

مقایسه اضطراب سلامت، حساسیت پردازش حسی و آسیب پرهیزی پرستاران

شاغل در بخش‌های ویژه و بخش‌های عمومی بیمارستان

Comparison of Health Anxiety, Sensory Processing Sensitivity and Harm Avoidance among Nurses of Critical and Public Care Units of Hospital

حنانه عبدی (نویسنده مسئول)

Hannaneh Abdi *

Master of Psychology, Urmia University

Dr Ali Isazadeh

Associate Professor of Psychology, Urmia University

Dr Farzaneh Mikhaili Manie

Associate Professor of Psychology, Urmia University

کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه ارومیه

دکتر علی عیسی زادگان

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه

دکتر فرزانه میکائیلی منیع

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه

Abstract

The aim of this study was comparing the health anxiety, Sensory processing sensitivity and harm avoidance among nurses of critical and public care units of hospital. This research is a survey study of casual-comparative type. The population of this study included all nurses in the hospital of Ilam in 2015. by using available sampling method selected a sample consisted of 120 nurses in two groups 60 nurses in critical care units, 60 nurses in public care units. For data collections were used Health Anxiety Questionnaire Original short form (SHAI), Sensory Processing Sensitivity Questionnaire (1997) and Harm Avoidance Questionnaire (Taken from the Temperament and Character Inventory of Cloninger (TCI). Data obtained was analyzed through multivariate analysis of

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه اضطراب سلامت، حساسیت پردازش حسی و آسیب پرهیزی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و عمومی بیمارستان بود. روش پژوهش حاضر زمینه یابی از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه این پژوهش عبارت بود از کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان های شهر ایلام، که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس نمونه ای شامل ۱۲۰ پرستار در دو گروه ۶۰ پرستار شاغل در بخش‌های ویژه و ۶۰ پرستار شاغل در بخش‌های عمومی، انتخاب گردید. به منظور گردآوری داده ها از پرسشنامه اضطراب سلامت نسخه اصلی فرم کوتاه (SHAI)، پرسشنامه حساسیت پردازش حسی آرون و آرون (۱۹۹۷) و پرسشنامه آسیب پرهیزی (گرفته شده از پرسشنامه سرشت و منش کلونینجر (TCI) استفاده شد. داده های به دست آمده از طریق تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) و تک متغیری، مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان دهنده

variance (MANOVA) and univariate. The results indicate that there are significant differences between mean scores of health anxiety, harm avoidance and sensory processing sensitivity in level ($0.001/ > p$) in critical care nurses and public sectors. The findings suggest that critical care nurses compared with nurses in the public sector have more health anxiety experience. In the study sensory processing sensitivity variable and its subcomponent, Results also showed that critical care nurses higher scores compared to nurses in public. According to the impact of health anxiety on the physical and mental aspects of nurses and the impact this has on the process of care provided by them As well as the differences in the various sectors, it would seem creating support systems in hospitals to provide better care by nurses and health promotion and increase the efficiency of the target society.

Keywords: nurses, health anxiety, sensory processing sensitivity, harm avoidance.

ی وجود تفاوت آماری معنی دار بین میانگین نمره های اضطراب سلامت، حساسیت پردازش حسی و آسیب پرهیزی در سطح ($p < 0/001$) در پرستاران بخش های ویژه و بخش های عمومی بود. یافته ها حاکی از آن بود که پرستاران بخش های ویژه اضطراب سلامت بیشتری در مقایسه با پرستاران بخش های عمومی تجربه می کنند. در بررسی متغیر حساسیت پردازش حسی و زیر مولفه های آن نیز نتایج نشان دادند که پرستاران بخش های ویژه نمره بالاتری در مقایسه با پرستاران بخش های عمومی دارند. با توجه به تأثیر اضطراب سلامت بر جنبه های جسمی و ذهنی پرستاران و تأثیر این مسئله بر فرآیند مراقبتی ارائه شده توسط آنان و همچنین تفاوت مشاهده شده در میزان آن در بخش های مختلف، ایجاد سیستم های حمایتی در بیمارستان ها برای ارائه هرچه بهتر مراقبت توسط پرستاران و ارتقای سلامت و افزایش کارایی جامعه موردنظر، لازم به نظر می رسد.

واژگان کلیدی: پرستاران، اضطراب سلامت،

حساسیت پردازش حسی، آسیب پرهیزی

مقدمه

حرفه و شغل هر فرد نقش تعیین کننده در سلامت روان او دارد. پرستاری از مشاغلی است که همواره با عوامل متعدد و تنش زای محیط کار رو به رو است. ماهیت این شغل به گونه ای است که با ترکیبی از نقش ها از طریق فعالیت های فنی، مهارت های حرفه ای، روابط انسانی و احساس همدردی در ارتباط است و هر کدام از این فعالیت ها نقش و مسئولیت زیاد را برای پرستار موجب می شود. اضطراب در زنان پرستار در اکثر موارد به علت

رویدادهای تنش زای زندگی کاری بالا می باشد (مایرس^۱ و همکاران، به نقل از سلیمی بجستانی، حسینی قمی و ذاکری، ۱۳۹۳). مؤسسه ملی و بهداشت شغلی اعلام کرده که از ۱۳۰ شغل مورد بررسی، پرستاری رتبه ۲۰ را در مراجعه به پزشک جهت مشکلات ناشی از عدم سلامت جسمانی و روانی کسب کرده اند (رافعی، ۱۳۸۷). بنابراین به نظر می رسد که بعلت حساس بودن مسئولیت های شغلی پرستاران و تعامل مداوم آنها با بیماران، پرستاران همواره در معرض مخاطرات بیماری های جسمی و روانی و تنش های منفی قرار می گیرند (درخشان و صالحی، ۱۳۸۴، میرصدری، ۱۳۸۹). در بین آنان پرستاران شاغل در بخش های ویژه به دلیل شرایط خاص ناشی از محیط کار و بیماران ممکن است بیشترین استرس را تحمل نمایند. از جمله عوامل تنش زای بخش ویژه می توان به مواردی همچون ارتباط کاری با سایر پرستاران و کارکنان تیم بهداشتی، ارتباط و مکالمه با بیمار و همراهان وی، سطح بالای دانش و مهارت مورد نیاز برای کار در این بخش، حجم کاری بالا، لزوم پاسخ سریع و بی درنگ پرستار به موقعیت های فوری، تماس مداوم با بیماران اورژانسی، مسئولیت سنگین مراقبت از بیماران بخش های ویژه و در معرض قرار گرفتن مشاهده مستقیم مرگ بیماران اشاره کرد (مک گراس، رید و بور^۲، ۲۰۰۳).

یکی از ابعادی که سلامت روانشناختی را تحت تأثیر قرار می دهد، اضطراب است به طوری که امروزه اختلالات اضطرابی^۳ بیشترین شیوع را در دسته بندی اختلالات روانی دارند. میزان شیوع اختلالات اضطرابی در طول مراحل زندگی از ۸٪ تا ۲۹٪ دامنه دارد (ویتاساری، نبلی عبدول، هیرون، عثمان و کومار^۴، ۲۰۱۱). یکی از انواع اختلال های اضطراب، اضطراب سلامت است.

اضطراب سلامت بعنوان طیف گسترده ای از نگرانی هایی که افراد می توانند در مورد سلامتی اشان داشته باشند تعریف شده است (آسموندسون و تیلور^۵، ۲۰۰۵). و اغلب توسط بیماران تحت مراقبت های اولیه تجربه می شود (تایرر^۶ و همکاران، ۲۰۱۱). اضطراب سلامت

1- Myers

2- McGrath, Reid & Boore

3- Anxiety Disorder

4- Vitasari, Nubli Abdul, Herawan, Othman & Kumar

5- Asmundson & Taylor

6- Tyrer

اختلال شناختی گسترده ای است که بصورت ادراک نادرست درباره علائم و تغییرات بدنی که نتیجه باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است، شکل می‌گیرد (سالکوسکیس و وارویک^۱، ۲۰۰۰؛ به نقل از مک دانیل^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). اضطراب سلامت پیوستاری است که در یک سوی آن نگرانی‌های خفیف مرتبط با احساس‌های بدنی و در سوی دیگر آن ترس‌های شدید مرتبط با سلامت و اشتغال ذهنی با احساس‌های بدنی قرار می‌گیرد (لانگلی^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). این افکار غالباً به وسیله تصویرهای ذهنی هیجانی تقویت می‌شود و به این ترتیب فرد اضطراب سلامت شدیدی را تجربه می‌کند. افرادی که اضطراب سلامتی شدید را تجربه می‌کنند واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب بیماری^۴ براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۵ هستند (DSM-5، ۲۰۱۳). یکی از مشاغلی که به واسطه محیط کار در معرض ابتلا به اضطراب سلامت هستند پرستاری است و از طرفی در راستای راه کارهای ارتقاء سلامت، تمرکز روی مشاغل مرتبط با سلامت و همچنین محیط کاری آن‌ها، همان اهمیت توجه به بیماران را دارد (سلیمی بجستانی و همکاران، ۱۳۹۳). اضطراب سلامت ارتباط قوی با نگرانی‌های شناختی و حساسیت اضطراب در مراکز مراقبت‌های اولیه دارد (توماس^۶ و همکاران، ۲۰۱۶).

از متغیرهای دیگر در پژوهش حاضر، حساسیت پردازش حسی^۷ (SPS) می‌باشد. آرون و آرون^۸ (۱۹۹۷) از حساسیت پردازش حسی به عنوان ساختاری که گرایش به پردازش انواع مختلفی از اطلاعاتی که از اهمیت بیشتری نسبت به سایر اطلاعات دریافت شده از محیط برخوردار هستند، یاد می‌کنند. حساسیت پردازش حسی به عنوان یک ویژگی خلق و خوی شخصیتی به شمار می‌رود که توسط حساسیت نسبت به تحریک‌های درونی و بیرونی از قبیل محرک‌های هیجانی و اجتماعی که علت پیدایش آن می‌باشد، مشخص می‌شود (جاگیلوز^۹ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین حساسیت پردازش حسی به شناسایی و پاسخ افراد به تعداد

¹- Salkovskis & Warwick

²- McDaniel

³- Longley

⁴- Illness anxiety disorder

⁵- Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (DSM-5)

⁶- Thomas

⁷- Sensory Processing Sensitivity

⁸- Aron & Aron

⁹- Jagiellowicz

معدودی از محرک های که در محیط موجود می باشد، اشاره دارد. حساسیت پردازش حسی توضیحات قابل ملاحظه ای را در رابطه با ویژگی های شخصیتی افراد و سلامت روانی آنها بیان می دارد (بوتربرگ و وارین^۱، ۲۰۱۶).

اضطراب هیجانی است که در زندگی روزمره هر فرد رخ می دهد و انسانها آن را تجربه می کنند، اگر این حالت شدت یابد و طولانی گردد و همچنین با موقعیت تناسب نداشته باشد، در آن صورت از حالت بهنجار دور شده و به اختلال بالینی نزدیک می گردد (لائورا^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). آسیب پرهیزی بازداری رفتاری^۳ در پاسخ به محرک های تنبیه یا نبودن پاداش است. پاداش وابستگی به عنوان تمایل به دادن پاسخ مثبت به نشانه های پاداش می باشد که موجب حفظ پاسخ یا مقاومت در برابر خاموشی رفتار می گردد (هانسن^۴ و همکاران، همکاران، ۲۰۰۷). یافته ها حاکی از آن است که عامل آسیب پرهیزی با همه ی علائم اختلالات اضطرابی و افسردگی رابطه ی مستقیم و معناداری دارد و عامل پیش بین برای همه ی علائم اختلالات اضطرابی و افسردگی می باشد (فتح الهی و همکاران، ۱۳۹۴). به علت ماهیت شغل پرستاران که ارتباط با بیماران و مراقبت از آنان را در بر می گیرد، غفلت از شناخت و مقابله با استرس های موجود در محیط کاری سبب عوارض جبران ناپذیری خواهد شد. تداوم حضور و یا تشدید اثر عوامل استرس زا می تواند سبب بروز اختلالات روانشناختی در پرستاران گردد. از طرفی با توجه به مسئولیت سنگین مراقبت از بیمار، هرگونه استرس در پرستاران به نحوی در جامعه بازتاب خواهد داشت (مک گراس و همکاران، ۲۰۰۳). لذا مطالعه حاضر به بررسی اضطراب سلامت، حساسیت پردازش حسی و آسیب پرهیزی در بین پرستاران شاغل در بخش های ویژه و عمومی بیمارستان می پردازد.

روش

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی-مقایسه ای می باشد. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بیمارستانهای شهر ایلام در سال ۱۳۹۴، که شامل ۲۵۰ پرستار (۱۴۰ زن و ۱۱۰ مرد) که از این تعداد، ۹۷ پرستار شاغل در بخش های ویژه و

¹- Boterberg&&Warreyn

²- Laura

³- Behavioral inhibition

⁴- Hansen

۱۵۳ پرستار شاغل در بخش‌های عمومی بیمارستان، می‌باشند. همچنین به دلیل شرایط و ویژگی‌های کاری جامعه مورد پژوهش، نمونه‌گیری بصورت در دسترس انجام شد. تعداد نمونه ۱۲۰ پرستار شامل ۶۰ پرستار شاغل در بخش‌های ویژه (۳۰ زن و ۳۰ مرد) و ۶۰ پرستار شاغل در بخش‌های عمومی (۳۰ زن و ۳۰ مرد) انتخاب گردید. لازم به ذکر است حجم نمونه با توجه به نوع روش مطالعه و نیز بر اساس تعداد پرسنل پرستاری بیمارستانهای آموزشی شهر ایلام تعیین شده است.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از کسب مجوز و رضایت واحدهای مورد پژوهش، با مراجعه به بیمارستانهای آموزشی شهر ایلام (امام خمینی (ره)، شهید مصطفی خمینی و آیت الله طالقانی) در شیفت‌های صبح، عصر و شب نسبت به ارائه پرسشنامه و تکمیل آن توسط نمونه‌های مورد پژوهش اقدام گردید و از سه پرسشنامه استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب سلامت: در این پژوهش برای سنجش اضطراب سلامت از پرسشنامه اضطراب سلامت استفاده شد. فرم بلند این مقیاس برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۱۹۸۹ طراحی شد که تقریباً بر اساس مدل شناختی اضطراب سلامت و خودبیمار انگاری تدوین شده است (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲). فرم کوتاه آن که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، شامل ۱۸ گویه است که از نوع مداد کاغذی و خودسنجی است. هر گویه چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری بصورت یک جمله خبری است که پاسخگو باید یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند انتخاب کند. نمره‌گذاری برای هر آیتیم از ۰ تا ۳ است و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامتی می‌باشد. پایایی باز آزمایی این پرسشنامه ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ آن از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲). در پژوهش نرگسی (۱۳۹۰) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای پرسشنامه اضطراب سلامتی به دست آمد که حاکی از پایایی رضایت بخش آن می‌باشد (نرگسی، ۱۳۹۰). سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲)، روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۷۲ بدست آوردند و آبراموویتز، اولاتونجی و دیاکون^۱ (۲۰۰۷) ضریب روایی آن را ۰/۹۴ محاسبه کردند.

^۱- Abramowitz, Olatunji & Deacon

پرسشنامه حساسیت پردازش حسی: مقیاس شخص با حساسیت حسی بالا (HSPSS)، یک آزمون مداد- کاغذی می باشد، که توسط آرون و آرون (۱۹۹۷) طراحی شده است. این مقیاس برای سنجش افرادی که با شدت بیشتر به محرک های محیطی به ویژه عاطفی واکنش نشان می دهند، ساخته شده است. این آزمون مشتمل بر ۲۵ سؤال خود گزارشی است که واکنش پذیری روان شناختی نسبت به محرک های محیطی را مورد سنجش قرار می دهد (اسمولاسکا، مک کیب و وودی^۱، ۲۰۰۶). این پرسشنامه بر پایه مقیاس پنج درجه ای لیکرت پاسخ داده می شود، طوری که به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ و به گزینه کاملاً موافقم نمره ۵ تعلق می گیرد.

این آزمون پایایی خوبی را نشان داده است. اسمولاسکا و همکاران (۲۰۰۶) پایایی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش نمودند. روایی این پرسشنامه در تحقیق لیس^۲ و همکاران (۲۰۰۵) توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفته است.

پرسشنامه الگوهای سرشت و منش: پرسشنامه سرشت و منش یک آزمون مداد کاغذی است. این ابزار به وسیله کلونینجر و همکاران (۱۹۹۴) طراحی و تدوین شده است. و بر اساس مدلی که شخصیت بهنجار و نابهنجار را در بر می گیرد، ساخته شده است. کلونینجر مدل عصبی-زیستی خود را برای توضیح مؤلفه های سرشت ارائه کرده است (کلونینجر و همکاران، ۲۰۱۲). این پرسشنامه دارای چهار بعد سرشت (نوجویی، آسیب پرهیزی، پاداش-وابستگی و پشتکار) و سه بعد منش (خود-راهبری، همکاری و خود-فراروی) می باشد. پرسشنامه سرشت و منش دارای ۱۲۵ عبارت است که فرد در مقابل هر عبارت بایستی به صورت (صحیح) یا (غلط) پاسخ دهد. به هر کدام از سوالات یک نمره تعلق می گیرد و نمره هر یک از ابعاد از مجموع نمرات زیر مقیاس های آن بعد بدست می آید. در این پژوهش مقیاس آسیب پرهیزی مورد استفاده قرار گرفته است که شامل ۲۰ سوال است و شامل سوالات ۹-۱۶-۱۹-۳۰-۳۰-۴۶-۶۲-۷۰-۸۲-۱۱۵-۱۱۵-۲-۳۸-۴۵-۴۵-۶۱-۶۱-۶۴-۷۸-۸۱-۸۶-۹۸-۱۰۴-۱۲۴ می باشد. کاپانی (۱۳۸۶)، هبستگی درونی مقیاس ها را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ای شامل ۱۲۱۲ نفر برای نوجویی ۰/۷۲، آسیب پرهیزی ۰/۸۰، پاداش-وابستگی ۰/۷۳، پشتکار

^۱- Smolewska , McCabe & Woody

^۲- Liss

مقایسه اضطراب سلامت، حساسیت پردازش حسی و آسیب پرهیزی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و...

۰/۵۵، خود- راهبری ۰/۸۴، همکاری ۰/۷۷ و خود- فراروی ۰/۷۲ بدست آورد. پایایی پرسشنامه مذکور که توسط کاویانی و همکاران (۱۳۸۴) در ایران هنجار یابی شده است دارای پایایی و روایی مناسب برای استفاده در پژوهش‌ها است، برای دست‌یابی به ضریب پایایی به روش باز آزمون عمل شد که نتایج گویای ضرایب قوی برای خرده‌مقیاس آسیب پرهیزی ۰/۸۸ است. کاویانی (۱۳۸۶)، ضریب روایی ($n=100$) نوجویی ۰/۷۵، آسیب پرهیزی ۰/۷۲، پاداش- وابستگی ۰/۸۷، پشتکار ۰/۹۰، خود- راهبری ۰/۶۶، همکاری ۰/۷۶ و خود- فراروی ۰/۸۶ بدست آمد. این پژوهش نیز توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. نتایج حاصل از روایی آزمون نیز گویای روایی خوب آزمون برای خرده‌مقیاس آسیب پرهیزی ۰/۷۲ است.

یافته‌ها

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های اضطراب سلامت و آسیب پرهیزی پرستاران بخش

ویژه/عمومی

متغیرها	ویژه/عمومی	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی
اضطراب	عمومی	۳۰/۰۸	۸/۴۰۲	۶۰
سلامت	ویژه	۴۴/۴۵	۹/۷۸۰	۶۰
آسیب	عمومی	۳۰/۲۵	۱/۱۷۵	۶۰
پرهیزی	ویژه	۳۱/۱۵	۴/۶۹۰	۶۰

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب سلامت و آسیب پرهیزی در پرستاران بخش عمومی به ترتیب: (۳۰/۰۸، ۸/۴۰۲)، (۳۰/۲۵، ۱/۱۷۵) و در پرستاران بخش ویژه به ترتیب: (۴۴/۴۵، ۹/۷۸۰)، (۳۱/۱۵، ۴/۶۹۰) می‌باشد.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های حساسیت پردازش حسی و خرده‌مقیاس

های آن در پرستاران بخش ویژه/عمومی

متغیرها	ویژه/عمومی	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی
سهولت تحریک	عمومی	۳۵/۹۲	۸/۶۸۹	۶۰
	ویژه	۴۴/۴۰	۷/۱۱۲	۶۰

۶۰	۳/۷۰۱	۲۳/۱۷	عمومی	حساسیت زیباشناختی
۶۰	۳/۴۱۱	۲۵/۶۰	ویژه	
۶۰	۴/۵۷۴	۱۷/۹۲	عمومی	آستانه حسی پایین
۶۰	۳/۸۳۳	۲۲/۹۵	ویژه	
۶۰	۱۶/۴۸۳	۷۷	عمومی	حسایت پردازش حسی
۶۰	۱۳/۹۷۵	۹۲/۹۵	ویژه	

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار نمره های سهولت تحریک، حساسیت زیباشناختی، آستانه حسی پایین و حساسیت پردازش حسی در پرستاران بخش عمومی به ترتیب: (۸/۶۸۹، ۳۵/۹۲)، (۳/۷۰۱، ۲۳/۱۷)، (۴/۵۷۴، ۱۷/۹۲)، (۱۶/۴۸۳، ۷۷) و در پرستاران بخش ویژه به ترتیب: (۷/۱۱۲، ۴۴/۴۰)، (۳/۴۱۱، ۲۵/۶۰)، (۳/۸۳۳، ۲۲/۹۵)، (۱۳/۹۷۵، ۹۲/۹۵) می باشد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بین اضطراب سلامت، حساسیت پردازش حسی و آسیب

پرهیزی در پرستاران بخش ویژه / بخش عمومی

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	آسیب پرهیزی
۰/۰۰۱	۱۱/۲۸	۹۳۳/۸۲	۹	۸۴۰۴/۴۴	اضطراب سلامت	آسیب پرهیزی
۰/۰۰۱	۶/۷۹	۲۵۴/۸۳	۹	۲۲۹۳/۵۱	حساسیت پردازش حسی	حساسیت پردازش حسی
۰/۱۸	۱/۸۱	۱۴۹/۹۱	۱	۱۴۹/۹۱	اضطراب سلامت	گروه
۰/۰۰۳	۸/۹۸	۳۳۷/۳۱	۱	۳۳۷/۳۱	حساسیت پردازش حسی	حساسیت پردازش حسی
۰/۰۰۱	۱۸/۳۳	۱۵۱۵/۳۰	۳	۴۵۴۵/۹۰	اضطراب	آسیب اضطراب

مقایسه اضطراب سلامت، حساسیت پردازش حسی و آسیب پرهیزی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و...

پرهیزی و گروه	سلامت				
	حساسیت				
	پردازش حسی	۴۰۰۸/۲۵	۳	۱۳۳۶/۰۸	۳۵/۷۲
					۰/۰۰۱
خطا	اضطراب سلامت	۸۷۶۱/۰۰	۱۰۶	۸۲/۶۵	
	حساسیت				
	پردازش حسی	۳۹۷۷/۷۵	۱۰۶	۳۷/۵۲	
کل	اضطراب سلامت	۱۲۱۸۷۱۰	۱۲۰		
	حساسیت				
	پردازش حسی	۱۸۲۶۵۶	۱۲۰		

جدول ۴: میانگین نمرات اضطراب سلامت پرستاران بخش ویژه و عمومی

متغیر	t	درجه	سطح معنی داری
اضطراب سلامت	-۸/۶۳۱	۱۱۸	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود آزمون t مستقل نشان می‌دهد که بین نمرات پرستاران بخش ویژه و عمومی از لحاظ اضطراب سلامت تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). بررسی میانگین‌های دو گروه پرستاران از لحاظ اضطراب سلامت نشان می‌دهد که اضطراب سلامت پرستاران بخش ویژه بیشتر از پرستاران بخش عمومی است.

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل واریانس های تک متغیره حساسیت پردازش حسی و خرده مقیاس های آن بر اساس پرستاران بخش عمومی/ویژه

متغیر وابسته	F	سطح معنی داری	ضریب اتا
سهولت تحریک	۳۴/۲۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲۵
احساس زیبا شناختی	۱۴/۰۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۰۶
آستانه حسی پایین	۴۲/۶۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۶۶
حساسیت پردازش حسی	۳۲/۶۸۶	۰/۰۰۱	۰/۲۱۷

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که میزان سهولت تحریک، احساس زیباشناختی، آستانه حسی پایین و حساسیت پردازش حسی در دو گروه پرستاران بخش عمومی و ویژه بطور آماری متفاوت است به ترتیب با: ($P < 0/01$)؛ ۳۴/۲۴۷، ۱۴/۰۲۳، ۴۲/۶۷۸، ۳۲/۶۸۶. عبارت دیگر میزان سهولت تحریک، احساس زیباشناختی، آستانه حسی پایین و حساسیت پردازش حسی در پرستاران بخش ویژه بیشتر از پرستاران بخش عمومی است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به جدول ۳، تأثیر جداگانه متغیر آسیب پرهیزی و تأثیر ترکیبی آسیب پرهیزی و گروه بر متغیرهای اضطراب سلامت و حساسیت پردازش حسی معنی دار می باشد. همچنین تأثیر جداگانه گروه بر متغیر حساسیت پردازش حسی در سطح ($P < 0/01$) معنی دار می باشد. بنابراین میانگین اضطراب سلامت، حساسیت پردازش حسی و آسیب پرهیزی در بین دو گروه پرستاران بخش ویژه و عمومی متفاوت می باشد. نتایج فوق با یافته های مطالعات همه گیر شناسی گریدز و بارسکی^۱ (۲۰۰۴) همسو می باشد، آنها یافتند که بیشتر از ۹٪ بیماران بستری در مراکز پزشکی درمانی، اضطراب سلامت را تجربه می کنند و شیوع آن در جمعیت عمومی

¹- Grids & Barsky

بیشتر از ۵٪ گزارش شده است. آنها نشان دادند افرادی که دچار اضطراب سلامت هستند سعی می‌کنند که نسبت به تغییرات بدنی هشیار و حساس باشند. زمانی که شخص به طور ارادی به بدنش توجه زیادی داشته باشد، میزان ادراک و هیجان‌ها در وی افزایش پیدا می‌کند و بسیاری از احساس‌ها مانند خارش، سرفه یا خمیازه کشیدن از نظر آنها دارای یک تفکیک بیمار گونه است که می‌تواند به وسیله توجه دیگران و واکنش‌های دیگران گسترش یابد. هم‌چنین نتایج به دست آمده با یافته‌های توماس و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد، بر اساس یافته‌های آنان افراد مبتلا به اضطراب سلامت در مقایسه با افراد غیر مبتلا به اضطراب سلامت، به احتمال بیشتری علائم بدنی را به عنوان یک ضعف سلامتی یا بیماری جدی تعبیر کنند و به احتمال بیشتری باور می‌کنند آن‌ها ضعیف هستند و توان مقابله با استرس را ندارند و برای برآورد بیش از اندازه شانس ابتلا به بیماری و یا تخمین بیش از اندازه خطر یک بیماری تمایل بیشتری نشان می‌دهند. آنها ممکن است اطلاعات گسترده‌ای صرفاً در زمینه بیماری‌ها داشته باشند نه در زمینه‌های دیگر. همچنین این یافته‌ها با پژوهش بارسکی و همکاران (۲۰۰۲) همسو بود، نتایج پژوهش آنها نشان داد که زمانی که اطلاعات هیجانی نتوانند در فرایند پردازش شناختی ادراک ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود و این ناتوانی، سازماندهی عواطف و شناخت‌های او را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش گارنفسکی و کرایج^۱ (۲۰۰۵) نیز همسو می‌باشد، آنها یافتند که روش‌های مقابله با تنش‌ها و تشویش‌های روانی محل کار و رویارویی با مشکل‌های کاری می‌تواند تا حدودی شرایط روانی محل کار را مساعدتر نماید. مدیریت هیجان‌ها به منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روانی همچون اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر سازد. لذا در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت رویارویی دایمی با بیماران، داشتن مسئولیت سلامت انسان‌ها، انجام فرایندهای بالینی، مواجهه با بیماران در حال احتضار، برخورد با موقعیت‌های اضطراری و اورژانس، در بخش‌های ویژه می‌تواند باعث کاهش

¹ -Garnefski & Kraaij

عملکرد مطلوب پرستاران شود و بر سلامتی روانی و جسمانی آنها تأثیر بگذارد (راگر^۱ و همکاران، ۲۰۰۷).

آزمون *t* مستقل نیز نشان داد که بین نمرات پرستاران بخش ویژه و عمومی از لحاظ اضطراب سلامت تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). نتایج مسعود زاده و همکاران (۱۳۸۷) نیز نشان داد که ۵۷/۸ درصد از کارکنان بیمارستان دولتی شهر ساری اضطراب مرگ بالایی داشتند. عبدالخالق و توماس سابادو^۲ (۲۰۰۵) بیشتر بودن اضطراب مرگ پرستاران بخش های ویژه را ناشی از مواجه روزمره آنها مرگ، مراقبت از بیماران در حال مرگ، نیاز به تصمیم گیری صحیح و تأثیرگذاری تصمیم های آنان بر زندگی و مرگ بیماران می دانند (عبدالخالق و سابادو، ۲۰۰۵). در تبیین این یافته می توان عللی چون افزایش فشار کاری، شیفت های پی در پی و بدون استراحت را بیان کرد. به طور کلی بخش اورژانس به دلیل رویارویی با سوانح و فوریت های پزشکی و عهده دار بودن امداد رسانی به مصدومان تحت استرس و هیجان های منفی بیشتری قرار دارد که این هیجان های منفی در طول زمان، زمینه را برای بروز اختلالهای روانی مثل اضطراب سلامت فراهم می آورد. میزان اضطراب سلامت در حرفه پرستاری بیشتر از سایر حرفه ها می باشد (چن^۳ و همکاران، ۲۰۰۶).

همچنین نتایج پژوهش بیان گر این بود که بین حساسیت پردازش حسی و سه بعد آن شامل سهولت تحریک، احساس زیباشناختی و آستانه حسی پایین در دو گروه پرستاران بخش ویژه و عمومی، تفاوت معنی داری وجود دارد. این نتیجه با یافته های پژوهش لیس و همکاران (۲۰۰۸) همسو می باشد. آنها نشان دادند، افرادی که از سطوح بالایی از حساسیت پردازش حسی برخوردارند، ممکن است گرایش بیشتری به کاستن توجه نسبت به محرک های اطراف خود داشته باشند یا این که حتی از بافت ها و موقعیت های اجتماعی که منجر به برانگیختن احساسات قوی می شود، کناره گیری نمایند. گزارشات حاکی از آن می باشد، که درصد بیشتری از این افراد، مبتلایان به اختلال اضطراب را تشکیل می دهند (لیس و همکاران، ۲۰۰۸). در تبیین این یافته می توان گفت که پرستاران بخش های ویژه به دلیل استرس بالای

¹- Rugger

²- Abdel-khalek & Tomas-sabado

³- Chen

کاری در توصیف و شناسایی احساسات خود دچار مشکل می‌باشند و نمی‌توانند از هیجانات خود به شیوه کارآمدی استفاده نمایند.

در کل می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که اختلال اضطراب سلامت با حساسیت زیاد نسبت به درد و لمس تداومی می‌شود، همچنین ابعاد سهولت تحریک و آستانه حسی پایین با اضطراب و افسردگی رابطه دارند و بعد سهولت تحریک رابطه قوی با اضطراب و دشواری در شناسایی احساسات دارد. این اظهارات بیانگر این نکته می‌باشد، که بعد سهولت تحریک در واکنش با محرک‌ها و ناتوانی در شناسایی احساسات موجب برانگیخته شدن اضطراب در فرد می‌شود. همچنین آسیب پرهیزی با نمره‌های بالای اضطراب ارتباط نزدیکی دارد و از طرفی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه به دلیل شرایط خاص کاری و استرس‌های ناشی از آن مستعد بروز اضطراب سلامت بیشتر نسبت به دیگر بخش‌ها می‌باشند و به دنبال آن حساسیت بالاتری نسبت به محرک‌های حسی داشته و بالطبع بازداری رفتاری نشان داده و نمره بالاتری در آسیب پرهیزی کسب می‌کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر آن بود که پژوهشگر هیچ‌گونه کنترلی بر روی وقایع اخیر زندگی پرستاران، ابتلا پرستار یا اعضای خانواده وی به بیماری خاص که می‌تواند بر روی اضطراب سلامت آنان تأثیر گذار باشد، نداشته است. همچنین از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، انجام مطالعه در محیط بیمارستان بود، که با توجه به آنکه در مورد استرس و اضطراب سلامت، محیط‌های کاری از جمله سبک مدیریت، ارتباط بین همکاران، سطح رضایت شغلی، استرس شغلی و ... می‌توانند مؤثر باشد لذا این پژوهش بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان انجام شد تا تأثیر این موارد به حداقل ممکن برسد. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد تا رابطه اضطراب سلامت با عواملی همچون رضایت شغلی، سبک مدیریت و ... در بیمارستان‌های مختلف مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود جهت مشخص‌تر شدن دقیق‌تر ابعاد پدیده اضطراب سلامت در پرستاران پژوهشی بصورت کیفی صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد مطالعات مشابه بر روی دانشجویان گروه‌های پزشکی و پرستاری انجام گیرد، اضطراب سلامت پرستاران و بیماران در بخش‌های مختلف با یکدیگر مقایسه گردد و با توجه به آنکه از عوامل مهم و تأثیر گذار بر اضطراب سلامت ویژگی‌های سرشتی از جمله حساسیت پردازش حسی و آسیب پرهیزی می‌

باشد، پژوهش های بیشتر بر روی این متغیرها توصیه می گردد. همچنین یکی از عوامل مهم و تأثیر گذار بر اضطراب سلامت مذهب، فرهنگ و چگونگی دیدگاه فرد نسبت به آینده خود می باشد، لذا پیشنهاد می شود تا ارتباط این موارد با اضطراب سلامت مورد مطالعه قرار گیرد. یکی از راههای توسعه سلامت روان پرستاران انجام پژوهش های متعدد و مشخص کردن عوامل تأثیر گذار بر آن است که علاوه بر توسعه بدنه علمی، سبب رشد آگاهی و دانش در این زمینه می گردد و از جمله عوامل اثر گذار بر سلامت جسمی و روانی پرستاران اضطراب سلامت، حساسیت پردازش حسی و آسیب پرهیزی می باشد. با توجه به بالاتر بودن سطح اضطراب سلامت، حساسیت پردازش حسی و آسیب پرهیزی پرستاران بخش های ویژه در پژوهش حاضر و اینکه نیاز به تصمیم گیری و تصمیم گیری سریع توسط پرستاران در این بخش ها برجسته تر می باشد، لذا به نظر می رسد که توجه به این مسئله و اندیشیدن در مورد راهکارهایی برای کاهش آن از اهمیت بالایی برخوردار می باشد و برنامه ریزان و مدیران بهداشتی می بایست به این امر توجه ویژه داشته باشند و سیستم های حمایتی را جهت برآورده کردن نیازهای روحی و روانی پرستاران بخش های ویژه فراهم نمایند.

منابع

- درخشانی، م؛ صالحی، م. (۱۳۸۴). شیوع افسردگی و تأثیر آن بر پرستاران بیمارستان امام خمینی تهران. رساله دکتری پزشکی.
- رافی، ف. (۱۳۸۷). ارزیابی فرسودگی و ارتباط آن با شیوه های مقابله مورده استفاده در بیمارستان سوختگی و مقایسه آن با کارکنان مراقبت سلامتی شاغل در بیمارستان. رساله ارشد پرستاری. گرایش جراحی در تهران.
- سلیمی بجستانی، ح؛ حسینی قمی، ط و ذاکری، ن. (۱۳۹۳). ارتباط جهت گیری مهبی و امیدواری با اضطراب سلامت در زنان رستار بیمارستان امام خمینی (ره) تهران. پژوهش پرستاری، ۹، ۱۷-۲۴.
- فتح الهی، س.، بخشی پور رودسری، ع، هاشمی نصرت آبادت، فرنام، ع، وثوقی، الف (۱۳۹۴). روابط ساختاری مؤلفه های سرشت و منش شخصیت با اختلالات هیجانی. مجله روانشناسی بالینی، ۲، ۲۶-۳۴.
- کاویانی، ح. (۱۳۸۶). نظریه زیستی شخصیت. انتشارات مهد تهران.
- مسعودزاده، ع. ستاره، ج؛ محمدپورتهمتن، ر؛ مدانلوکردی، م. (۱۳۸۷). شیوع اضطراب مرگ بین کارکنان یک بیمارستان دولتی شهر ساری ۱۳۸۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۸ (۶۷)، ۸۴-۹۰.
- میرصدری، م. (۱۳۸۹). مقایسه شیوع مجدد افسردگی در مربیان ورزشی و سایر معلمان در مشهد. دانشگاه علوم پزشکی ایران.

مقایسه اضطراب سلامت، حساسیت پردازش حسی و آسیب پرهیزی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و...

نرگسی، فریده (۱۳۹۰). مقایسه باورهای ناکارآمد، ویژگی‌های شخصیتی و سابقه ابتلا به بیماری وخیم در معلمان مقطع ابتدایی دارا و فاقد اضطراب سلامتی در شهرستان اندیمشک. پایانامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

Abdel-khalek AM., Tomas-sabado, J. (2005). Anxiety and Death Anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Studies*, 29, 157-169.

Abramowitz, JS, Olatunji, BO, Deacon BJ.(2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther*, 38(1), 86-94.

American Psychiatric Association, (2013). High lights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. (www.psychiatry.org/dsm5) (accessed 5/2013).

Aron, N., Aron, A. (1997). Sensory – processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 345–368.

Asmundson, G.J.G., Taylor, S. (2005). *It's not all in Your Head: How Worrying about Your Health Could Be Making You Sick – and What You Can Do about It*. Guilford, New York, NY.

Barsky, AJ., Ettner, S.L., Horsky, J., et al. (2002). Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization, 39, 705-15.

Botenberg, S. Warreyn, P. (2016). Making sense of it all: The impact of sensory processing sensitivity on daily functioning of children. *Journal of Personality and Individual Differences*, 92, 80–86.

Cloninger, R. C., Zohar, H. A., Hirschmann, S., & Dahan, D. (2012). The psychological costs and benefits of being highly persistent: Personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *Journal of affective disorders*, 136(3), 758-766.

Chen, YC, Ben, K., Fortson, B.L., Lewis J. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*, 30, 919-929.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences*, 38, 1317–1327.

Grids, MD & Barsky, AJ. (2004). Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *Am J Psychiatry*, 150 (7), 1085–9.

Hansenne, M., Reggers, J., Pinto, E., Kjiri, K., & Ajamier, A. (2007). Temperament and character inventory TCI, and depression. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 31-33.

Jagiellowicz, J., Xiaomeng, X.U., Aron, A., Aron, E., Cao, G., Feng, T., & Weng, X. (2011). The trait of sensory processing sensitivity and neural responses to changes in visscenes. *SCAN*, 6, 38–47.

Laura J. Summerfeldt, Patricia H. Kloosterman, Martin M. Antony, Richard P. Swinson. (2014). Examining an obsessive-compulsive core dimensions model: Structural validity of harm avoidance and incompleteness. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 83–94.

Longley, S.L., Broman-Fulks, J.J., Calamari, J.E., Noyes, R., Wade, M., Orlando, C.M., (2010). A taxometric study of hypochondriasis symptoms. *Behav. Ther.* 41, 505–514.

Liss, M., Tinnel, K., Baxley, P. Killingsworth, (2005). Sensory processing sensitivity and its relation to parental bonding, anxiety and depression. *Pers. Individ. Differ*, 39, 1429–1439.

Liss, M., Mailloux, J., Mindy J. Erchull. (2008). The relationships between sensory processing sensitivity, alexithymia, autism, depression, and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 45, 255–259.

McDaniel, S.H., Grus, C.L., Cubic, B.A., Hunter, C.L., Kearney, L.K., Schuman, C.C., Johnson, S.B. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *Am. Psychol.* 69,

409-429.

McGrath, A., Reid, N., & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud*, 40, 555-565.

Myers, W.C., Burket, R.C., Lyles W.B., Stone, L., & Kempf, JP. (1990). DSM-III diagnoses. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 18(1), 47-54.

Ruegger, M., Abrens, R., Eickmann, U., & Falcy, M. (2007). Safe handling of antineoplastic drugs – ISSA Guidelines and their implementation. Switzerland International Symposium & ISSA Health Services Section.

Salkovskis P.M., & Warwick, H.M. (2000). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. *Modern Perspectives on an Ancient Malady*. New York, NY: Oxford University, 23, 202-222.

Salkovskis, PM., Rimes, KA., Warwick, HM., Clark, DM.(2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*, 32(5), 843-53.

Smolewska, K. A., McCabe, S. B., & Woody, E. Z. (2006). A psychometric evaluation of the

highly sensitive person scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and "Big Five.". *Personality and Individual Difference*, 40(6), 1269-1279.

Thomas A. Fergus, Lance P. Kelley, Jackson O. Griggs. (2016). The combination of health anxiety and somatic symptoms : Specificity to anxiety sensitivity cognitive concerns among patients in primary care. *Psychiatry Research*. 239, 117-121

Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., Tyrer, H. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *J. Psychosom. Res.* 71, 392-394.

Vitasari, P., Nubli Abdul, M. W., Herawan, T., Othman, A., & Kumar Sinnadurai, S. (2011). Re-test of State Trait Anxiety Inventory (STAI) among Engineering Students in Malaysia: Reliability and Validity tests. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 3843-3848.

