلف از جمله افت آزمودنی‌ها و همچنین به این دلیل که بررسی میزان شیوع استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران یکی از اهداف پژوهش بوده و میزان شیوع نیاز به نمونه بیشتری دارد، نمونه این پژوهش را ۳۵۰ نفر از پرستاران شهرستان کرمانشاه تشکیل دادند که به صورت طبقه‌ای نسبی از بین بیمارستان‌های مختلف کرمانشاه (شهدا، امام رضا، طالقانی و امام خمینی) انتخاب شدند (۱۳). به این صورت که ابتدا کل پرستاران آن بیمارستان‌ها انتخاب شدند و سپس به میزان نسبت پرستاران هر بیمارستان شهدا (۱۱ درصد)، امام رضا (۵۵ درصد)، طالقانی (۱۱ درصد) و امام خمینی (۲۲ درصد) نسبت به کل پرستاران این بیمارستان‌ها به عنوان نمونه نهایی در نظر گرفته شدند. در نهایت ۳۵۰ پرستار به صورت در دسترس در پژوهش شرکت داده شدند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند، اما ۲۷ پرستار به دلیل تکمیل ناتمام پرسشنامه‌ها از نمونه نهایی خارج شدند و نمونه نهایی به ۳۲۳ پرستار تقلیل یافت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل برخورداری از حداقل سابقه شغلی ۴ سال، انجام فعالیت شغلی فقط به عنوان پرستار، عدم مبتلا به بیماری خاص و بیماری‌های شایع مانند سرماخوردگی در هنگام جمع‌آوری اطلاعات و نبودن زنان پرستار در دوره‌ی عادت ماهیانه و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از پاسخگویی ناقص به پرسشنامه‌ها و امتناع از تکمیل پرسشنامه‌ها؛ با توجه به اینکه در تحقیق حاضر، ۳۲۳ پرسشنامه سالم تکمیل شده بود و این میزان از حجم نمونه بر اساس جدول کرجسی و مورگان بیشتر است، بنابراین حجم نمونه معرف جامعه بوده است (۱۳).

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: الف- مقیاس استرس آسیب‌زای ثانویه: این مقیاس توسط Bride و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده است و دارای ۱۷ گویه می‌باشد (۱۴). هر فرد به هر گویه‌ی این مقیاس بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا اغلب اوقات (۵) پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات این مقیاس بین ۱۷ تا ۸۵ است. این مقیاس دارای سه زیر مقیاس تصورات مزاحم، اجتناب (Avoidance) و انگیزختگی (Arousal) می‌باشد. در بررسی پایایی این مقیاس نشان داده شده است که ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۹۳ بوده است و برای زیرمقیاس‌های تصورات مزاحم، اجتناب و انگیزختگی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ بوده است (۱۵). همچنین در بررسی اعتبار این مقیاس گزارش شده است که بین افسردگی ($r=0/502$) و اضطراب ($r=0/552$) با کل مقیاس رابطه معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین افسردگی با زیر مقیاس‌های تصورات مزاحم ($r=0/391$)، اجتناب ($r=0/516$) و انگیزختگی ($r=0/461$) و بین اضطراب با زیر مقیاس‌های افکار مزاحم ($r=0/507$)، اجتناب ($r=0/563$) و انگیزختگی ($r=0/553$) رابطه معنی‌دار بدست آمد. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل این مقیاس برابر با ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس‌های افکار مزاحم، اجتناب و انگیزختگی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۸۱ و ۰/۷۸ بود. لازم به ذکر است که به دلیل عدم وجود نقطه برش در این پرسشنامه، در پژوهش حاضر، پرستاران دارای نمرات یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در این پرسشنامه به عنوان پرستاران دارای علائم استرس آسیب‌زای ثانویه و بقیه بدون علائم مذکور در نظر گرفته شدند.

ب- پرسشنامه مقابله با استرس: پرسشنامه مقابله با استرس توسط Billings و Moos (۱۹۸۱) به منظور اندازه‌گیری شیوه‌های مقابله با استرس طراحی و تدوین شده است (۱۵). این مقیاس ۱۹ گویه دارد و مقابله مساله‌مدار (۱۱ گویه) و هیجان‌مدار (۸ گویه) را اندازه‌گیری می‌کند. هر فرد به این مقیاس با انتخاب یکی از گزینه‌ها (هیچوقت «۰»، گاهی اوقات «۱»، اغلب اوقات «۲» و همیشه «۳») پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات این پرسشنامه در زیر مقیاس مقابله مساله‌مدار تا ۳۳ و در مقابله هیجان‌مدار بین ۰ تا ۲۴ متغیر می‌باشد. در

استرس آسیب‌زای ثانویه ۱۸/۱ درصد و در میان پرستاران غیراورژانس ۱۵/۴ درصد بوده است (جدول ۱).

نتایج همبستگی نشان داد که بین مقابله مساله‌مدار با علائم استرس آسیب‌زای ثانویه و ابعاد آن رابطه منفی و بین مقابله هیجان‌مدار با علائم استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران رابطه مثبت وجود دارد (جدول ۲).

نتایج رگرسیون چندمتغیری نشان داد که با توجه به مقدار R^2 مقابله مساله‌مدار و هیجان‌مدار تقریباً ۰/۳۱ واریانس نمرات علائم استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران را تبیین کرده است ($P < ۰/۰۱$ و $F(۲, ۳۲۲) = ۷۰/۶۵۴$). بنابراین با توجه به مقدار بتای استاندارد سهم مقابله مساله‌مدار در پیش‌بینی علائم استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران، ۰/۳۹ و سهم مقابله هیجان‌مدار ۰/۳۰ بوده است (جدول ۳).

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین میانگین استرس آسیب‌زای ثانویه و ابعاد آن در پرستاران اورژانس و غیراورژانس تفاوت معنی‌دار وجود ندارد (جدول ۴).

بحث

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار استرس آسیب‌زای ثانویه در این پژوهش برابر با $۳۶/۵۹ \pm ۱۱/۴۹$ بوده و نمره برش برای شدت علائم استرس آسیب‌زای ثانویه $۴۸/۰۸$ در نظر گرفته شد و افراد دارای نمره بالاتر از این مقدار ۱۶/۷ درصد کل پرستاران دارای شدت علائم استرس آسیب‌زای ثانویه بودند و ۸۳/۳ درصد از شدت علائم برخوردار نبودند. همچنین در میان پرستاران اورژانس میزان علائم استرس آسیب‌زای ثانویه ۱۸/۱ درصد و در میان پرستاران غیر اورژانس ۱۵/۴ درصد بوده است.

این نتیجه با یافته‌های قبلی از جمله -Dominguez Gomez & Rutledge (۲۰۰۹) همخوانی دارد که نشان دادند ۳۳ درصد از پرستاران بخش اورژانس دارای علائم استرس آسیب‌زای ثانویه (۵۴ درصد دارای علائم برانگیختگی، ۵۲ درصد علائم اجتناب از بیماران و ۴۶ درصد افکار مزاحم) بودند (۶). همچنین با یافته‌های دیگر از جمله Von Rueden و همکارانش (۲۰۱۰) همخوانی دارد که نشان دادند تقریباً ۴۹ درصد از پرستاران مراکز مربوط به بیماران تصادفی دارای علائم استرس آسیب‌زای ثانویه هستند (۷).

پژوهش پورشهباز (۱۳۷۴) ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه ۰/۷۳ بدست آمده است (۱۶). دهقانی (۱۳۷۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۲۵ گزارش کرده است (۱۶).

روند اجرای پژوهش به این ترتیب بود که بعد از تصویب طرح پژوهشی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه در تاریخ ۹۰/۱۱/۱۲ و پس از انتخاب نمونه، پژوهشگران به مراکز اورژانس و غیراورژانس شهرستان کرمانشاه مراجعه نمودند و با خواندن راهنمای پرسشنامه برای پرستاران، پرسشنامه‌ها را در اختیار پرستاران قرار داده و پرستاران با ابراز رضایت از شرکت در تحقیق و امضای رضایت‌نامه کتبی پیوست شده، به پرسشنامه‌ها به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به صورت انفرادی پاسخ دادند. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های خام با نرم‌افزار SPSS-20 و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. مبنای معنی‌داری در این تحقیق $P < ۰/۰۵$ بوده است.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که ۶۲/۸ درصد از پرستاران زن و ۳۷/۲ درصد مرد بودند. از نظر مقطع تحصیلی ۱۹/۸ درصد دارای مدرک کاردانی، ۶۹/۰ درصد کارشناسی، ۳/۲ درصد کارشناسی ارشد بودند و ۸/۰ درصد مدرک تحصیلی خود را گزارش نکرده بودند. از نظر وضعیت تاهل، ۴۳/۳ درصد مجرد و ۵۶/۷ درصد متاهل بودند. از نظر حوزه‌ی شغلی ۵۲/۳ درصد در مراکز اورژانس و ۴۷/۷ درصد در مراکز غیراورژانس مشغول به فعالیت بودند. میانگین و انحراف معیار سن و مدت فعالیت شغلی پرستاران به ترتیب $۳۱/۹۳ \pm ۶/۴۷$ و $۱۰/۲۳ \pm ۴/۸۳$ بوده است.

در این پژوهش نقطه برش برای تشخیص شیوه‌ی علائم استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در نظر گرفته شد؛ به عبارت دیگر چون میانگین و انحراف معیار استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران $۳۶/۵۹ \pm ۱۱/۴۹$ بوده است، نمرات بالاتر از $۴۸/۰۸$ به عنوان نقطه برش برای شیوع علائم استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران در نظر گرفته شد. بر این اساس ۱۶/۷ درصد از کل پرستاران از شدت علائم استرس آسیب‌زای ثانویه برخوردار بودند. همچنین در میان پرستاران اورژانس میزان علائم

جدول ۱: فراوانی و درصد پرستاران دارای شدت علائم استرس آسب زای ثانویه

گروه	تعداد (درصد)
پرستاران اورژانس	دارای شدت علائم ۲۸(۱۸/۱)
	بدون شدت علائم ۱۲۶(۸۱/۹)
پرستاران غیر اورژانس	دارای شدت علائم ۲۶(۱۵/۴)
	بدون شدت علائم ۱۴۳(۸۴/۶)
کل پرستاران	دارای شدت علائم ۵۴(۱۶/۷)
	بدون شدت علائم ۲۶۹(۸۳/۳)
کل	۳۲۳(۱۰۰)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و رابطه سبک های مقابله ای با علائم استرس آسب زای ثانویه در پرستاران

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	تصورات مزاحم	اجتناب	انگیزختگی	استرس آسب زای ثانویه
مقابله مساله مدار	۱۵/۶۲ ± ۳/۱۱	۰/۴۲۱ ± **	۰/۴۴۹ ± **	۰/۳۹۹ ± **	۰/۴۷ ± **
مقابله هیجان مدار	۱۲/۰۹ ± ۲/۷۴	۰/۳۶۳ ± **	۰/۳۶۵ ± **	۰/۳۷۴ ± **	۰/۴۰۵ ± **
تصورات مزاحم	۱۲/۸۹ ± ۳/۶۸				
اجتناب	۱۳/۲۸ ± ۵/۲۰				
انگیزختگی	۱۰/۴۲ ± ۳/۷۹				
استرس آسب زای ثانویه	۳۶/۵۹ ± ۱۱/۴۹				

** p < ۰/۰۱

جدول ۳: نتایج رگرسیون چند متغیری با روش ورود برای پیش بینی علائم استرس آسب زای ثانویه از طریق سبک های مقابله مساله مدار و هیجان مدار

p	T	ضرایب غیر استاندارد		B	متغیرهای پیش بین
		Beta	Std. Error		
P < ۰/۰۱	۱۰/۴۶۴	-	۴/۱۸۲	۴۳/۷۶۳	(ثابت)
P < ۰/۰۱	-۸/۱۰۵	-۰/۳۹۱	۰/۱۷۸	-۱/۴۴۲	مقابله مساله مدار
P < ۰/۰۱	۶/۲۸۶	۰/۳۰۳	۰/۲۰۲	۱/۲۶۹	مقابله هیجان مدار

توجه: (R = ۰/۵۵۳ و R² = ۰/۳۰۶, ADJ R² = ۰/۳۰۲)

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین استرس آسب زای ثانویه و ابعاد آن در پرستاران اورژانس و غیر اورژانس

p	t	df	میانگین ± انحراف استاندارد	پرستاران	متغیر
۰/۲۲۶	-۱/۲۱۳	۳۲۱	۱۲/۶۴ ± ۳/۹۴	اورژانس	تصورات مزاحم
			۱۳/۱۴ ± ۳/۳۸	غیر اورژانس	
۰/۴۱	-۰/۸۱۸	۳۲۱	۱۳/۰۲ ± ۵/۱۹	اورژانس	اجتناب
			۱۳/۴۹ ± ۵/۲۲	غیر اورژانس	
۰/۷۳	-۰/۳۴۹	۳۲۱	۱۰/۳۲ ± ۴/۱۱	اورژانس	انگیزختگی
			۱۰/۴۷ ± ۳/۳۹	غیر اورژانس	
۰/۳۸۳	-۰/۷۸۴	۳۲۱	۳۵/۹۸ ± ۱۱/۹۰	اورژانس	استرس آسب زای ثانویه
			۳۷/۱۰ ± ۱۱/۰۱	غیر اورژانس	

در تبیین یافته این پژوهش می توان گفت که زمانی که یک فرد (برای مثال پرستاران) آسیب تجربه شده توسط فرد دیگر (بیمار) را تجربه می کند، استرس آسب زای ثانویه ایجاد می شود. بر این اساس، افراد متأثر از استرس آسب زای ثانویه

با توجه به آنکه Quinal و همکارانش (۲۰۰۹) نشان دادند که میزان استرس آسب زای ثانویه در کارمندان مراکز تومورشناسی از ۱۶ درصد تا ۳۷ درصد در نوسان بوده است، می توان گفت که این نتیجه مشابه یافته های آنان می باشد (۸).

اغلب خودشان را مرتبط با تجربه دوباره آسیب می‌شناسند و علائمی از جمله افزایش برانگیختگی، واکنش‌های اجتنابی و افکار مزاحم نسبت به بیماران را تجربه می‌کنند. آن‌ها همچنین ممکن است تغییرات در حافظه و ادراک را تجربه کنند (۱۷). به عبارت دیگر، می‌توان گفت که پرستاران استرس‌های محیط شغلی را تجربه می‌کنند که شامل استرس‌هایی از جمله تعارض با پزشکان، ادراک نامناسب، مشکل با همکاران، مشکل با رئیس، تبعیض، فشار کاری زیاد، نگرانی‌های مبهم مرتبط با بیماری، سرو کار داشتن با مرگ و بیماران در حال مرگ و خانواده‌های بیماران می‌شود (۱۸). بنابراین شیوع استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران واضح و مسلم است، زیرا میزان بالای استرس‌هایی که به بیماران اورژانسی و غیراورژانسی مربوط می‌شود به احتمال زیاد منجر به شدت علائم استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران می‌شود.

در تبیین اینکه شدت علائم استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران اورژانس بیشتر از پرستاران مراکز غیر اورژانس بوده است می‌توان گفت طبق مدل انتقال آسیب (Trauma Transmission Model)، می‌توان گفت که این امر می‌تواند براساس سرایت هیجانی (Emotional Contagion) باشد که به عنوان تجربه احساسات فرد رنج دیده توسط مراقبت‌کننده تعریف شده است (۳). بنابراین پرستاران اورژانس که به طور مستقیم با افراد آسیب دیده سر و کار دارند، به احتمال زیاد علائم استرس آسیب‌زای ثانویه را بیشتر تجربه می‌کنند، زیرا آنان روزانه با موقعیت‌ها و صحنه‌های فاجعه‌آمیز بیشتری سر و کار داشته و به طور مستقیم در معرض تروما (آسیب) قرار می‌گیرند و این امر امکان انتقال درد و رنج بیماران به صورت سرایت هیجانی در آنان را بیشتر خواهد کرد.

در تبیین اینکه میزان استرس آسیب‌زای ثانویه در پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر کمتر از سایر پژوهش‌ها بوده است (برای مثال در پژوهش Dominguez-Gomez & Rutledge (۲۰۰۹) ۳۳ درصد (۶) و پژوهش Von Rueden و همکارانش (۲۰۱۰) ۴۹ درصد (۷)، اما در پژوهش حاضر (۱۶۷ درصد) می‌توان گفت که این امر ممکن است به روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش برگردد، زیرا در پژوهش حاضر از پرسشنامه خودگزارش‌دهی و نمره یک انحراف معیار بالاتر از میانگین به عنوان نمره برش برای استرس

نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین سبک مقابله‌ای مساله‌مدار با افکار مزاحم، اجتناب، انگیزتگی و استرس آسیب‌زای ثانویه همبستگی منفی و بین سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار با افکار مزاحم، اجتناب، انگیزتگی و استرس آسیب‌زای ثانویه همبستگی مثبت وجود دارد. براساس نتایج رگرسیون و مقادیر بتا، سبک مقابله مساله‌مدار و سبک مقابله هیجان‌مدار ۰/۳۳۸- و ۰/۳۱۷ واریانس استرس آسیب‌زای ثانویه پرستاران را تبیین نموده است. با توجه به آنکه در پژوهش‌های داخلی و خارجی به بررسی رابطه سبک‌های مقابله‌ای با استرس آسیب‌زای ثانویه پرداخته نشده است، می‌توان گفت این نتیجه در راستای یافته‌های مشابه قبلی می‌باشد که بین مقابله فعال با استرس پس از سانحه در پرستاران ارتباط معنی‌دار بدست آوردند (۲). همچنین این نتیجه می‌تواند در راستای یافته‌های قبلی باشد که نشان دادند بین استرس پس از سانحه با سبک مقابله‌ای مساله‌مدار و سبک‌های مقابله‌ای فعال و سبک مقابله‌ای اجتناب هیجانی رابطه معنی‌دار وجود دارد (۱۲).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که سبک‌های مقابله‌ای، تلاش‌های رفتاری و هیجانی هستند که افراد برای غلبه، تحمل و کاهش اثرات حوادث استرس‌زای زندگی بکار می‌برند و برخورداری مناسب از این سبک‌ها موجب کاهش علائم استرس در افراد می‌شود و موجبات مقابله مثبت با هیجان‌ات و استرس‌های موجود در کار و محیط اجتماعی را فراهم می‌کند (۱۹ و ۲۰). با توجه به آنکه بین راهبرد مقابله مساله‌مدار با استرس آسیب‌زای ثانویه و ابعاد آن رابطه منفی بدست آمد، می‌توان گفت که افراد زمانی به مقابله مساله‌مدار متوسل می‌شوند که احساس می‌کنند برای حل مشکل کاری از دستشان بر می‌آید (۲۱). بنابراین پرستارانی که از مقابله مساله‌مدار استفاده می‌کنند در برخورد با استرس‌ها مشکلی ندارند و هنگام مواجهه با بیماران و دیدن درد و رنج‌های آنان به وظیفه اصلی خود یعنی پرستاری عمل می‌نمایند و از ورود نشانه-

بخش های مختلف بیمارستانی در انجام این وظیفه مشترک هستند و این امر ممکن است به عدم تفاوت میانگین استرس آسیب زای ثانویه در آنان منجر شود، اما ذکر این نکته لازم است که تعمیم این نتایج باید با احتیاط لازم صورت گیرد و تکرار تحقیقات در این زمینه لازم و ضروریست.

از جمله محدودیت های این پژوهش، استفاده از پرسشنامه خودگزارش دهی و در نظر گرفتن نقطه برش یک انحراف معیار بالاتر از میانگین برای شدت علائم استرس آسیب زای ثانویه در پرستاران بود که این امر نتایج و تعمیم آن ها را با احتیاط مواجه خواهد کرد.

نتیجه گیری

با توجه به محدودیت های پژوهش، نتایج این پژوهش از شدت علائم استرس آسیب زای ثانویه در پرستاران و رابطه سبک مقابله مساله مدار و هیجان مدار با علائم استرس آسیب زای ثانویه حمایت می کند. بنابراین با توجه به آنکه این پژوهش در ایران به بررسی میزان شدت علائم استرس آسیب زای ثانویه در پرستاران پرداخته است، توجه کارکنان و مسئولان بیمارستان ها به خطرات احتمالی این مشکل می تواند به راه های کاهش این مشکل در آنان کمک نماید. همچنین توجه به نقش و اهمیت سبک های مقابله ای مساله مدار و آموزش مناسب این سبک مقابله ای برای پرستاران دارای علائم استرس آسیب زای ثانویه منجر به جلوگیری از بروز این علائم در پرستاران خواهد شد. به پژوهش های آتی نیز پیشنهاد می شود که هنگام بررسی میزان شدت علائم استرس آسیب زای ثانویه، در کنار پرسشنامه از مصاحبه تشخیصی مبتنی بر علائم این مشکل به عنوان یک روش مکمل پرسشنامه های خودگزارش دهی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی خویش را از تمام پرستاران و کارکنان بیمارستانی بیمارستان های شهرستان کرمانشاه که در اجرای این پژوهش حامی پژوهشگران بوده اند، اعلام می داریم. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی داخل دانشگاهی در دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه می باشد که در تاریخ ۹۰/۱۱/۱۲ تصویب شده است.

های بیماران در خود جلوگیری می کنند، زیرا انتخاب سبک مقابله مناسب (مساله مدار) در مقابل استرس های موجود در بیمارستان موجب می شود که پرستاران هنگام مواجهه با بیماران و مشاهده درد و رنج های آنان فقط به یاری و کمک آنان فکر کنند و هیچ تاثیر منفی ای از جمله برخوردار شدن آنان از علائم استرس آسیب زای ثانویه بر آنان نداشته باشد.

از آنجا که سبک مقابله هیجان مدار با استرس آسیب زای ثانویه در پرستاران رابطه مثبت داشته است، می توان گفت که پرستاران برخوردار از سبک مقابله ای هیجان مدار هنگام مواجهه با استرس های موجود در محیط پرستاری از جمله مراقبت از بیماران متفاوت و تحمل دردها و رنج های آنان نمی توانند به صورت مناسب عمل کنند و متوسل به راه حل های مبتنی بر هیجان می شوند و این نوع سبک ها فقط موجب جدایی کوتاه مدت آنان از منبع استرس می شود و مساله اصلی را حل نخواهد کرد. بنابراین پرستاران برخوردار از سبک مقابله هیجان مدار به دلیل اینکه برخورد مناسب و منطقی ای با منبع استرس ندارند، ممکن است علائم استرس آسیب زای ثانویه را بالا گزارش کنند.

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین میانگین استرس آسیب زای ثانویه و ابعاد آن در پرستاران اورژانس و غیراورژانس تفاوت معنی دار وجود ندارد. در تحقیقات قبلی نیز میزان استرس آسیب زای ثانویه در پرستاران مراکز اورژانس و غیر اورژانس مقایسه نشده است. در تحقیقات گذشته از جمله Dominguez-Gomez & Rutledge (۲۰۰۹)، Von Rueden و همکارانش (۲۰۱۰) و Quinal و همکارانش (۲۰۰۹) به ترتیب به میزان بالای استرس آسیب زای ثانویه در پرستاران اورژانس، مراکز مربوط به تصادف و کارمندان تومورشناسی به صورت کلی اشاره شده است (۶-۸). در تبیین این یافته می توان گفت که پرستاران مراکز اورژانس و غیراورژانس معمولاً با بیماران مختلفی سر و کار دارند که از بیماری های مختلف در رنج هستند و مراقبت آنان از این بیماران به صورت طولانی مدت، می تواند موجب علائم استرس آسیب زای ثانویه در آنان شود؛ به عبارت دیگر می توان گفت که در پرستاران مراکز اورژانس و غیراورژانس، مراقبت از بیماران یک وظیفه شغلی است و پرستاران

References

1. Al-Aameri AS. Sources of job Stress for nurses in public hospitals. *Saudi Med J*. 2013; 24(11): 1183-7.
2. Buurman BM, Mank AP, Beijer HJ, Olf M. Coping with serious events at work: a study of traumatic stress among nurses. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2011; 17(5):321-9.
3. Figley CR. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel; 1995.
4. Figley CR. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In BH. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville: Sidran, 1999.
5. Beck CT. Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011; 25(1):1-10.
6. Dominguez-Gomez E, Rutledge DN. Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Emergency Nurses *J Emerg Nurs*. 2009; 35(3):199-204.
7. Von Rueden KT, Hinderer KA, McQuillan KA, Murray M, Logan T, Kramer B, Gilmore R, Friedmann E. Secondary traumatic stress in trauma nurses: prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics *J Trauma Nurs*. 2010; 17(4):191-200.
8. Quinal L, Harford S, Rutledge DN. Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer Nurs*. 2009; 32(4): 1-7.
9. Orozco, V. thnic identity, perceived social support, coping strategies, university environment, cultural congruity, and resilience of Lanina/o college students [dissertation]. DM. Dell (MO) Ohio State Univ; 2007.
10. Beasley M, Thompson T, Davidson J. Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Pers Individ Dif*. 2003; 34(1): 77-95.
11. Riolli L, Savicki V. Coping Effectiveness and Coping Diversity under Traumatic Stress. *Int J Stress Manag*. 2010; 17(2):97-113.
12. Schnider KR, Elhai JD, Gray Mj. Coping Style Use Predicts Posttraumatic Stress and Complicated Grief Symptom Severity Among College Students Reporting a Traumatic Loss. *J Couns Psychol*. 2007; 54(3): 344-50.
13. Khoiynejad, GH, editor. *Methods research in educational sciences*. Tehran: Samt. 2001; 332. [Persian]
14. Bride BE, Robinson MM, Yegidis BY, Figley CR. Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Res Soc Work Pract*. 2003; 14(1):27-35.
15. Billings AG, Moos RH. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *J Pers Soc Psychol*. 1984; 46(4):877-91.
16. Abolghasemi A, Narimani M., editor. *Psychological Tests*. Ardabil: Baghe Rozvan. 2003; 185. [Persian]
17. Van Dernoot Lipsky L. *Trauma Stewardship: An everyday guide to caring for self while caring for others*. One edition, San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2009; 11.
18. French SE, Lenton R, Walters V, Eyles J. An empirical evaluation of n expanded Nursing Stress Scale. *J Nurs Meas*. 2000; 8(2):161-78.
19. O'Connor RC, O'Connor DB. Predicting hopelessness and psychological distress: The role of perfectionism and coping. *J Couns Psycho*. 2003; 50(3): 362-72.
20. Yi JP, Smith RE, & Vitaliano PP. Stress-resilience, illness, and coping: A person-focused investigation of young women athletes. *J Behav Med*. 2005; 28(3):257-65.
21. Vitaliano PP, DeWolfe DJ, Maiuro RD, Russo J, Katon W. Appraised changeability of a stressor as a modified or the relationship of coping and depression. *J Pers Soc Psychol*. 1990; 59(3): 582-92.

Original Paper

Secondary Traumatic Stress in Nurses: The Role of Problem and Emotion-Focused Coping Styles

Saeedeh Sadat Hosaini (MSc)^{*1}, Saeed Ariapooran(PhD)²

1- PhD student in psychology, Instructor of Islamic Azad University, Kermanshah Branch, Kermanshah, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer University, Malayer, Iran.

Abstract

Background and Objective: Secondary traumatic stress is one of the problems in nurses and the role of coping styles is paramount importance. The purpose of current study was to investigate the severity of secondary traumatic stress in nurses and the role of coping styles on it.

Material and Methods: In this descriptive study, 323 nurses working in Kermanshah hospitals were selected via stratified sampling in 2012. The participants filled out Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) and Coping Styles Inventory, and the data was analyzed by Pearson correlation and regression.

Results: The results showed that 16.7% of nurses had the severity of secondary traumatic stress symptoms. Problem-focused coping negatively ($r=-0.47$) and emotion focused coping positively ($r=0.405$) were correlated to secondary traumatic stress symptoms ($p<0.05$). The coping styles explained 0.31 of total variance of secondary traumatic stress symptoms in nurses.

Conclusion: Based on the results, the severity of secondary traumatic stress symptoms and their relationship with coping styles are verified.

Keywords: Secondary Traumatic Stress, Coping Style, Nurses

* **Corresponding Author:** Saeedeh Sadat Hosaini (MSc), **Email:** saeedeh2h@yahoo.com

Received 27 Jul 2013

Revised 5 Apr 2014

Accepted 1 Oct 2014

This paper should be cited as: Hosaini S, Ariapooran S. [Secondary Traumatic Stress in Nurses: The Role of Problem and Emotion-Focused Coping Styles]. J Res Dev Nurs Midwifery. Autumn & Winter 2014; [Article in Persian]