

مقدمه

به طور کلی تنش یا فشار روانی یکی از فعال‌ترین حوزه‌های پژوهشی (۴۰,۰۰۰ تحقیق در همین دهه) در سال‌های اخیر بوده است و قرن اخیر را عصر فشار روانی نامیده‌اند (۱). تنش شغلی حالتی است که در آن عوامل مرتبط با شغل با سلامت جسمی و روان‌شناختی افراد تداخل می‌نماید (۲).

در چهل سال گذشته تا کنون نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که فشارهای روانی مربوط به کار فقط علت بیماری و غیبت نیستند، بلکه بر جا به جایی کارکنان و کاهش کارآمدی و عملکرد آن‌ها در سازمان نیز موثرند (۳). برای مقابله با این مسئله چندین سال است که روش‌های مدیریت فشار روانی به منظور آموزش افراد جهت چگونگی پیشگیری، کاهش و هم‌چنین مقابله و سازگاری با فشار روانی تدوین گشته است. مدیریت فشار روانی در کار، فرآیند پیوسته‌ی نظارت، تشخیص و پیشگیری از محرک‌های تنش‌زای مفرط است که اثرات مضر بر بازدهی کارکنان و مدیران دارند. این محرک‌های تنش‌زا بیشتر تابع محیط و ادراک فرد از محیط هستند (۴). نارضایتی از شغل همبستگی بالایی با آشفتگی‌های روانی از جمله افسردگی دارد (۵). کوجیما^۱ و همکاران در پژوهشی بر روی ۱۲۰ کارگر ژاپنی نشان دادند که همبستگی بالایی بین افسردگی، اضطراب و حمایت شغلی پایین وجود دارد (۶). توماسن^۲ و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که پزشکان خانواده دچار سطوح بالای افسردگی می‌باشند و نیمی از آن‌ها تمایل به تغییر محیط کار خود دارند (۷). ادیمانسیا^۳ و همکاران نشان دادند که تنش، اضطراب و افسردگی با شرایط نامساعد شغلی و عدم امنیت شغلی همبستگی مثبت دارد (۸). راسلی^۴ و همکاران نشان دادند که حمایت شغلی با کیفیت زندگی، همبستگی مثبت و با افسردگی و تنش، همبستگی منفی دارد (۹). وانگ^۵ و همکاران در بررسی رابطه‌ی بین تنش کاری و اختلالات روانی نشان دادند که کارگران مردی که تقاضای بیشتر و کنترل کمی در محیط

کار داشتند افسردگی و اضطراب بیشتری نشان می‌دادند. هم‌چنین سیاست‌هایی که شرایط محیط کار را ارتقا می‌دهند تاثیرات مثبتی بر وضعیت روان‌شناختی آن‌ها داشت (۱۰). پول^۶ و همکاران مشاهده کردند که اختلالات روانی مشاهده شده در کارگران با تغییرات محل کار و شرایط محیط کار همبستگی دارد (۱۱). هم‌چنین گورابی و همکاران در پژوهشی بر روی کارکنان شرکت ملی نفت ایران به این نتیجه رسیدند که هر چقدر میزان سختی کار بیشتر باشد میزان شکایت‌های جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی نامطلوب، افسردگی و مشکلات عمومی سلامت نیز بالاتر است (۱۲).

بخشایی نشان داد که بین باورهای کارآمدی جمعی و باورهای خودکارآمدی معلمان با فرسودگی شغلی رابطه‌ی منفی و معنی‌داری وجود دارد (۱۳). پارک^۷ در پژوهشی به این نتیجه رسید که حمایت اجتماعی همبستگی مثبتی با وضعیت ذهنی کارکنان بیمارستانی دارد (۱۴). خطاهای انسانی که قسمتی از آن ناشی از عدم توجه (هوشیاری) است مسئول نسبت بزرگی از حوادث نامطلوب هوشبری است (۱۵). عوامل زیادی در محیط اتاق عمل توانایی کارکنان هوشبری برای انجام مراقبت هوشیارانه را کاهش می‌دهند. بی‌خوابی و خستگی از عمده‌ترین عواملی هستند که اثر زیان‌آور آن بر کارایی و اعمال شناختی هوشبران (مانیتورینگ^۸ و یا تصمیم‌گیری بالینی) معلوم شده است (۱۶). کارکنان هوشبری به هنگام کار کردن در اتاق عمل و به خصوص در بخش مراقبت‌های ویژه با موقعیت‌های بحرانی زیادی مواجه می‌شوند. اغلب این تنش‌ها از مواجهه با بیماری‌های شدید، مرگ بیماران، کار کردن با وسایل بی‌هوشی پیچیده و پیشرفته ناشی می‌شود (۱۷). از منابع دیگر تنش‌زا می‌توان به ساعات کار طولانی، کشیک‌های شبانه و حالت آماده‌باش برای اعمال جراحی اورژانس، نیاز به تمرکز و دقت کاری بالا، فشار و بار زیاد کاری و آسیب‌پذیری اقتصادی اشاره کرد (۲۱-۱۸). ضرورت هوشیاری مداوم که برای مراقبت از بیمار حین بی‌هوشی لازم است موجب ایجاد تنش روانی می‌شود. به‌علاوه، تقابل با اعضای گروه جراحی

¹Kojima²Thommasen³Edimansyah⁴Rusli⁵Wang⁶Pool⁷Park⁸Monitoring

نه تنها مطالعاتی از این دست در خارج از کشور محدود است بلکه در داخل ایران هم پژوهشگران از بررسی این موضوع مهم غافل مانده‌اند. به منظور پر کردن این خلا پژوهشی و در راستای ارتقای رضایت شغلی و سلامت روان‌شناختی کارکنان هوشبری، در این مطالعه پژوهشگران به بررسی فشارهای شغلی، راهبردهای مقابله با تنش، تاب‌آوری، وضعیت سلامت روانی و ارتباط آن‌ها با رضایت شغلی در کارکنان هوشبری شاغل در اتاق عمل پرداختند تا بتوانند گامی موثر در جهت سلامت جسمی و روانی این قشر و در نتیجه افزایش کیفیت کار آنان و بهبود نظام سلامت شهروندی و درمان بهتر مددجویان بردارند.

روش کار

در تحقیق حاضر که مطالعه‌ای توصیفی مقطعی بود، ۱۲۰ نفر از تکنسین‌های بیهوشی شاغل در اتاق عمل بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران (سابق) و داوطلب شرکت در پژوهش به صورت در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های زیر را تکمیل نمودند.

پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه توسط محققین برای بررسی مواردی مانند جنسیت، سن، وضعیت تاهل و سنوات شغلی ساخته و مورد استفاده قرار گرفت. پرسش‌نامه‌ی تنش شغلی (JSS)^۵: این پرسش‌نامه توسط دیویس، رایبیز و مک‌کی^۶ در سال ۱۹۹۱ تهیه شده و دارای دو بخش است: الف- پرسش‌نامه‌ی سنجش علائم تنش شغلی که دارای ۲۰ ماده می‌باشد و علائم و میزان تنش شغلی از سه ماه گذشته را تا کنون می‌سنجد. ب- پرسش‌نامه‌ی سنجش منابع تنش شغلی که دارای ۵۰ ماده است و برای تعیین منابع تنش شغلی و تجربیات شغلی افراد ساخته شده است. نمره‌گذاری به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا چهار می‌باشد (۳۰). در هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران، تحلیل پرسش‌های هر دو پرسش‌نامه نشان داد که تمام پرسش‌ها رابطه‌ی مثبت و خوبی با کل پرسش‌نامه‌ها دارند (۳۰). روایی آزمون هر دو پرسش‌نامه به شیوه‌ی ضریب روایی همزمان (روایی ملاک) برای هر دو پرسش‌نامه ۰/۷۰ و ضریب پایایی پرسش‌نامه‌ی تنش شغلی به

نظیر پرستاران اتاق عمل و جراح می‌تواند زمینه‌ساز درجات متفاوتی از تنش‌های بین‌فردی باشد (۲۲). قرار گرفتن در محیطی مملو از بخار مواد شیمیایی، پرتوهای یونیزان و عوامل عفونی نظیر ویروس‌های هپاتیت و ایدز و حساسیت به لاتکس نیز از خطرهای شغلی اتاق عمل تلقی می‌شود. حساسیت به لاتکس می‌تواند به صورت حساسیت پوستی در صورت تماس مستقیم با دستکش لاتکس و تغییرات راه هوایی ناشی از استنشاق آنتی‌ژن‌های لاتکس باشد (۲۴-۲۲).

به نظر می‌رسد سوء‌مصرف مواد، افسردگی و خودکشی شیوع بالایی در بین کارکنان هوشبری داشته باشد که احتمالاً بیانگر ضربه‌ی حاصل از تنش‌های شغلی است (۲۴). کارتر-اسنل^۱ و هگادورن^۲، شیوع بیشتر اختلالات مرتبط با تنش را در کارکنان کارکنان هوشبری گزارش کرده‌اند. فشار زمانی در شغل پزشکان و از جمله کارکنان هوشبری از مهم‌ترین منابع تنش‌زا است (۲۵). به ویژه، کار گروهی ضعیف در بین کادر اتاق عمل منجر به روحیه‌ی ضعیف کارکنان و غیبت آن‌ها از کار در بیمارستان می‌شود (۲۶). کینزل^۳ و همکاران به بررسی تنش‌های شغلی، راهبردهای مقابله با تنش، بهزیستی عاطفی و شرایط شغلی در ۱۳۵ نفر از کارکنان هوشبری شاغل در اتاق عمل یکی از بیمارستان‌های آموزشی وابسته به بخش هوشبری دانشگاه علوم پزشکی اینسبروک پرداختند (۲۷).

یافته‌های این پژوهش همگام با پژوهش دکارد، مترکو و فیلد^۴ نشان داد که امکانات پایین برای کنترل کار رضایت شغلی را پایین می‌آورد و ریسک سندرم فرسودگی شغلی را افزایش می‌دهد که نشان دهنده‌ی اهمیت بالای شرایط کاری بر سلامت روانی است (۲۸،۲۹). در این پژوهش اکثر آزمودنی‌ها قابل انعطاف بودن ساعات کاری و داشتن اوقات فراغت بیشتر را گامی مهم در جهت افزایش کیفیت زندگی خود، دوستان و خانواده‌های‌شان می‌دانستند. با توجه به حساسیت بالای شغل بی‌هوشی، مطالعاتی در جهت شناسایی و حل معضلات شغلی و فشارهای روانی در این حرفه، لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

^۱Carter-Snell

^۲Hegadoren

^۳Kinzl

^۴Deckard, Meterko and Field

^۵Job Stress Scale

^۶Davis, Robins and McKay

بر روی این مقیاس نیز بیانگر وجود یک عامل عمومی در مقیاس با ارزش ویژه‌ی ۰/۶۴ بود (۳۶).

پرسش‌نامه‌ی سلامت روانی (GHQ)^۴: این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ^۵ در سال ۱۹۷۲ تنظیم شده است که ۲۸ ماده دارد و دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. در این پرسش‌نامه نمره‌ی کمتر بیانگر سلامت عمومی بالاتر می‌باشد. نقطه‌ی برش برای کل پرسش‌نامه، نمره‌ی ۲۳ و برای هر خرده-مقیاس نمره‌ی ۶ می‌باشد که بالاتر از آن‌ها نشان‌دهنده‌ی مشکلات روان‌شناختی است. تقوی ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس در جامعه ایرانی ۰/۹۰ و روایی آن را ۰/۵۵ گزارش نموده است (۳۷).

مقیاس رضایت-نارضایتی شغلی (JSDS)^۶: این مقیاس بر پایه‌ی مقیاس رضایت-نارضایتی شغلی هزن^۷ و شیور^۸ ساخته شده است (۳۸) و توسط رحیمیان‌بوگر در ایران هنجاریابی شده است (۳۹). این پرسش‌نامه در یک مقیاس پنج گزینه‌ای پاسخ داده می‌شود. پایایی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس رضایت شغلی ۰/۸۲ و برای کل مقیاس ۰/۸۱ توسط رحیمیان‌بوگر گزارش شده است و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی دو هفته ۰/۸۴ به دست آمده است. اعتبار محتوایی و صوری این مقیاس با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پنج نفر از متخصصان روانشناسی مورد بررسی قرار گرفته و ضرایب همبستگی از ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ برای خرده‌مقیاس رضایت شغلی و از ۰/۷۵ تا ۰/۸۲ برای نارضایتی شغلی به دست آمده است (۳۹). در بررسی روایی همزمان این ابزار با شاخص توصیف شغل (JDI)^۹، در خرده‌مقیاس رضایت شغلی ضریب همبستگی ۰/۸۳ و در خرده‌مقیاس نارضایتی شغلی ضریب همبستگی ۰/۸۴ به دست آمده است (۳۱).

در این پژوهش فقط از خرده‌مقیاس رضایت شغلی استفاده شد. با هماهنگی و مراجعه به بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم

شویه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و برای پرسش‌نامه‌ی منابع تنش شغلی ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۱). در پژوهش حاضر فقط از پرسش‌نامه‌ی علایم تنش شغلی برای اندازه‌گیری میزان تنش شغلی استفاده شد.

پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای^۱: این پرسش‌نامه توسط بیلینگز^۲ و موس^۳ در سال ۱۹۸۱ برای بررسی نحوه‌ی پاسخگویی افراد به حوادث تنش‌زا ساخته شد که در ابتدا ۱۹ سؤال داشت و در تجدید نظر بعدی به ۳۲ سؤال افزایش یافت (۳۲). در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه‌ی ۳۲ ماده‌ای که حسینی قدمگاهی با اندکی دخل و تصرف مجدداً آن را تنظیم نموده است استفاده شد. این پرسش‌نامه ۵ نوع راهبرد مقابله‌ای را با مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای می‌سنجد: مقابله‌ی مبتنی بر حل مسئله، مقابله‌ی مبتنی بر مهار هیجانی، مقابله‌ی مبتنی بر ارزیابی شناختی، مقابله‌ی مبتنی بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات و مقابله‌ی مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی. حسینی قدمگاهی ضریب پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه را ۰/۷۹ به دست آورد. همچنین مقدار پایایی برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه در پژوهش وی عبارت بود از: $I=0/90$ برای مقابله‌ی مبتنی بر حل مسئله، $I=0/65$ برای مقابله‌ی مبتنی بر مهار هیجانی، $I=0/68$ برای مقابله‌ی مبتنی بر ارزیابی شناختی، $I=0/90$ برای مقابله‌ی مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات و $I=0/90$ برای مقابله‌ی مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی.

پرسش‌نامه‌ی تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RISC)^۳: این مقیاس توسط کونور و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شده و دارای ۲۵ گویه‌ی پنج گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) است که از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌ی بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده‌ی تاب‌آوری بالاتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه خوب برآورد شده است و افزایش نمره در این مقیاس در درمان، نشان‌دهنده‌ی بهبود کلی بیمار می‌باشد (۳۴). محمدی آن را برای استفاده در ایران انطباق داده و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ گزارش شده است (۳۵). نتایج آزمون تحلیل عامل

⁴General Health Questionnaire

⁵Goldberg

⁶Job Satisfaction Dissatisfaction Scale

⁷Hazan

⁸Shaver

⁹Job Descriptive Index

¹Coping Style Questionnaire

²Billings, Moos

³Conner-Davidson Resilience Scale

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین (انحراف استاندارد)
راهبردهای	حل مسئله (۱۰/۱۴) ۷/۰۷
مقابله با تنش	ارزیابی شناختی (۲/۵۹) ۹/۹۴
	جلب حمایت اجتماعی (۲/۰۵) ۵/۳۵
	مهار هیجانی (۳/۴۲) ۱۵/۲۰
	مهار جسمانی (۳/۳۴) ۴/۸۲
مولفه‌های	شکایت‌های جسمانی (۴/۶۰) ۷/۳۰
سلامت	افسردگی (۳/۴۴) ۳/۴۱
عمومی	بی‌خوابی و اضطراب (۴/۹۷) ۶/۷۵
	بدعملکردی اجتماعی (۲/۷۸) ۹/۳۲
	سلامت عمومی کلی (۳/۶۷) ۲۱/۶۹
	تاب‌آوری (۱۴/۶۰) ۶۷
	رضایت شغلی (۸/۳۰) ۲۲/۲۹
	تنش شغلی (۱۶/۴۱) ۳۰/۷۲

در مورد مولفه‌های سلامت عمومی، بیشترین میانگین مربوط به مولفه‌ی سوم یعنی بدعملکردی اجتماعی و کمترین میانگین مربوط به مولفه‌ی دوم یعنی افسردگی بود. میانگین وضعیت سلامت عمومی کلی نیز برابر با ۲۱/۶۹ و انحراف استاندارد آن برابر با ۳/۶۷ بود. بنا بر این اگر چه آزمودنی‌ها از نظر وضعیت سلامت عمومی کلی در محدوده‌ی بهنجار قرار دارند اما با توجه به میزان انحراف استاندارد در مرز ورود به محدوده‌ی نابهنجاری (نقطه‌ی برش ۲۳) هستند ضمن این‌که نمرات آزمودنی‌ها در سه مولفه‌ی شکایت‌های جسمانی، بدعملکردی اجتماعی و بی‌خوابی و اضطراب بیشتر از نقطه‌ی برش (نقطه‌ی برش ۶) است. لذا عملکرد اجتماعی تکنسین‌های بی‌هوشی ضعیف بوده، از بی‌خوابی و اضطراب و مسایل جسمانی رنج می‌برند. میزان افسردگی تکنسین‌های بی‌هوشی در محدوده‌ی طبیعی و مشابه سایر افراد جامعه می‌باشد. هم‌چنین بالای بودن میانگین نمرات تنش شغلی و پایین بودن میانگین نمرات رضایت شغلی در آزمودنی‌ها نشان‌دهنده‌ی سطح تنش شغلی بالا و رضایت شغلی پایین تکنسین‌های بی‌هوشی است. در جدول (۲) ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش با رضایت شغلی آورده شده است. این جدول نشان می‌دهد که بین راهبردهای ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی با رضایت شغلی رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد.

پزشکی تهران و ایران (سابق) ۱۲۰ نفر از تکنسین‌های بی‌هوشی شاغل در بخش اتاق عمل مورد ارزیابی قرار گرفتند. به این صورت که با مراجعه به بیمارستان‌های مورد نظر، پژوهشگران اهداف پژوهش همراه با رعایت محرمانه ماندن اطلاعات را به آزمودنی‌ها توضیح داده و با تشویق آن‌ها برای شرکت در طرح، پرسش‌نامه‌های ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، تنش شغلی، راهبردهای مقابله با تنش، تاب‌آوری، سلامت روانی و مقیاس رضایت-نارضایتی شغلی بین آن‌ها توزیع شد تا در حضور پژوهشگران آن‌ها را تکمیل نمایند. به جای اسم آزمودنی‌ها، به تمام پرسش‌نامه‌هایی که توسط یک آزمودنی تکمیل می‌شد یک کد داده شد. چنان‌چه سؤالاتی از پرسش‌نامه برای آزمودنی‌ها قابل فهم نبود پژوهشگران آماده‌ی پاسخگویی به آن‌ها بودند.

به هنگام جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها تمامی سؤالات بررسی می‌شد تا چنان‌چه آزمودنی سؤالی را جا انداخته و یا بی‌پاسخ گذاشته باشد بتواند به آن پاسخ دهد. به این ترتیب تمامی پرسش‌نامه‌ها در کمال صحت پر شده و داده‌های حاصل از آن‌ها برای تجزیه و تحلیل آماری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ شد. پس از توصیف آماری یافته‌ها (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و ...) به بررسی سهم هر یک از متغیرهای مستقل (تنش شغلی، راهبردهای مقابله با تنش، تاب‌آوری و سلامت روانی) در تبیین متغیر وابسته (رضایت شغلی) از طریق تحلیل رگرسیون چندگانه به صورت گام به گام پرداخته شد.

نتایج

تعداد کل آزمودنی‌ها ۱۲۰ نفر بود که ۳۸ نفر مرد و ۸۲ نفر زن بودند. ۷۱ نفر از آزمودنی‌ها مجرد و ۴۹ نفر متأهل بودند. میانگین سن آزمودنی‌ها ۲۷/۲۰ سال با انحراف استاندارد ۴/۶۲ و میانگین تحصیلات آزمودنی‌ها ۱۴/۴۳ کلاس با انحراف استاندارد ۰/۲۸ بود. میانگین سابقه‌ی شغلی آزمودنی‌ها ۳/۹۹ سال با انحراف استاندارد ۴/۰۷ بود. در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۲- ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش با رضایت شغلی

متغیرها	ضریب همبستگی
راهبردهای مقابله با استرس	حل مسئله $۰/۶۰^{**}$
	ارزیابی شناختی $۰/۲۳^{*}$
	جلب حمایت اجتماعی $۰/۲۸^{*}$
	مهار هیجانی $-۰/۱۴$
	مهار جسمانی $-۰/۴۹^{**}$
مولفه‌های سلامت عمومی	شکایت‌های جسمانی $-۰/۱۷$
	افسردگی $-۰/۰۸^{*}$
	بی‌خوابی و اضطراب $-۰/۱۶^{*}$
	بدعملکردی اجتماعی $-۰/۱۰^{**}$
	سلامت عمومی کلی $-۰/۱۵^{**}$
	تاب‌آوری $۰/۲۶^{*}$
	تنش شغلی $-۰/۶۷^{**}$

* ضریب همبستگی در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار است.

** ضریب همبستگی در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی‌دار است.

معنی‌دار نیست ($P > ۰/۰۵$). هم‌چنین بر اساس نتایج این جدول، بین بدعملکردی اجتماعی و فقدان سلامت عمومی کلی با رضایت شغلی رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). بین مولفه‌های شکایت‌های جسمانی، افسردگی و بی‌خوابی و اضطراب با رضایت شغلی رابطه‌ی معکوسی وجود داشت که در مورد مولفه‌های افسردگی و بی‌خوابی و اضطراب، این رابطه معنی‌دار است ($P < ۰/۰۵$). به عبارتی هر چه تکسین‌ها از نظر وضعیت سلامت روان‌شناختی وضعیت نامطلوب‌تری داشته باشند میزان رضایت شغلی آن‌ها نیز کمتر است. نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری و رضایت شغلی رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). به عبارتی هر چه تکسین‌ها تاب‌آوری بیشتری در مقابل فشارها و تنش‌های شغلی و روان‌شناختی داشته باشند میزان رضایت شغلی آن‌ها بیشتر است. هم‌چنین بین تنش شغلی و رضایت شغلی رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۱$) یعنی هر چه سطح تنش شغلی در تکسین‌های بی‌هوشی شاغل در اتاق عمل بیشتر باشد میزان رضایت آن‌ها از شغل خود کمتر می‌شود. در جدول (۳) نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی گام به گام برای بررسی میزان تاثیر هر یک از متغیرهای تنش شغلی، راهبردهای مقابله با تنش، تاب‌آوری و مولفه‌های سلامت روان بر رضایت شغلی آورده شده تا مشخص شود در مجموع کدام یک از این متغیرها بیشتر می‌توانند میزان رضایت شغلی را پیش‌بینی نمایند.

($P < ۰/۰۵$) یعنی هر چه تکسین‌های بی‌هوشی شاغل در اتاق عمل بیشتر از راهبردهای ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی در مقابله با تنش‌ها استفاده کنند میزان رضایت شغلی آن‌ها بیشتر می‌شود. هم‌چنین بین راهبردهای حل مسئله و مهار جسمانی با رضایت شغلی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). به عبارتی هر چه تکسین‌ها بیشتر از راهبرد مقابله‌ای حل مسئله و کمتر از راهبرد مقابله‌ای مهار جسمانی استفاده کنند، رضایت شغلی آن‌ها بیشتر می‌شود. بین راهبرد مهار هیجانی و رضایت شغلی ارتباط منفی وجود داشت که

جدول ۳- اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون رضایت شغلی براساس متغیرهای تنش شغلی، راهبردهای مقابله

با تنش، تاب‌آوری و مولفه‌های سلامت روان تکسین‌های بی‌هوشی

متغیرهای پیش‌بین	ضریب B	ضریب beta	نسبت t	P	ضریب تعیین	خطای استاندارد اندازه‌گیری
تنش شغلی	-۱/۳۱	-۰/۲۴	-۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۳۰
حل مسئله	۲/۷۸	۰/۳۰	۴/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۴۲

اتاق عمل باعث افزایش رضایت شغلی آن‌ها می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که رضایت شغلی تکسین‌های بی‌هوشی پایین و میزان تنش شغلی آن‌ها بالا است. هم‌چنین، آزمودنی‌ها از نظر وضعیت سلامت عمومی کلی در مرز ورود به محدوده‌ی نابهنجاری می‌باشند ضمن این‌که عملکرد

بر اساس این نتایج، تنش شغلی و راهبرد مقابله‌ای حل مسئله می‌توانند در مجموع $۰/۵۳$ و به ترتیب ۳۸ و ۱۵ درصد واریانس مربوط به رضایت شغلی $R^2 = ۰/۳۸$ برای راهبرد حل مسئله و $R^2 = ۰/۱۵$ برای راهبرد مهار جسمانی) را به طور معنی‌داری تبیین کنند ($P < ۰/۰۱$) یعنی کاهش تنش شغلی و افزایش استفاده از راهبرد حل مسئله در تکسین‌های بی‌هوشی شاغل در

دارد که یافته‌های پژوهش حاضر تا حدی آن‌ها را تایید می‌نماید. بخشایی نشان داد که بین باورهای کارآمدی جمعی و باورهای خودکارآمدی معلمان با فرسودگی شغلی رابطه‌ی منفی و معنی‌داری وجود دارد که با آن چه که در پژوهش حاضر در مورد ارتباط بین تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای موثر (ارزیابی شناختی، جلب حمایت اجتماعی و حل مسئله) با رضایت شغلی به دست آمد همخوان می‌باشد و نشان می‌دهد که افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند و از ارزیابی شناختی و رویکرد حل مسئله (تقریباً مشابه خودکارآمدی فردی) و جلب حمایت اجتماعی (تقریباً مشابه خودکارآمدی جمعی) در مواجهه با تنش‌ها بهره می‌جویند می‌توانند تنش‌ها را به نحو موثر مدیریت نموده و رضایت شغلی بالاتری داشته باشند (۱۳). هم‌چنین کینزل و همکاران، دکارد و همکاران و برگمن و همکاران نشان دادند که امکانات پایین برای کنترل کار رضایت شغلی را پایین می‌آورد و خطر فرسودگی شغلی را افزایش می‌دهد که نشان دهنده‌ی اهمیت بالای شرایط کاری بر سلامت روانی و تأییدکننده‌ی یافته‌های پژوهش حاضر است (۲۹-۲۷). به علاوه، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که قابل انعطاف بودن ساعات کاری و داشتن اوقات فراغت بیشتر گامی مهم در جهت افزایش کیفیت زندگی خود، دوستان و خانواده است (۲۷) و سیاست‌هایی که شرایط محیط کار را ارتقا می‌دهند تأثیرات مثبتی بر وضعیت روان‌شناختی کارکنان دارند (۱۰).

بنا بر این نتایج پژوهش حاضر همسو با سایر مطالعاتی که به بررسی رضایت شغلی و عوامل موثر بر آن در کارکنان پرداخته‌اند نشان می‌دهد که تکنسین‌های بی‌هوشی شاغل در اتاق عمل از تنش‌های شغلی و مشکلات روان‌شناختی زیادی رنج می‌برند و به خاطر عدم استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مطلوب و عوامل افزایش‌دهنده‌ی تاب‌آوری رضایت شغلی آن‌ها نیز کم می‌شود. از آن جا که رضایت شغلی لازمه‌ی حفظ و دوام عملکرد اجتماعی و شغلی کارکنان یک سازمان است و تامین آن وظیفه‌ی اصلی مسئولان می‌باشد، یافته‌های این تحقیق می‌تواند برای مسئولان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای شناسایی عوامل تأثیرگذار بر روی رضایت شغلی کارکنان و در نتیجه بررسی راهکارهایی در

اجتماعی تکنسین‌های بی‌هوشی ضعیف بوده، از بی‌خوابی و اضطراب و مسایل جسمانی رنج می‌برند. به علاوه نتایج نشان داد که بین تنش شغلی، راهبرد مقابله‌ای مهار جسمانی، فقدان سلامت عمومی کلی و مولفه‌های بدعملکردی اجتماعی، افسردگی و بی‌خوابی و اضطراب با رضایت شغلی رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار و بین تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای ارزیابی شناختی، جلب حمایت اجتماعی و حل مسئله با رضایت شغلی رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که تنش شغلی و راهبرد مقابله‌ای حل مسئله می‌توانند رضایت شغلی را به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی کنند. بنا بر این کاهش تنش شغلی و افزایش استفاده از راهبرد حل مسئله باعث افزایش رضایت شغلی تکنسین‌های بی‌هوشی خواهد شد.

نتایج پژوهش حاضر با برخی پژوهش‌ها که تنش‌های شغلی فراوان و در نتیجه رضایت شغلی پایین را در تکنسین‌های بی‌هوشی نشان داده‌اند همخوان می‌باشد. همان‌طور که در این پژوهش‌ها مطرح شده است تکنسین‌های هوشبری درگیر تنش‌های زیاد از جمله موقعیت‌های بحرانی و اورژانسی، مواجهه با بیماری‌های شدید، مرگ بیماران، کار کردن با وسایل بی‌هوشی پیچیده و پیشرفته (۱۷)، ساعات کار طولانی، کشیک‌های شبانه، حالت آماده باش برای اعمال جراحی اورژانس تمرکز و دقت کاری بالا، فشار و بار زیاد کاری، آسیب‌پذیری اقتصادی (۲۱-۱۸)، تنش‌های بین‌فردی در تقابل با اعضای گروه جراحی (۲۶، ۲۲) و قرار گرفتن در معرض بخار مواد شیمیایی، پرتوهای یونیزان، عوامل عفونی و حساسیت به لاتکس (۲۴-۲۲) هستند.

نتایج این پژوهش هم‌چنین با نتایج پژوهش کارتر-اسنل و هگادورن که شیوع بیشتر اختلالات مرتبط با تنش را در پرسنل هوشبری گزارش کرده‌اند همخوان است (۲۵). در تحقیقات مختلف (۱۴، ۱۲-۶۸) مشخص شده است که همبستگی بالایی بین کیفیت زندگی پایین و اختلالات روانی مشاهده شده در کارکنان از جمله افسردگی، اضطراب، تنش، شکایت‌های جسمی و عملکرد اجتماعی نامطلوب با حمایت شغلی پایین، شرایط نامساعد شغلی، سختی کار و عدم امنیت شغلی وجود

پایین تر تنش و منبع کنترل درونی مرتبطاند (۴۰). اجرای طرح پژوهش بر روی کارکنان بیمارستان‌های دولتی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که با انجام تحقیقات گسترده‌تر هم بر روی کارکنان بیمارستان‌های دولتی و هم بر روی کارکنان بیمارستان‌های خصوصی قابل رفع است. پیشنهاد می‌شود در قالب طرح‌های آزمایشی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ای موثر و مدیریت تنش در کاهش تنش شغلی و افزایش رضایت شغلی تکنسین‌های بی‌هوشی مورد بررسی قرار گیرد.

جهت بهبود آن‌ها کمک‌کننده باشد. به نظر می‌رسد بر اساس نتایج حاصل از رگرسیون و همگام با سایر تحقیقات، کاهش تنش شغلی (از طریق بهبود عوامل موثر بر آن) و آموزش استفاده از راهبرد حل مسئله باعث افزایش رضایت شغلی تکنسین‌های بی‌هوشی شود زیرا افرادی که از راهبردهای مقابله‌ای موثر برای مقابله با تنش استفاده می‌کنند نسبت به کسانی که هیجان‌مداران به مشکلات مواجه می‌شوند و تاب‌آوری پایینی دارند آسیب‌پذیری کمتری در برابر فشارهای روانی دارند. پژوهش‌ها نشان داده است که راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و شناختی با اضطراب‌های موقعیتی، سطوح

References

1. Carlyle D, Woods P. The emotions of teacher stress. Trentham books. Castle K. Autonomy through pedagogical research. Teaching Teacher Educ 2002; 22(8): 1094-103.
2. Thong JYL, Yap C. Information systems and occupational stress: A theoretical framework. Omega 2000; 28(6): 681-92.
3. Clarkson GP, Hodgkinson GP. What can occupational stress diaries achieve that questionnaires can't? Pers Rev 2007; 36(5): 684-700.
4. Raitano RE, Kleiner BH. Stress management: Stressors diagnosis, and preventative measures. Manag Res News 2004; 27: 32-8.
5. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care doctors. Br J Anaesthesia 2002; 89: 873-81.
6. Kojima M, Senda Y, Hayashi H, Tokudome S. [An example of psychometric validation of a mental health questionnaire used at a work place]. Sangyo Eiseigaku Zasshi 2002; 44(6): 236-41. (Japanese)
7. Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. Can Fam Physician 2001; 47: 737-44.
8. Edimansyah BA, Rusli BN, Naing L, Mohamed BA, Winn T, Tengku BR. Self-perceived depression, anxiety, stress and their relationships with psychosocial job factors in male automotive assembly workers. Ind Health 2008; 46(1): 90-100.
9. Rusli BN, Edimansyah BA, Naing L. Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modeling approach. BMC Public Health 2008; 8(1): 48.
10. Wang JL, Lesage A, Schmitz N, Drapeau A. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: Findings from a population-based study. J Epidemiol Community Health 2008; 62(1): 42-7.
11. Poole CJ, Basheer S. A cluster of occupational mental illness in an NHS trust. Clin Med 2007; 7(4): 362-4.
12. Goorabi Kh, Shareh H, Behpajooch A, Keihani M. [Investigating of mental health, depression and anxiety in personnel of National Iranian Oil Company]. Research Project. Tehran: Shahd Institution, 2008: 105-305. (Persian)
13. Bakhshaei, F. [Relationship between collective and self efficacy beliefs with job burnout in Kerman]. MA. Dissertation. Tehran: Tehran University, College of psychology and education sciences, 2008: 92-101. (Persian)
14. Park KO. Social support for stress prevention in hospital settings. J R Soc Health 2007; 127(6): 260-4.
15. Cooper J, Newbower RS, Kits RJ. An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: Considerations for prevention and detection. Anesthesiology 1984; 60: 34-42.

16. Weinger MB, Englund CE. Ergonomic and human factors affecting anesthetic vigilance and monitoring performance in the operating room environment. *Anesthesiology* 1990; 73: 995-1021.
17. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987-93.
18. Simpson LA, Grant L. Sources and magnitude of job stress among physicians. *J Organ Behav* 1991; 14: 27-42.
19. Gaba M, Howard S, Jump B. Production pressure in the work environment. *Anesthesiology* 1994; 81: 488-500.
20. Jackson S. The role of stress in anesthesiologists' health and well-being. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999; 43: 583-602.
21. Kain ZN, Chan KM, Katz JD, Nigam A, Fleisher L, Rosenfeld LE. Anesthesiologists and acute perioperative stress: A cohort study. *Anaesth Analg* 2002; 95: 177-83.
22. Center for Disease Control. Update: Universal precaution for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other blood borne pathogens in health-care setting. *MMWR CDC Surveill Summ* 1988; 37: 377-88.
23. Buegler JM, Kim R, Thisted RA, Cohn SJ, Lichor JL, Roizen MF. Risk of human immunodeficiency virus in surgeons, anesthesiologists, and medical students. *Anesth Analg* 1992; 75: 118-24.
24. Stoelting RK, Miller RD. *Basics of anesthesia*. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2007: 35-154.
25. Carter-Snell C, Hegadoren K. Stress disorders and gender: Implications for theory and research. *Can J Nurs Res* 2003; 35: 34-55.
26. Kivimaki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S, et al. Sick leave in hospital physicians: 2 year follow up on determinants. *J Occup Environ Med* 2001; 58(6): 361-6.
27. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, Riccabona U, Lederer W. Work stress and gender-dependent coping strategies in anesthesiologists at a university hospital. *J Clin Anesthesia* 2007; 19: 334-8.
28. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: An examination of personal, professional, and organizational relationships. *Med Care* 1994; 32: 745-54.
29. Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. *J Psychosom Res* 2003; 54: 171-8.
30. Sotoudeh A. [Standardization, validity and reliability of job stress scale and its resources in personnel of city of Isfahan]. MA. Dissertation. Isfahan: Isfahan University, College of psychology and education sciences, 2000: 98-112. (Persian)
31. Rahimian Bougar E, Nouri A, Oreyzi HR, Moulavi H, Foroughi Mobarakeh AAR. [Relationship between adult attachment styles with job satisfaction and job stress in nurses]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2007; 13(2): 148-57. (Persian)
32. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J Behav Med* 1981; 4: 139-57.
33. Hosseini Ghadamgahi J. [Investigation of association of stress, coping strategies and quality of relationship with coronary heart disease]. MA. Dissertation. Tehran: Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, 1997: 101-2. (Persian)
34. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
35. Mohammadi M. [Investigating of impressive factors in resilience of individuals at risk of substance abuse]. Ph.D. Dissertation. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences, College of psychology and education sciences, 2005: 79-83. (Persian)
36. Samani S, Joukar B, Sahragard N. [Effects of resilience on mental health and life satisfaction]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2007; 13(3): 290-5. (Persian)
37. Taghavi M. [Investigating reliability and validity of general health questionnaire]. *Journal of psychology* 2001; 20: 381-98. (Persian)
38. Hazan C, Shaver P. Love and work: An attachment theoretical perspective. *J Pers Soc Psychol* 1990; 59: 270-80.
39. Rahimian Bougar E. [An investigation of the relationship between job satisfaction, job stress, work orientation and work involvement with adult attachment styles on state hospitals nurses in Isfahan]. MA. Dissertation. Isfahan: Isfahan University, College of psychology and education sciences, 2004: 91-2. (Persian)
40. Shareh H, Asgharnezhadfarid AA, Yazdandoost RY, Tabatabaie SM. [Study of relation between the risk of runaway girls and emotional intelligence in Mashhad]. *Journal of social welfare* 2006; 21(5): 225-43. (Persian)