



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

انسجام گروهی و تعهد سازمانی: عوامل محافظ برای رضایت شغلی ساکنان

پرستار^۱، خستگی ناشی از شفقت، رضایت ناشی از شفقت، و فرسودگی شغلی

استرس می تواند اثرات مضر بر روی سطوح رضایت شغلی، شفقت، خستگی، و فرسودگی شغلی ساکنان پرستاران داشته باشد. این امر می تواند به نرخ های ترک شغل بالا و کیفیت پایین مراقبت پرستاران تازه کار منجر شود. بنابراین، شناسایی عوامل محافظ برای جلوگیری از شروع پیامدهای منفی پرستار (خستگی ناشی از شفقت، فرسودگی شغلی، و نارضایتی شغلی) و ترویج نتایج مثبت پرستار (رضایت شغلی، رضایت ناشی از شفقت) بسیار مهم است. هدف این مطالعه تعیین این مورد است که آیا عواملی مانند انسجام گروهی و تعهد سازمانی، نقش حفاظتی و تعدیل کننده ارتباط بین مواجهه با استرس و علائم استرس پس از سانحه و دیگر نتایج منفی پرستار، و در نتیجه تسهیل کننده نتایج مثبت را خواهند داشت یا خیر. یافته ها نشان داد که انسجام گروهی در تعدیل اثرات منفی مواجهه با استرس در حال حاضر و علائم استرس پس از سانحه روی نتایج منفی پرستاری، به طور خاص در افزایش خستگی ناشی از شفقت و فرسودگی شغلی و کاهش رضایت ناشی از شفقت موثر بود. علاوه بر این، مشخص شد که تعهد سازمانی، نتایج مثبت پرستاری مانند رضایت شغلی و رضایت ناشی از شفقت را ارتقا می بخشد. یافته های این مطالعه امیدوار کننده است، زیرا حفظ پرستاران با کیفیت یک مشکل مهم برای بیمارستان هاست. مدیران پرستاری و مدیران بیمارستان باید از مزایای انسجام گروهی و تعهد سازمانی آگاه باشند و برای ایجاد ارتقاء این عوامل به عنوان یک اولویت تلاش نمایند. (کلمات کلیدی: پرستاران؛ استرس؛ استرس پس از سانحه؛ فرسودگی شغلی، خستگی، رضایت)

پرستاران غالباً با شرایط کاری بسیار استرس زا و عاطفی، مانند بیماری شدید و یا مرگ یک بیمار مواجه می شوند. علاوه بر این، پرستاران اغلب برای ارائه کیفیت مراقبت از بیمار در برابر حجم کار قریب به اتفاق درگیر هستند (Emery, ۱۹۹۳). در محیط های مراقبت های ویژه، میزان ترک شغل بالای کارکنان به طور کلی به استرس و

^۱ساکنان پرستار: برنامه ای حمایتی برای انتقال پرستاران از محیط دانشگاهی به محیط عملی

شیوع سطح بالایی از فرسودگی شغلی (Davidson و Oehler، ۱۹۹۲) نسبت داده می شود. علاوه بر این، سطوح استرس به طور معکوس با رضایت شغلی در پرستاران (McGowan، ۲۰۰۱) مرتبط هستند و گزارش شده است که پرستاران با قصد ترک نسبت به پرستاران بدون این مقصد، رضایت کمتری از شغل خود دارند (DiMattio، Roe-Prior, & Carpenter، ۲۰۱۰). به طور کلی، مواجهه مداوم با تجارب استرس زا و خواسته های بالا از یک کار پرستاری، جذب و حفظ کارکنان با تجربه پرستاری برای بیمارستان ها را دشوار می سازد. این الگو به ویژه برای پرستاران تازه کار صحت دارد، زیرا استرس شغلی پرستاران به طور معکوس با سن، سال های کار به عنوان یک پرستار، و سال های کار در یک سازمان (Ernst, Messmer, Franco, & Gonzalez، ۲۰۰۴) مرتبط است. به همین ترتیب، در میان پرستاران انکولوژی اطفال، پرستاران تازه استخدام شه، واکنش های مقابله تطبیقی کمتر از پرستاران مجرب را نشان دادند و غالباً با استعفا، به موقعیت های استرس زا پاسخ می دهند (Hinds به همکاران، ۱۹۹۴).

پرستاران با استرس های روزانه مواجه می شوند که آنها را در معرض خطر تجربه خستگی ناشی از شفقت (CF) قرار می دهد که همچنین به عنوان اختلال استرس پس از سانحه ثانویه (STSD) شناخته شده است. این مقوله، اثرات روانی تجربه یک آسیب روحی نیابتی از طریق تعامل با یک فرد آسیب دیده را توصیف می کند (Gates&Gillespie، ۲۰۰۸). مشابه با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، CF / STSD را می توان با علائم تجربه دوباره، اجتناب و برانگیختگی فیزیولوژیک ناشی از رویداد آسیب زا مشخص نمود. انواع علائم منفی شناختی، عاطفی، جسمی و رفتاری مانند اضطراب، مشکل در تمرکز، تهوع و مشکلات خواب نیز می توانند از ویژگی های CF / STSD باشند. در میان پرستاران، استرس پس از سانحه ثانویه یک مشکل شایع در انواع مختلف از محیط هاست. یک مطالعه از پرستاران اورژانس مشخص نمود که ۸۵ درصد، حداقل یک نشانه از CF / STSD را گزارش نمودند. علاوه بر این، ۳۳ درصد از پرستاران اورژانس، تمام معیارها برای CF / STSD را برآورده کردند، در حالی که تنها ۱۵ درصد، هیچ کدام (Dominguez-Gomez & Rutledge، ۲۰۰۹) را برآورده نکردند. یک مطالعه جداگانه از پرستاران اورژانسی نشان داد که نزدیک به ۸۶ درصد دارای سطوح متوسط تا بالا از CF / STSD هستند

(Hooper, Craig, Wetsel Janvrin, و Reimels, 2010). به طور کلی، یک بررسی سیستماتیک از هفت مطالعه بررسی کننده CF / STSD در پرستاران نشان داد که CF / STSD در تمام مطالعات گزارش شد که شامل طیف پزشکی قانونی، بخش اورژانس، سرطان، کودکان، و پرستاران آسایشگاه (Beck, 2011) می شود. باید توجه داشت که سابقه آسیب روحی از پیش موجود و استفاده از سبک های مقابله ناسازگارانه، به عنوان عوامل خطر رشد CF / STSD (Figley, 1995) مشخص شده است. بنابراین، اگر چه اکثر تحقیقات روی استرس در پرستاران تنها بر استرس به دست آمده در حین کار تمرکز دارد، تحقیقات آینده در پرستاران باید دامنه خود را به کاوش در نحوه تاثیر سابقه آسیب روحی موجود بر شروع CF / STSD گسترش دهد.

پرستاران در معرض خطر فرسودگی شغلی نیز قرار می گیرند، که به عنوان فرایندی تعریف می شود که در آن رفتارها و نگرش در مورد کار خودشان در پاسخ به فشار شغلی (Leiter, Harvie, و Frizzel, 1998) منفی می شود. احساسات رایج در ارتباط با فرسودگی شغلی شامل سرخوردگی، ناتوانی، و ناتوانی در رسیدن به اهداف کار (ظرفیتی، 2002) می شود. مطالعات متعددی، CF / STSD را به فرسودگی شغلی به ویژه در پرستاران و دانشجویان پرستاری (Braithwaite, 2008) مرتبط دانسته اند. علاوه بر این، فرسودگی شغلی به شدت به نارضایتی شغلی (Bragg, Messmer, و Williams, 2011؛ Piko, 2006) مربوط می شود و مشخص شده است که به قصد استعفا (Ohue, Moriyama, و Nakaya, 2011)، و همچنین خلق و خوی افسرده (RUDMAN) و (Gustavsson, 2011) نیز مرتبط می شود. یک مطالعه از پرستاران در شانگهای نشان داد که پرستاران، به ویژه کسانی که در محیط های بزرگ بیمارستانی کار می کنند، از سطح بالایی از فرسودگی شغلی رنج می برند که به شدت با استرس ناشی از کار (Xie, Wang, و Chen, 2011) مرتبط بود. Hooper و همکاران (2010) در مطالعه خود از پرستاران اورژانس دریافتند که 82٪ دارای سطح متوسط تا بالایی از فرسودگی شغلی هستند.

به طور کلی، همواره نشان داده شده است که مواجهه مداوم با استرس و تجربیات به طور بالقوه آسیب زای ذاتی در حرفه پرستاری، به شروع پیامدهای منفی پرستاری مانند کاهش رضایت شغلی، CF / STSD، و فرسودگی شغلی کمک می کند. این مورد بسیار مرتبط با گزارشات داده شده از نرخ ترک شغل بالا در پرستاران (Halfer و Graf,

۲۰۰۶) است، به خصوص در زمانی که یک گروه بزرگ از پرستاران نزدیک بازنشستگی هستند (Laschinger, 2012). بسیاری از آنها نگرانی هایی را بیان کردند که موجب ترک حرفه به دلیل شرایط کاری منفی (Scott, Keehner Engelke, & Swanson, ۲۰۰۸) برای پرستاران جدید می شود که به دلیل هزینه های جایگزینی یک پرستار فارغ التحصیل جدید، از لحاظ بهره وری مالی و سازمانی (Lindsey & Kleiner, ۲۰۰۵) یک نگرانی جدی است. ترک شغل، نه تنها بر آن فرد بلکه به طور منفی بر پرستاران باقی مانده تاثیر می گذارد. یک مطالعه توسط Bae, Mark, and Fried (۲۰۱۰) مشخص نمود که واحد پرستاری با سطوح متوسط ترک شغل، در مقایسه با کسانی که ترک شغل نداشتند، به احتمال زیاد دارای سطوح پایین تری از یادگیری گروه کاری بوده اند که به عنوان توانایی برای یادگیری به صورت جداگانه و سپس به اشتراک گذاشتن تجارب یادگیری شخصی با دیگران تعریف می شود. بنابراین، تعیین روشی برای محافظت از پرستاران جدید از این پیامدهای منفی و به جای آن، ترویج نتایج مثبت برای جذب و حفظ کارکنان پرستاری حیاتی است.

با وجود مواجهه پرستاران با حالات کار استرس زا، پرستاران می توانند رضایت عمیق و ستایش واقعی کار را با بیمارانی که نیاز به کمک دارند بیابند. این مقوله به عنوان رضایت ناشی از دلسوزی و یا رضایت فرد از نقش خود به عنوان یک پرستار حرفه ای (Stamm, ۲۰۰۲) شناخته شده است. رضایت ناشی از شفقت به عنوان یک عامل مهم در پیش بینی مراقبت پرستار (Burtson و Stichler, 2010) شناخته شده است. از طریق مطالعات کیفی قبلی، رضایت ناشی از شفقت به عنوان پیش بینی کننده قوی از رضایت بیمار (Larrabee و همکاران, ۲۰۰۴) و یک عامل انگیزشی که بر استخدام و حفظ (Graber و Mitcham, ۲۰۰۴) اثر دارد شناسایی شده است.

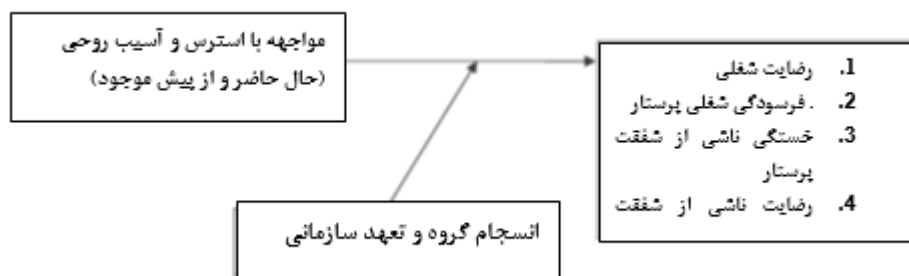
تعهد سازمانی و انسجام گروهی می توانند عوامل محافظتی مهم برای هدف قرار دادن ترویج نتایج مثبت پرستاری و جلوگیری از فرسودگی شغلی و CF / STSD باشند. مطالعات اخیر نشان داده اند که جو سازمانی و تعهد سازمانی به طور منفی با قصد مربوط به ترک (LIU و Chang, ۲۰۱۰)، و همچنین به صورت مثبت با قصد مربوط به ماندن مرتبط است (Kim و Huang, ۲۰۱۱). Fang (۲۰۰۱) دریافت که تعهد سازمانی یک پیش بینی کننده حتی قوی تر در رضایت شغلی، نسبت به قصد ترک شغل (Fang, ۲۰۰۱) است. همچنین مشخص شده است که تعهد سازمانی

با رضایت شغلی، به طور خاص در پرستاری ارتباط دارد (Ulrich, Krozek, Early, Africa, & Carman, ۲۰۱۰). تحقیقات همچنین مشخص کرده اند که انسجام گروهی کار برای پرستاران هم از نظر عملکرد شغلی آنها و رضایت خود سازمان مفید است. مشخص شد که انسجام گروه کار دارای اثرات مثبت بر رضایت بیمار است، و یادگیری گروهی کار موجب کاهش تعداد تکرار اشتباهات طبی شدیدی می شود (Bae و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین مشخص شد که انسجام گروه کار، یک شاخص مهم رضایت شغلی در پرستاران (Kovner, Brewer, Ying, و Djukic, 2007, Larrabee و همکاران، ۲۰۱۰) و قصد پرستاران برای ماندن در کار است (Tourangeau و Cranley, 2006). علاوه بر این، یک مطالعه انجام شده توسط (McDonald, Tullai-McGuinness, و Madigan و Shively (۲۰۱۰) نشان داد که پرستاران درگیر در فعالیتهای تقسیم قدرت، فعالیتهای ترویج دهنده یک محیط همکاری متقابل، مانند نظارت، ارزش نهادن به مشارکت کارکنان، به اشتراک گذاری اطلاعات، و کاهش کارکنان استرس پرستار حضور رهبر، تعهد بیشتری را نسبت به سازمان خود نشان می دهند و رضایت شغلی بیشتری داشتند (McDonald و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین، ایجاد یک محیط کار منسجم عامل مهم دیگر برای ترویج رضایت شغلی و قصد ماندن است.

در حالی که این مطالعات، کشف روابط پیچیده بین تعهد سازمانی و انسجام گروهی بر نتایج پرستاران را آغاز کرده اند، تحقیقات بیشتر باید برای تعیین اینکه چگونه این عوامل به طور مستقیم به سطح رضایت شغلی، فرسودگی شغلی، رضایت ناشی از شفقت و CF / STSD پرستاران مربوط می شوند، انجام شود. همانطور که نوشته های قبلی تعیین کرده اند که استرس اثر منفی بر نتایج پرستار مانند تاثیرات بر روی کاهش رضایت شغلی، افزایش فرسودگی شغلی، و افزایش CF / STSD دارد، تعیین راه هایی برای جلوگیری از بروز این نتایج منفی نیز مهم است. هیچ مطالعه ای تا به امروز بررسی نکرده است که آیا این عوامل به طور مستقیم می توانند پرستاران را از تنش و شروع نتایج منفی محافظت نمایند و در عین حال نتایج مثبت پرستاری را ترویج دهند یا خیر.

چارچوب نظری

بر اساس نوشته های نشاندهنده ارتباطات بین تعهد سازمانی و انسجام گروهی با تعدادی از نتایج مثبت پرستاری، این مطالعه به بررسی روابط بین ادراکات ساکنان پرستاران از سطوح آنها از انسجام گروهی و تعهد سازمانی و سطح رضایت شغلی، فرسودگی شغلی، CF / STSD و رضایت ناشی از شفقت آنها پرداخته است. به طور خاص، این مطالعه با هدف تعیین این مورد انجام شده است که آیا انسجام گروه و تعهد سازمانی می توانند به عنوان عوامل محافظتی در برابر اثر منفی موجود مواجهه با استرس و علائم PTSD (مواجهه با استرس و علائم PTSD تجربه شده قبل از شروع کار آنها به عنوان یک پرستار) و مواجهه با استرس در حال حاضر و علائم PTSD بر نتایج منفی پرستاری (یعنی، نارضایتی شغلی، فرسودگی شغلی و رضایت ناشی از شفقت) (مواجهه با استرس و علائم PTSD تجربه شده در طول ۳ ماه اول در کنار تجربه) به کار گرفته شوند یا خیر. علاوه بر این، این مطالعه به دنبال تعیین این مورد است که آیا انسجام گروه و تعهد سازمانی موجب ارتقای نتایج مثبت پرستاری (به عنوان مثال، رضایت ناشی از شفقت و رضایت شغلی) می شوند یا خیر. فرض شد که هر دوی تعهد سازمانی و انسجام گروه به عنوان عوامل محافظ به کار گرفته می شوند و موجب کاهش شروع نتایج منفی پرستاری می شوند و در عین حال نتایج مثبت پرستاری را ترویج می دهند (برای یک نمایش گرافیکی از مدل نظری، شکل ۱ را ببینید). در نهایت، نتایج حاصل از این مطالعه می تواند به توسعه برنامه های پرداختن به سلامت روانی و حفظ پرستاران جدید ورودی به نیروی کار کمک کند.



شکل ۱. مدل نظری

شرکت کنندگان

همه پرستاران ورودی به برنامه Versant RN Residency در بیمارستان کودکان لس آنجلس برای شرکت در این مطالعه در نظر گرفته شدند. بیمارستان کودکان لس آنجلس یک بیمارستان کودک بزرگ شهری است که به یک جامعه متنوع خدمت می کند. برنامه Versant RN Residency در بیمارستان کودکان لس آنجلس یک برنامه ۲۲- هفته را فراهم می کند که فارغ التحصیلان دانشکده پرستاری جدید، که دارای مجوز هستند و کمتر از ۱ سال تجربه قبلی پرستاری با تجربه بالینی و آموزش جامع دارند، برای کار در یک محیط مراقبت های حاد آماده سازی می شوند. این برنامه شامل تعلیم خاص- کودکان، آزمایشگاه های مهارت، و تجارب بالینی با مربی می شود یک مولفه نظارتی که بر توسعه حرفه ای تمرکز دارد، و یک برنامه گزارش گیری که از پرستار جدید در این تحول بزرگ پشتیبانی می کند.

یک نمونه از ۲۵۱ نفر (۲۳۱ زن و ۲۰ مرد) از ۲۶۱ پرستاران ممکن (۹۶٪ مشارکت) در سراسر شش کلاس ورودی (دو کلاس در هر سال، به طور متوسط ۴۴ ساکنان پرستار در هر کلاس) از سپتامبر ۲۰۰۷ تا مارس ۲۰۱۰ انتخاب شدند. هفتاد و شش نفر (۳۰،۳٪) قفقازی / سفید، ۴۸ (۱۹،۱٪) آسیایی، ۲۶ (۱۰،۴٪) لاتین، ۶ (۲،۴٪) سیاه آفریقایی / آمریکایی، ۲ (۰،۸٪) بیش از یک نژاد، ۱ بومی جزایر اقیانوس آرام هاوایی یا دیگر، ۱ دارای قومیت خود بودند و ۹۰ (۳۵،۹ درصد) به این سوال پاسخ ندادند. هیچ شرکت کننده ای به صراحت تمایل به رها کردن مطالعه را اعلام نکرد؛ با این حال، با توجه به عدم حضور در طول جمع آوری داده ها و یا استعفا از برنامه، ۱۹ شرکت کننده دارای داده های از دست رفته در دفعه ۲ بودند. در مجموع، چهار تن از ساکنان از برنامه فارغ التحصیل نشدند، یک نفر با توجه به دیگر تعهدات، دو نفر به دلیل جابجایی، و یکی به دلیل تمایل به کار در یک محیط کمتر حاد پزشکی استعفا دادند.

روش اجرایی

ساکنان پرستار به شرکت در مطالعه در طول ماه اول برنامه اقامت پرستار خود (T1) روی آوردند. آنها برای مطالعه در یکی از روزهای جهت گیری خود در محیط کلاس درس روی آوردند. در طول این زمان، به آنها یک ارائه کوتاه توسط محقق اصلی و دستیار تحقیق با توجه به مطالعه داده شد. به آنها اطمینان داده شد که مشارکت در این مطالعه کاملاً داوطلبانه است و اگر آنها تصمیم به عدم شرکت داشته باشند، آموزش آنها را تحت تاثیر قرار نمی دهد. رضایت آگاهانه از تمام شرکت کنندگان اخذ شد. پس از رضایت برای مطالعه، از ساکنان پرستار خواسته شد تا پرسشنامه خود-گزارش را با مداد و کاغذ پر کنند که زمانی حدود ۱۵-۲۰ دقیقه طول کشید. در صورت عدم تمایل، ساکنان پرستار مجاز به انصراف از مشارکت بودند. چک لیست رویدادهای زندگی (LEC)، که یک معیار است، برای تعیین مواجهه قبلی با حوادث استرس زا و به طور بالقوه آسیب زای زندگی (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, ۲۰۰۴) اجرا شد. اگر ساکنان پرستار، تجربه یک یا چند وقایع استرس زای زندگی را گزارش می کرد، آنگاه تکمیل فهرست نسخه غیر نظامی PTSD (PCL-C) با تمرکز بر علائم PTSD که آنها نسبت به ماه گذشته با توجه به اتفاق استرس زا تجربه کرده بودند و بزرگترین تاثیر بر روی آنها را داشت (Weathers, Litz, Huska, & Keane, 1991; Ruggiero, Del Ben, Scotti, و Rabalais, 2003) به آنها آموزش داده شد. اگر آنها هیچ رویداد استرس زایی در زندگی تجربه نکرده بودند، تکمیل PCL-C به آنها آموزش داده نشد.

پس از ۳ ماه سابقه کنار تخت (بالینی) (T2)، از ساکنان پرستار خواسته شد تا معیارهای LEC و PCL-C را برای تعیین میزان مواجهه خود با وقایع استرس زا و تعیین وجود علائم PTSD در طول اولیه ۳ ماه خود پرستاری کنار تخت تکرار نمایند. علاوه بر این، از ساکنان پرستار خواسته شد تا رضایت ناشی از شفقت و آزمون خستگی (CSF)، که یک معیار به خوبی معتبر شده برای تعیین سطوح رضایت ناشی از شفقت آنهاست، علائم استرس پس از سانحه CF / ثانویه (STS)، و فرسودگی بعد از اتمام ۳ ماه اول تجربه بالین را تکمیل نمایند. برای وضوح، مطالعه حاضر، علائم CF و STSD را به عنوان CF / STS می نامد. این بررسی ها دوباره در محیط کلاس درس اجرا شدند. به عنوان بخشی از برنامه اقامت، پرستاران به صورت دوره ای برای یادگیری مهارت های اضافی و تماشای نمایشات در مورد موضوعات مختلف از جمله مراقبت تسکینی، مراقبت پایان زندگی و مراقبت معنوی به کلاس درس آورده شدند.

ساکنان به تکمیل داده های زمان ۲ در یک روز روی آوردند که برای بازگشت به کلاس درس به منظور آموزش مداوم و آموزش های اضافی تعیین شده بود. زمان تکمیل این اقدامات حدود ۱۵-۳۰ دقیقه طول کشید. اطلاعات در مورد رضایت شغلی پرستاران، تعهد سازمانی، و انسجام گروهی توسط یک برنامه مدیریت داده ها، Versant Voyager جمع آوری شد، که بررسی ها بر روی انواع نتایج پرستاری را مدیریت می کند. به عنوان بخشی از باتری اقدامات Versant Voyager، ساکنان پرستار، معیارهای خود-گزارش در مورد جمعیت، سطح خود از تعهد سازمانی، انسجام گروهی با واحد بالینی خود در طول تجربه بالین، و رضایت شغلی را ۶ ماه پس از شروع اقامت پرستار (T3) تکمیل نمودند. تکمیل این معیارها تقریباً ۱۵-۲۰ دقیقه زمان برد. هیئت مدیره بررسی نهادهای بیمارستان، تمام مراحل مطالعه را مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده تایید نمود.

معیارها

مواجهه با استرس: LEC (Gray و همکاران، ۲۰۰۴) یک پرسشنامه ۱۷ آیتم برای ارزیابی مواجهه با حوادث استرس زا و حوادث آسیب زنده روحی بالقوه زندگی است. این پرسشنامه، فهرستی از انواع حوادث آسیب زای بالقوه، مانند فاجعه طبیعی، حمله، و مرگ یک دوست (Gray و همکاران، ۲۰۰۴) می باشد. از شرکت کنندگان خواسته شد تا سطح مواجهه با هر رویداد را در مقیاس لیکرت ۵ نقطه (۱ = برای من اتفاق افتاد، ۲ = شاهد آن بودم، ۳ = از آن درس آموختم، ۴ = مطمئن نیستم، ۵ = صدق نمی کند) رتبه بندی نمایند. این چک لیست، قابلیت اطمینان خوب ($K > 0.50$) و قابلیت اطمینان آزمون-بازآزمون ($R = 0.82$) را نشان می دهد. علاوه بر این، آن مشخص شده است که این مورد عمدتاً همبستگی بالایی با سایر اقدامات مواجهه با آسیب روحی دارد و علائم PTSD در نمونه های بالینی را پیش بینی می کند (Gray و همکاران، ۲۰۰۴). یک جمع LEC در T1 برای تعیین میزان استرس از پیش موجود (مواجهه با حوادث استرس زا در زندگی قبل از شروع تاریخچه طول عمر/ اقامت پرستار حوادث استرس زای عمر) مورد استفاده قرار گرفت، و مجموع LEC در T2 برای تعیین میزان مواجهه با استرس فعلی (مواجهه با حوادث

استرس زای زندگی در طول ۳ ماه اول تجربه بالین) مورد استفاده قرار گرفت. مواجهه با استرس حال حاضر شامل هیچ رویدادی پر استرس زندگی تجربه شده در طول ۳ ماه اول تجربه بالین، در کار و خارج از محل کار نمی شود. مجموعات LEC با اضافه کردن تعداد کل حوادث استرس زای عمر که آنها با رخداد مستقیم تجربه کرده بودند، شاهد آن بودند، یا از رخداد آن برای فردی نزدیک به آنها درس گرفته بودند، تعیین شد.

اختلال / علائم استرس پس از سانحه: PCL-C، یک پرسشنامه ۱۷-آیتمی ارزیابی نشانه شناسی PTSD (Weathers و همکاران، ۱۹۹۱). است. PTSD زمانی تشخیص داده می شود که فرد، یک پاسخ علامتی به حداقل یک آیتم " B " (تجربه دوباره)، حداقل سه آیتم " C " (اجتناب / کرختی) و حداقل دو آیتم " D " (فرارخداد) را فراهم می کند. افراد زمانی مبتلا به PTSD جزئی تشخیص داده می شوند که الزامات مورد نیاز برای حداقل دو نوع از آیتم های را دارند. علائم رتبه بندی شده به عنوان "متوسط" و یا بالاتر (پاسخ های ۳ تا ۵) به عنوان حال حاضر محسوب می شوند. نمره شدت توسط جمع نمودن همه موارد (طیف = 17-85) تعیین می شود. این چک لیست دارای تناظر نقطه به نقطه با آیتم های منحصر به فرد در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، چاپ چهارم است. PTSD / علائم طول عمر (T1): مجموعات PCL-C (شدت PTSD) در T1 برای تعیین PTSD / بر اساس بدترین رویداد استرس زای تجربه شده خود-انتخاب شده در طول عمر پرستاران استفاده شدند. مجموعات PCL-C در T2 برای تعیین PTSD / علائم فعلی آسیب روحی تجربه شده در طی ۳ ماه اول پرستاری بالین استفاده شد. چک لیست، ثبات درونی خوب ($\alpha = 0.94$) و قابلیت اطمینان آزمون-بازآزمون ($R = 0.88$) را نشان می دهد.

رضایت ناشی از شفقت، CF، و فرسودگی شغلی: CSF (Stamm، ۲۰۰۲) یک پرسشنامه خود-گزارش ۶۶-آیتم اندازه گیری سطح رضایت ناشی از شفقت افراد، CF / STS، و فرسودگی شغلی در نقش آنها به عنوان یاور (Stamm، ۲۰۰۲) است. رضایت ناشی از شفقت، لذت احساس شده از توانایی عملکرد مناسب کاری در کمک به دیگران است. فرسودگی شغلی به طور کلی از احساسات خستگی، سرخوردگی، خشم و افسردگی تشکیل شده است. CF / STS از احساسات منفی در ارتباط با کار کردن به طور خاص در محیط های مراقبتی که در آن یک فرد به طور مداوم با حوادث بسیار استرس زا مواجه می شود تشکیل شده است. از شرکت کنندگان خواسته شد تا رای

دهند که تا چه حد هر آیتم به آنها مربوط می شود (۰ = هرگز، ۱ = به ندرت، ۲ = چند بار، ۳ = تا حدودی اغلب، ۴ = اغلب، ۵ = غالباً). این آزمون، سه خرده مقیاس را تولید می کند: رضایت ناشی از شفقت، فرسودگی شغلی، و CF / STS. هر مقیاس، ثبات درونی خوب در نمونه ما را نشان می دهد (به ترتیب $\alpha = 0.87$ ، 0.90 و 0.87).

رضایت شغلی: مقیاس رضایت شغلی پرستار (Mueller و McCloskey، ۱۹۹۰)، یک مقیاس ۲۳ آیتمی مورد استفاده برای تعیین سطح کلی رضایت شغلی ساکنان پرستاران است. این مقیاس شامل موارد خاص برای رضایت شغلی پرستاری مانند لذت، کیفیت کار و زمان برای کار می شود (Mueller و McCloskey، ۱۹۹۰). از شرکت کنندگان خواسته شد تا رای دهند که به چه میزانی آنها با یک سری از اظهارات موافق هستند (۱ = کاملاً موافق، ۲ = موافق، ۳ = مردد، ۴ = مخالف، ۵ = کاملاً مخالف). این نظر سنجی، ثبات درونی خوبی را در نمونه ما ($\alpha = 0.90$) نشان می دهد. مشخص شده است که این مقیاس مرتبط با دیگر مقیاس های رضایت شغلی است (به عنوان مثال، پیمایش تشخیصی شغل؛ Mueller و McCloskey، ۱۹۹۰؛ Tourangeau، Hall، Doran، & McGillis، و Petch، ۲۰۰۶). یک امتیاز خلاصه کلی برای تعیین سطح رضایت شغلی ساکنان پرستاران استفاده شد.

انسجام گروه: مقیاس انسجام گروهی (Byrne و Nelson، ۱۹۶۵)، یک اندازه گیری شش موردی است که منعکس می کند تا چه حد روابط بین فردی بین پرستاران به خوبی برای ترویج بهره وری، بازده، روحیه، تعلق خاطر، احساسات شخصی مثبت در مورد این گروه، و لذت بردن از کار با هم (Good و Nelson، ۱۹۷۱) عمل می کنند. پاسخ ها بر اساس یک مقیاس ۷ نقطه ای با قطب ها در ۱ (کاملاً مخالف) و ۷ (کاملاً موافق) اندازه گیری می شوند. یک امتیاز کلی از طریق جمع کردن مستقیم پاسخ ها به آیتم های یک تا شش محاسبه می شود. این مقیاس، ثبات درونی خوبی ($\alpha = 0.89$) را نشان می دهد.

تعهد سازمانی: مقیاس تعهد سازمانی (Mowday، Porter، Steers، و Boulian، 1974)، یک معیار ۱۵ موردی استفاده شده برای تعیین استحکام نسبی شناسایی یک فرد با و مشارکت در یک سازمان است (Mowday، Porter و Steers، ۱۹۷۹). تعهد سازمانی توسط (a) یک باور قوی در و پذیرش اهداف و ارزشهای سازمان، (b) تمایل به تلاش قابل توجه به نمایندگی از سازمان، و (c) یک تمایل قوی برای حفظ عضویت در سازمان مشخص می

شود. پاسخ ها بر اساس مقیاس ۷ نقطه ای با قطب ها در ۱ (کاملاً مخالف) و ۷ (کاملاً موافق) اندازه گیری می شوند. یک امتیاز کلی از طریق جمع مستقیم پاسخ ها به آیتیم های ۱ تا ۱۱ محاسبه می شود. نتایج این بررسی نشاندهنده ثبات درونی خوبی است ($\alpha = 0.89$).

تحلیل داده ها

تمام داده های جمع آوری شده توسط نظر سنجی ها در T1 و T2 به صورت دستی در یک پایگاه داده در یک کامپیوتر با کلمه عبور محافظت شده توسط دستیاران پژوهش وارد شدند. داده ها دو بار وارد شدند و برای دقت، صحت و قابلیت اطمینان مورد کنترل قرار گرفتند. داده های جمع آوری شده توسط Versant Voyager به صورت الکترونیکی جمع آوری شدند. یک مقدار ناچیز از داده ها در T1 گم شد، و ۱۹ نفر، داده ای در T2 ارائه ننمودند. یک مقدار ناچیز از داده ها در پایگاه داده Versant Voyager در T3 گم شد. علاوه بر این، داده های گم شده به گونه ای پاکسازی شدند که پاسخ دهندگان کمتر از ۵۰٪ از یک ابزار (به عنوان مثال، پاسخ به ۴ از ۱۰ مورد) دارای هیچ داده صادر شده (مورد گم شده) نبودند. افرادی که بیش از ۵۰٪ اما کمتر از ۱۰۰٪ از آیتیم ها را تکمیل نمودند (به عنوان مثال، ۷ یا ۱۰) دارای مقادیر از دست رفته جایگزین شده با مقدار میانه برای آیتیم های تکمیل شده بودند (به عنوان مثال، یک مقیاس "۳" روی ۱-۵).

آزمون های آماری توصیفی برای تعیین نرخ های مواجهه با استرس و علائم PTSD در نمونه استفاده شدند. مجموعه ای از تجزیه و تحلیل های رگرسیون خطی گام به گام در نرم افزار SAS آماری برای تعیین این مورد استفاده شدند که آیا مواجهه با استرس و علائم PTSD، نتایج پرستار را پیش بینی نمودند یا خیر. معیارهای ورود و خروج استاندارد برای این مدل ها (ورود مورد نیاز مشاهده شده $P < 0.05$ ، محرومیت مورد نیاز مشاهده شده $P > 0.1$) استفاده شدند. در مجموع، چهار مدل رگرسیون برای پیش بینی (a) رضایت شغلی، (b) فرسودگی شغلی، (c) رضایت ناشی از شفقت، و (d) CF / STS ساخته شدند. متغیرهای مستقل گنجانده شده در مدل کلی شامل مواجهه با استرس از پیش موجود، مواجهه با استرس حال حاضر، علائم PTSD از پیش موجود، علائم PTSD فعلی، تعهد سازمانی، و

انسجام گروهی بودند. متغیرهای مستقل به صورت بلوک های گام به گام در مدل های رگرسیون وارد شدند به طوری که عوامل شناسایی شده در نوشته ها به صورت همکاران محتمل برای متغیرهای نتایج، برای اولین بار پس از متغیرهای مستقل تک قلو، در نهایت توسط اثرات تعامل بین متغیرهای مستقل وارد شدند. امتیازات تعهد سازمانی و انسجام گروهی (شرایط تعامل با معیارهای تنش/PTSD) در یک مجموعه دوم از مدل ها به عنوان تعدیل کننده های بالقوه وارد شدند تا دیده شود که آیا این متغیرها، رابطه بین استرس / PTSD و نتایج پرستار را تغییر می دهند یا خیر. مواجهه با استرس کنونی و از پیش موجود و علائم PTSD در مدل همراه با گروه شاهد برای تغییرات متداخل گنجانده شدند.

نتایج

مواجهه با استرس از پیش موجود و PTSD

قبل از شروع اقامت پرستار، بسیاری از ساکنان پرستاری در برنامه، وقایع دردناک و پراسترس زندگی (جدول ۱) را تجربه کرده بودند. تقریباً تمام ساکنان پرستار (۹۸,۸٪) به طور مستقیم یک رویداد استرس زا را تجربه کرده بودند، شاهد آن بودند یا در مورد آن درس آموخته بودند. هشتاد و نه درصد، یک واقعه استرس زا را به طور مستقیم تجربه نموده بودند، ۸۳,۱٪ شاهد یک واقعه آسیب زا بودند و ۸۶,۳٪ شاهد رخ دادن یک رویداد آسیب زا برای افراد نزدیک به خود بودند. تعداد نگران کننده بالایی از پرستاران، مواجهه با حوادث خاص دارای صدمات روانی را گزارش نمودند. به عنوان مثال، ۲۳,۶٪ به طور مستقیم خشونت فیزیکی را تجربه نموده بودند، ۱۲,۱٪ به طور مستقیم تجاوز جنسی را تجربه نموده بودند، و ۲۴٪ تجربه جنسی ناخواسته و یا ناراحت کننده را تجربه نموده بودند. علاوه بر این، ۱۹,۱٪ شاهد حمله فیزیکی، ۴۲,۳٪ شاهد یک بیماری تهدیدکننده زندگی یا آسیب دیدگی، ۲۸,۵٪ شاهد درد و رنج شدید انسانی، ۱۰,۱٪ شاهد ناگهانی، مرگ ناشی از خشونت، و ۳۶,۸٪ شاهد مرگ ناگهانی، غیر منتظره افراد نزدیک بودند. در نهایت، ۲۶,۸٪ از یک حمله فیزیکی، ۳۱,۹٪ حمله با سلاح به دست، ۳۳,۵٪ در مورد تجاوز جنسی، و ۱۹,۹٪ در

مورد یک تجربه جنسی ناخواسته اتفاق افتاده برای افراد نزدیک خود درس آموخته بودند. قبل از شروع برنامه اقامت پرستار، ۵,۶٪ معیار کامل PTSD را برآورده نموده بودند و ۱۲,۴٪ معیار برای PTSD جزئی را برآورده نموده بودند.

جدول ۱. استرس از پیش موجود و استرس کنونی و آسیب روحی

T2 کنونی %
 از پیش موجود T1, %
 مواجهه کلی با رویداد استرس زا
 مواجهه مستقیم با رویداد استرس زا
 رویداد استرس زای دیده شده
 یادگیری شده در مورد رویداد استرس زا
 PTSD کلی
 PTSD جزئی

	Preexisting (T1), %	Current (T2), %
Overall stressful event exposure	98.8	89.2
Direct stressful event exposure	89	65.8
Witnessed stressful event	83.1	60.6
Learned about stressful event	86.3	66.7
Full PTSD	5.6	7.3
Partial PTSD	12.4	11.2

مواجهه با استرس کنونی و PTSD

بسیاری از ساکنان پرستار، برخورد با وقایع دردناک و پراسترس زندگی را پس از ورود به اقامت پرستار ادامه دادند (جدول ۱). در طول ۳ ماه اول تجربه بالین، ۸۹,۲ درصد از ساکنان پرستار به طور مستقیم یک رویداد استرس زا را تجربه نمودند، شاهد آن بودند یا از آن درس آموختند. از این ساکنان، ۶۵,۸٪ رخداد یک رویداد به طور مستقیم برای خود را تجربه نمودند، ۶۰,۶٪ شاهد یک واقعه استرس زا بودند و ۶۶,۷٪ از رخداد یک واقعه استرس زا برای نزدیکان خود درس گرفته بودند. در طول این زمان، درصد زیادی از پرستاران شاهد تعدادی از رویدادهای زندگی به ویژه صدمات روانی مانند بیماری تهدید کننده حیات یا آسیب (۳۴,۵٪)، درد و رنج انسان شدید (۲۶,۷۵٪)، و مرگ غیر

منتظره (۱۳,۴٪). پس از ۳ ماه اول تجربه بالین بودند، ۷,۳ درصد از ساکنان پرستار معیارهای تشخیصی برای PTSD را برآورده نمودند، و ۱۱,۲ درصد معیارهای تشخیصی PTSD جزئی را برآورده کردند.

ارتباط مواجهه با استرس و PTSD

علائم با نتایج پرستار

با استفاده از رگرسیون خطی گام به گام، فقط پیش بینی کننده های آماری معنی دار در مدل باقی ماندند. اولین مدل رگرسیون پیش بینی کننده رضایت شغلی (مدل ۱) نشان داد که تعهد سازمانی یک مقدار کوچک، اما قابل توجه از واریانس (۵٪) در رضایت شغلی، $R^2 = 0.05$ ، $F(1249) = 13.83$ ، $P > 0.001$ را توضیح می دهد. بنابراین، داشتن تعهد سازمانی بالاتر می تواند رضایت شغلی را افزایش دهد. مدل دوم پیش بینی کننده فرسودگی شغلی (مدل ۲) نشان داد که علائم PTSD فعلی پرستاران، ۱۹٪ از واریانس در نرخ فرسودگی شغلی، $R^2 = 0.19$ ، $F(1167) = 42.579$ ، $P > 0.001$ را در بر می گیرند که نشان می دهد که سطوح بالاتر علائم PTSD فعلی می توانند احتمال فرسودگی شغلی را افزایش دهند. مدل سوم پیش بینی کننده رضایت ناشی از شفقت (مدل ۳) نشان داد که علائم PTSD فعلی پرستاران و تعامل بین تعهد سازمانی و انسجام گروهی، ۱۸٪ از واریانس در نمرات رضایت ناشی از شفقت، $R^2 = 0.18$ ، $F(249, 1) = 19.03$ ، $P > 0.001$ را به خود اختصاص می دهد. بنابراین، علائم PTSD فعلی، همراه با تعامل بین ارتباط به گروه کاری خود و وابستگی مثبت آن با محیط کار، می تواند میزان رضایت ناشی از شفقت را که پرستاران تجربه می کنند توضیح دهد. تجزیه و تحلیل رگرسیون چهارم پیش بینی کننده CF / STS (مدل ۴) نشان داد که مواجهه با استرس فعلی و علائم PTSD از پیش موجود و فعلی، درصد زیادی (۴۹٪) از واریانس در نمرات CF، $R^2 = 0.49$ ، $F(3174) = 53.73$ ، $P > 0.001$ را توضیح می دهد. این نشان می دهد که نشانه شناسی PTSD از پیش موجود و همچنین علائم PTSD فعلی و مواجهه با استرس فعلی، نقش بزرگی در تعیین میزان تجربه CF توسط پرستاران ایفا می کند (جدول ۲ برای همه آمارهای توصیفی و جدول ۳ برای نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیون).

جدول ۲. آمار توصیفی برای تمام معیارهای مطالعه

مواجهه با آسیب روحی از پیش موجود
 مواجهه با آسیب روحی کنونی
 علائم PTSD از پیش موجود
 علائم PTSD کنونی
 رضایت ناشی از شفقت
 CF
 انسجام گروهی
 امتیاز تعهد سازمانی
 امتیاز رضایت پرستار

	<i>n</i>	<i>M</i>	Range	<i>SD</i>
Preexisting trauma exposure (T1)	249	8.79	0-17	4.12
Current trauma exposure (T2)	231	5.61	0-17	4.85
Preexisting PTSD symptoms (T1)	249	27.66	17-68	9.51
Current PTSD symptoms (T2)	205	27.69	12-68	10.17
Compassion satisfaction (T2)	232	93.56	27-125	16.77
Burnout sum (T2)	231	24.01	3-62	11.67
CF (T2)	232	23.56	2-70	13.29
Group cohesion (T3)	220	34.29	14-42	4.98
Organizational commitment score (T3)	245	63.93	21-77	8.54
Nurse satisfaction score (T3)	216	68.69	38-90	10.05

جدول ۳. روابط بین استرس، آسیب روحی، و عوامل حفاظتی با نتایج پرستار

	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>P</i>
Model 1	0.05	13.83	.001
Model 2	0.19	42.579	.001
Model 3	0.18	19.03	.001
Model 4	0.49	53.73	.001
Model 5	0.22	46.92	.001
Model 6	0.16	16.678	.001
Model 7	0.42	61.748	.001

انسجام گروهی و تعهد سازمانی به عنوان عوامل محافظتی

تجزیه و تحلیل رگرسیون اولیه مشخص نمود که مواجهه با استرس و علائم PTSD و همچنین نمرات انسجام گروهی و تعهد سازمانی متفاوت، میزان قابل توجهی از واریانس در چهار نتیجه پرستار مورد نظر را به خود اختصاص می

دهند. برای تعیین اینکه آیا انسجام گروهی و / یا تعهد سازمانی، اثر مواجهه با استرس و علائم PTSD بر نتایج پرستار را تعدیل می کند، سری دوم از آنالیزهای رگرسیون برای کشف تعامل بین این متغیرها با نمره استرس و PTSD بر متغیرهای خروجی انجام شد. تعهد سازمانی و انسجام گروه به عنوان واسطه ها در نظر گرفته شدند، اگر شرایط تعامل آنها، مقدار قابل توجهی از واریانس را در پیش بینی نتایج پرستار توضیح می داد.

فرسودگی شغلی

مدل رگرسیون پیش بینی کننده فرسودگی شغلی (مدل ۵) مشخص نمود که تعامل بین علائم PTSD فعلی و انسجام گروهی، ۲۲٪ از واریانس در گزارش فرسودگی شغلی، $R^2 = 0.22$ ، $F(1172) = 46.920$ ، $P > 0.001$ را در بر می گیرد. بنابراین، روابط بین علائم PTSD فعلی و فرسودگی شغلی کاهش یافتند به طوری که کمتر احتمال داشت که آسیب روحی فعلی با فرسودگی شغلی مربوط می شود، زمانی که انسجام گروهی بالا بود. این نشان می دهد که انسجام گروهی به طور بالقوه می تواند ساکنان پرستار را از شروع فرسودگی شغلی با توجه به تجربه علائم PTSD حفاظت نماید.

رضایت ناشی از شفقت

مدل رگرسیون پیش بینی کننده رضایت ناشی از شفقت (مدل ۶) مشخص نمود که تعامل بین انسجام گروهی و علائم PTSD فعلی و تعامل بین انسجام گروهی و مواجهه با استرس فعلی، ۱۶٪ از واریانس در نمرات رضایت ناشی از شفقت، $R^2 = 0.16$ ، $F(2172) = 16.678$ ، $P > 0.001$ را به خود اختصاص می دهند. بنابراین، انسجام گروه، اثر مواجهه با استرس در حال حاضر و علائم PTSD بر رضایت ناشی از شفقت را تعدیل نمود به طوری که کمتر احتمال دارد استرس فعلی و علائم PTSD موجب کاهش رضایت ناشی از شفقت شوند، زمانی که انسجام گروهی بالا بود. این نشان می دهد که اگر چه علائم PTSD و مواجهه با فشار معمولاً به کاهش رضایت ناشی از شفقت مربوط

می شود، انسجام گروه می تواند به عنوان یک عامل محافظ برای واسطه گری در برابر این نتیجه منفی به کار گرفته شود.

خستگی ناشی از شفقت / اختلال استرس ثانویه پس از آسیب روحی

مدل رگرسیون نهایی پیش بینی کننده CF (مدل ۷) نشان داد که تعامل بین انسجام گروهی و علائم PTSD فعلی و تعامل بین انسجام گروهی و استرس فعلی با هم، ۴۲٪ از واریانس در CF / STS، $R^2 = 0.42$ ، $F(2, 217) = 61.748$ ، $P > 0.001$ را به خود اختصاص می دهند. بنابراین، اثرات استرس فعلی و علائم PTSD فعلی بر رضایت ناشی از شفقت تعدیل شد به طوری که کمتر احتمال دارد استرس فعلی و PTSD، در هنگام بالا بودن انسجام گروهی، موجب کاهش رضایت ناشی از شفقت شوند. انسجام گروه دوباره به عنوان یک عامل محافظ برای تعدیل در برابر اثرات منفی مواجهه با استرس و علائم PTSD به کار گرفته شد (برای خلاصه ای از نتایج رگرسیون، مراجعه کنید به جدول ۳. شکل ۲ را برای یک نمایش گرافیکی از اثرات متقابل معنی دار ببینید).

بحث و بررسی

هدف از این مطالعه، بررسی ادراکات ساکنان پرستاران از انسجام گروه و تعهد سازمانی و روابط آنها با رضایت شغلی، فرسودگی شغلی، CF / STS، و رضایت ناشی از شفقت بود. علاوه بر این، مطالعه حاضر با هدف تعیین این مورد انجام شد که آیا انسجام گروهی و تعهد سازمانی، روابط بین علائم استرس و PTSD و نتایج منفی پرستاری را تعدیل می کنند یا خیر. انسجام گروه به عنوان یک عامل محافظ موثر در کاهش اثرات تنش فعلی و علائم PTSD بر فرسودگی، CF / STS، و کاهش رضایت ناشی از شفقت مشخص شد. با افزایش نمرات انسجام گروهی، قدرت روابط بین مواجهه با استرس، علائم PTSD، و نتایج منفی کاهش یافت. اگر چه مشخص نشد که تعهد سازمانی، ساکنان پرستار را از نتایج منفی پرستاری محافظت می کند، اما نقش مهمی در ترویج رضایت شغلی ایفا کرد. علاوه بر این، روابط بین تعهد سازمانی و انسجام گروه، پیش بینی کننده های قابل توجهی از رضایت ناشی از شفقت بودند.

بنابراین، به نظر می‌رسد که تعهد سازمانی، بر خلاف انسجام گروهی، می‌تواند به جای پیشگیری از پیامدهای منفی پرستاری، به نگهداری نتایج مثبت مربوط شود.

سازگار با یافته‌های قبلی (Beck, 2011)، این نمونه مطالعه، نرخ بالایی از رخداد آسیب روحی مستقیم (۳،۷٪) ساکنان پرستار، معیارهای تشخیصی برای PTSD و ۱۱،۲٪، معیارهای تشخیصی برای PTSD جزئی را برآورده نمودند) و رخداد آسیب روحی غیرمستقیم (۶،۶٪) شاهد یک رویداد استرس‌زا بودند و ۶۶،۷٪ در مورد رویداد استرس‌زای رخ داده برای فرد نزدیک به خود در حین کار درس گرفته بودند) را برآورده نمودند. همچنین نتایج نشان داد که مواجهه با رویدادهای استرس‌زا در بالین، پیش‌بینی‌کننده فرسودگی شغلی است و اینکه استرس کنونی و علائم PTSD از پیش موجود و کنونی، پیش‌بینی‌کننده Cf/STS هستند. به طور کلی، نتایج، یافته‌های قبلی را تایید می‌کند که مواجهه با استرس و علائم PTSD، دارای پیامدهای جدی برای گستره نتایج موثر در پرستاران ساکن جدید هستند. یک بخش مهم از مطالعات قبلی، این یافته است که مواجهه با استرس از پیش موجود و علائم PTSD می‌توانند CF/STS را در پرستاران پیش‌بینی کنند. هیچ مطالعه قبلی به تاثیر تاریخیچه طول عمر/ از پیش موجود استرس و نشانه‌های PTSD کنونی روی نتایج پرستاری امراض کودکان نگاه ننموده است.

مدل ۵

علائم کنونی PTSD

فرسودگی شغلی پرستار

انسجام گروهی

مدل ۶

علائم مواجهه با استرس کنونی / PTSD

رضایت پرستار ناشی از شفقت

انسجام گروه

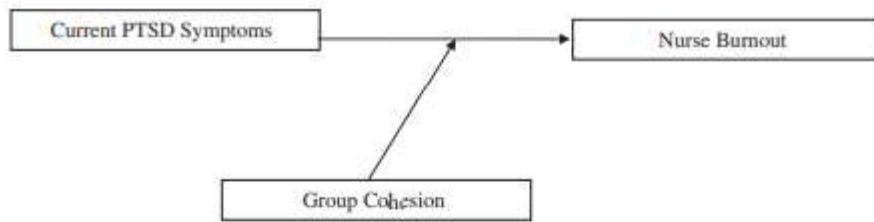
مدل ۷

علائم مواجهه با استرس کنونی / PTSD

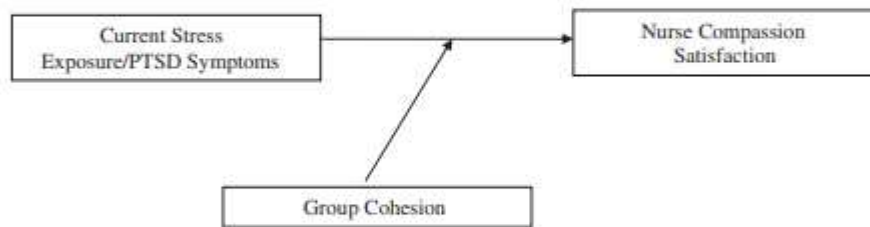
خستگی پرستار ناشی از شفقت

انسجام گروه

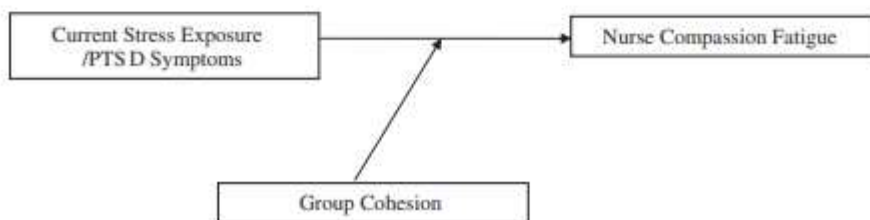
Model 5



Model 6



Model 7



شکل ۲. انسجام گروه به عنوان واسطه اثرات استرس کنونی و علائم PTSD روی نتایج پرستار.

اگرچه مشخص نشد که انسجام گروهی به طور قابل توجهی پیش بینی کننده رضایت شغلی در پرستاران است، همانطور که در مطالعات پرستاری اخیر دیده می شود (Kovner و همکاران، ۲۰۰۷؛ Larrabee و همکاران، ۲۰۱۰)، این می تواند به دلیل عدم واریانس در رضایت شغلی در مطالعه نمونه باشد. در عوض، این مطالعه، اطلاعات در مورد روابط بین انسجام گروهی و نتایج منفی پرستاری را فراهم نمود که مشخص کرد که انسجام گروه به عنوان یک عامل محافظتی در تعدیل و جلوگیری از پیامدهای منفی پرستار، به ویژه افزایش CF / STS، فرسودگی شغلی، و کاهش رضایت ناشی از شفقت عمل می کند. از سوی دیگر، مشخص نشد که تعهد سازمانی، یک عامل قابل توجه محافظ در برابر نتایج منفی پرستاری است، اما با مطالعات گذشته مورد پیش بینی رضایت شغلی پرستاران (Fang

(Fang, 2001; Ulrich et al., 2010) و رضایت ناشی از شفقت (Graber & Mitcham, 2004) سازگار بود. بنابراین، یافته‌های این مطالعه به طور منحصر به فرد، نوشته‌ها در مورد نتایج پرستار کودکان را با این یافته گسترش می‌دهد که انسجام گروهی می‌تواند یک نقش بزرگتر را به عنوان یک عامل محافظتی از نتایج منفی بازی کند، در حالی که تعهد سازمانی می‌تواند به طور مجزا برای ترویج نتایج مثبت پرستاری عمل نماید.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه شامل انحراف از T2 و جمع‌آوری نتایج مشخص از پایگاه داده Versant Voyager (T3) می‌شود. چارچوب زمانی جمع‌آوری داده‌ها در بیمارستان کودکان لس‌آنجلس (۳ ماه) و Versant (۶ ماه) با هم مطابقت نداشتند که به جمع‌آوری داده‌های بعدی انسجام گروه و نمرات تعهد سازمانی منجر شد. بنابراین، داده‌های ارائه شده نمی‌توانند در مورد توالی زمانی انسجام گروهی و تعهد سازمانی قبل از نتایج پرستاری (علائم PTSD، رضایت ناشی از شفقت، و خستگی) صحبت کنند. با این حال، ما اعتقاد داریم که تعهد سازمانی و نمرات انسجام گروه باید نماینده نمرات آنها در ۳ ماه باشند، زیرا آنها به کار در همان گروه و در همان سازمان در درون چارچوب زمانی ادامه دادند. مطالعات آینده باید داده‌ها را به صورت مقطعی و طولی در مورد تعهد سازمانی و انسجام گروه برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد توالی زمانی ارتباط آنها با نتایج پرستاری جمع‌آوری کنند.

علاوه بر این، همانطور که این مطالعه بر روی یک گروه بسیار خاص از پرستاران کودکان جدید در بیمارستان کودکان لس‌آنجلس متمرکز شده است، داده‌های جمع‌آوری شده به وضوح دارای محدودیت‌هایی خاص با توجه به تعمیم به سایر نهادها، جمعیت پرستار غیرکودکان و پرستاران مسن خواهند بود. بنابراین، زمانی که از تجربه پرستاران غیرکودکان استفاده می‌شود، نتایج این مطالعه باید با احتیاط تفسیر شوند. با این حال، این یافته‌ها برای پرستاران کودکان جدید قابل توجه است و پیامدهایی برای حفظ پرستار و برنامه با هدف کاهش پیامدهای منفی (به عنوان مثال، خستگی و فرسودگی شغلی) خواهد داشت. مطالعات آینده باید انتخاب ترکیبی از پرستاران بزرگسالان و کودکان را در سراسر تنوع تجربه در نظر گیرند.

طیف وسیعی از متغیرهای دیگر می توانند برای مشاهدات ما در نظر گرفته شوند. به عنوان مثال، عوامل جمعیتی شناختی مانند سن، جنس، نژاد / قومیت و وضعیت اقتصادی- اجتماعی می توانند اثرات تفاضلی استرس و علائم PTSD بر نتایج پرستاری را نشان دهند. در نمونه مورد مطالعه، کنترل سن و جنس در تجزیه و تحلیل سودند نیست، به این دلیل که نمونه به نفع زن و در محدوده سنی ۲۳- ۳۰ سال، به گونه ای مغرضانه بود. علاوه بر این، اگر چه اطلاعات قومیت جمع آوری شد، هیچ چیز در ادبیات، اثر متفاوت PTSD برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی از گروه های مختلف قومی وجود دارد. مطالعات آینده از جمله نمونه با اریبی کمتر را می توان برای تعیین تاثیر انواع متغیرهای جمعیتی شناختی استفاده نمود.

علاوه بر این، ویژگی های شخصیتی مانند سرسختی، سبک شخصیت شامل تعهد، کنترل و چالش، که موجب تشویق بقای انسان و غنی سازی زندگی در طول رشد می شوند، می توانند برای تفاوت های مشاهده شده در نظر گرفته شوند. مطالعات قبلی دریافته اند که سرسختی به طور منفی با فرسودگی شغلی در پرستاران مراقبت های ویژه ارتباط دارد (Boyle, Grap, Younger، و Thornby، 1991). مطالعه از پرستاران کروات نیز نشان داد که تعامل بین ۵ صفات بزرگ شخصیت (برونگرایی، توافق، شناسی، روان رنجوری، و باز بودن) و متغیرهای متنی (به عنوان مثال، استرس سازمانی، تعارض نقش) می توانند پیش بینی کننده های مهمی برای فرسودگی شغلی باشند (-Hudek، Knežević، Kalebic Maglica، و Krapic، 2011). عوامل جهت مند شخصی خود ارزیابی هسته (عزت نفس، خودکارآمدی، منبع کنترل و ثبات عاطفی) به رضایت شغلی و قصد ترک شغل در پرستاران فارغ التحصیل جدید (Laschinger، Grau، Finegan، & Wilk، ۲۰۱۰) مربوط بودند. در نهایت، یک میزبان از متغیرهای دیگر ارائه شده در نوشته های رضایت پرستار نیز می تواند این تفاوت ها مانند کیفیت نظارت، توانمندسازی روانشناختی، حقوق و دستمزد، و وضعیت تصدی را توضیح دهد، زیرا مشخص شد که اینها به رضایت شغلی (Chung & Kowalski، ۲۰۱۲) مربوط می شوند. عوامل اضافی مانند آرمان های حرفه ای و دسترسی به پشتیبانی خارج اجتماعی (شخصیت های مذهبی، مشاوران و دوستان) نیز می توانند بر پاسخ پرستار به استرس اثر بگذارند. مطالعات آینده باید تاثیر متغیرهای مختلف پرستار بر روش های پاسخگویی پرستاران به استرس و علائم PTSD تعیین کنند.

با وجود این محدودیت ها، یافته ها از مطالعه، اطلاعات مهمی در مورد عوامل محافظ در پرستاران کودکان جدید، مانند تعهد سازمانی و انسجام گروهی، برای کاهش پیامدهای زیانبار علائم استرس و PTSD فراهم می کنند. نتایج حاصل از این مطالعه نه تنها حمایت مطالعات قبلی از مزایای انسجام گروهی و تعهد سازمانی، بلکه پتانسیل برای اثر تعدیل کننده انسجام گروه در روابط مضر بین علائم استرس و PTSD و نتایج منفی پرستاری را نشان می دهد. پرستاران، مدیران بیمارستان، مربیان، مدیران پرستاری، کارفرمایان، و سیاست گذاران باید از تاثیر منفی موجود استرس و آسیب روحی در ترکیب با مواجهه استرس شغلی بر نتایج پرستار حیاتی آگاه باشند. به همان اندازه، شروع درک تاثیر قوی ترویج انسجام گروهی و تعهد سازمانی برای کاهش اثرات منفی این عوامل بر نتایج مهم پرستار مهم است. تلاش های برنامه نویسی آینده باید استراتژی هایی را برای کمک به پرستاران جدید در مقابله با استرس در کار، مانند روی آوردن به دیگران در تیم خود (به عنوان مثال، افزایش انسجام گروه) ترکیب نمایند. برنامه های پرستاری و برنامه درسی تعلیمی مبتنی بر بیمارستان باید از مزایا آگاه باشند و سعی در ترویج تعهد سازمانی و انسجام گروهی نمایند. به عنوان مثال، در محل مورد مطالعه، تعهد سازمانی و انسجام گروه از طریق در دسترس بودن این برنامه RN اقامت قوی که آموزش مستمر و آموزش و پرورش مداوم و همچنین نظارت و گزارشگری را پیشنهاد می دهد، قابل ارتقا است. علاوه بر این، نتایج مطالعه می توانند توسعه مداخلات آینده و برنامه های درسی را اطلاع رسانی نمایند که باید بر ترویج عوامل محافظ، مانند انسجام گروهی، تعهد سازمانی، و مهارت های مقابله تطبیقی برای مدیریت شغلی و استرس شخصی تمرکز نمایند. در نهایت، ارتقاء انسجام گروه و تعهد سازمانی با تلاش های ترکیبی از مربیان، مدیران، سیاست گذاران و خود پرستاران می تواند یک گام حیاتی به سوی بهبود حفظ شغل، نتایج مثبت پرستار و در نهایت کیفیت افزایش یافته بیمار و مراقبت خانوادگی باشد.

References

- Bae, S., Mark, B., & Fried, B. (2010). Impact of nursing unit turnover on patient outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 42, 40-49.
- Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 1-10.
- Boyle, A., Grap, M. J., Younger, J., & Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850-857.

- Braithwaite, M. (2008). Nurse burnout and stress in the NICU. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 8, 343-347.
- Burtson, P. L., & Stichler, J. F. (2010). Nursing work environment and nurse caring: Relationship among motivational factors. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1819-1831.
- Byrne, D., & Nelson, D. (1965). Attraction as a linear function of proportion of positive reinforcements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 659-663.
- Chung, C. E., & Kowalski, S. (2012). Job stress, mentoring, psychological empowerment, and job satisfaction among nursing faculty. *The Journal of Nursing Education*, 1-8.
- DiMaggio, M. J., Roe-Prior, P., & Carpenter, D. R. (2010). Intent to stay: A pilot study of baccalaureate nurses and hospital nursing. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 26, 278-286.
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, 35, 199-204.
- Emery, J. E. (1993). Perceived sources of stress among pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 10, 87-92.
- Ernst, M. E., Messmer, P. R., Franco, M., & Gonzalez, J. L. (2004). Nurses' job satisfaction, stress, and recognition in a pediatric setting. *Pediatric Nursing*, 30, 219-227.
- Fang, Y. (2001). Turnover propensity and its causes among Singapore nurses: An empirical study. *International Journal of Human Resource Management*, 12, 859-871.
- Figley, C. R. (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23. (pp. 150-177). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Gates, D. M., & Gillespie, G. L. (2008). Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 243-249.
- Good, L. R., & Nelson, D. A. (1971). Effects of person-group and intragroup attitude similarity on perceived group attractiveness and cohesiveness. *Psychonomic Science*, 25, 215-217.
- Graber, D. R., & Mitcham, M. D. (2004). Compassionate clinicians: Take patient care beyond the ordinary. *Holistic Nursing Practice*, 18, 87-94.
- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Ying, C., & Djukic, M. (2007). Work attitudes of older RNs. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8, 107-119.
- Larrabee, J. H., Ostrow, C. L., Withrow, M. L., Janney, M. A., Hobbs Jr., G. R., & Burant, C. (2004). Predictors of patient satisfaction with inpatient hospital nursing care. *Research in Nursing & Health*, 27, 254-268.
- Larrabee, J. H., Wu, Y., Persily, C. A., Simoni, P. S., Johnston, P., Marcischak, T. L., et al. (2010). Influence of stress resiliency on RN job satisfaction and intent to stay. *Western Journal of Nursing Research*, 32, 81-102.
- Laschinger, H. K. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 20, 472-484.
- Laschinger, H. K., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2732-2742.
- Leiter, M. P., Harvie, P., & Frizzel, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science & Medicine*, 47, 1611-1617.
- Lindsey, G., & Kleiner, B. (2005). Nurse residency program: An effective tool for recruitment and retention. *Journal of Health Care Finance*, 31, 25-32.
- Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2010). Organisational climate, organisational commitment and intention to leave amongst hospital nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1635-1644.
- McDonald, S. F., Tullai-McGuinness, S., Madigan, E. A., & Shively, M. (2010). Relationship between staff nurse involvement in organizational structures and perception of empowerment. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33, 148-162.
- McGowan, B. (2001). Self-reported stress and its effects on nurses. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 15, 33-38.
- Messmer, P. R., Bragg, J., & Williams, P. D. (2011). Support programs for new graduates in pediatric nursing. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42, 182-192.
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- Mueller, C. W., & McCloskey, J. C. (1990). Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*, 39, 113.

Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment, 11*, 330–341.

Halfer, D., & Graf, E. (2006). Graduate nurse perceptions of the work experience. *Nursing Economics, 24*, 150–5, 123.

Hinds, P. S., Puckett, P., Donohoe, M., Milligan, M., Payne, K., Phipps, S., et al. (1994). The impact of a grief workshop for pediatric oncology nurses on their grief and perceived stress. *Journal of Pediatric Nursing, 9*, 388–397.

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association, 36*, 420–427.

Hudek-Knezevic, J., Kalebic Maglica, B., & Krapic, N. (2011). Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croatian Medical Journal, 52*, 538–549.

Kim, E., & Hwang, J. (2011). Characteristics associated with intent to stay among quality improvement nurses. *International Nursing Review, 58*, 89–95.

Scott, E. S., Keehner Engelke, M., & Swanson, M. (2008). New graduate nurse transitioning: Necessary or nice? *Applied Nursing Research, 21*, 75–83.

Stamm, B. H. (2002). *Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test*. In C. R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue*. (pp. 107–122). New York, NY: Brunner-Routledge.

Tourangeau, A. E., & Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: Understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing, 55*, 497–509.

Tourangeau, A. E., McGillis Hall, L., Doran, D. M., & Petch, T. (2006). Measurement of nurse job satisfaction using the McCloskey/Mueller satisfaction scale. *Nursing Research, 55*, 128–136.

Oehler, J. M., & Davidson, M. G. (1992). Job stress and burnout in acute and nonacute pediatric nurses. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses, 1*, 81–90.

Ohue, T., Moriyama, M., & Nakaya, T. (2011). Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses. *Japan Journal of Nursing Science, 8*, 76–86.

Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 43*, 311–318.

Porter, L. W., Steers, R. M., Mowday, R. T., & Boulian, P. V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology, 59*, 603–609.

Rudman, A., & Gustavsson, J. P. (2011). Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies, 48*, 292–306.

Ruggiero, K. J., Del Ben, K., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist–Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 495–502.

Ulrich, B., Krozek, C., Early, S., Africa, L. M., & Carman, M. L. (2010). Improving retention, confidence, and competence of new graduate nurses: Results from a 10-year longitudinal database. *Nursing, 28*, 364.

Valent, P. (2002). *Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses*. In C. R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue*. (pp. 17–37). New York, NY: Brunner-Routledge.

Weathers, F. W., Litz, B., Huska, J., & Keane, T. (1991). *The PTSD Checklist–Civilian Version*. Boston, MA: The National Center for PTSD.

Xie, Z., Wang, A., & Chen, B. (2011). Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of Advanced Nursing, 67*, 1537–1546.



این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی