

Secondary Traumatic Stress and Resilience of the Nurses at the Psychiatric Centers in Tehran City, Iran

Ezzat Jafar Jalal¹, Fahimeh Aziz Mohammadi², Naeimeh Seyyed Fatemi³, Hamid Haghani⁴

Abstract

Background & Aims: Secondary traumatic stress (STS) can be described as an occupational hazard for those providing care to victims of trauma. In health professions, there are times when individuals are in constant and close contact with trauma survivors and experience significant emotional disturbance, thereby becoming indirect trauma victims. Some of STS symptoms include increased negative emotions, the existence of annoying thoughts, failure to separate work from personal life, decreased frustration tolerance, increased anger, depression, disabling and selfish behaviors, fear of working with certain people, self-blame, keeping on one's toes, decreased sense of competence at work, lack of goal, lack of enjoying the profession, decreased performance in unprofessional conditions, and loss of hope in life. Numerous factors such as environmental factors (e.g., work style, perceived organizational support, workload, client needs, and relationships with colleagues) and individual factors (e.g., level of education, level of experience, and coping styles) contribute to STSS. Nurses in psychiatric wards are faced with severe and complicated challenges in the workplace to provide mental health care. In addition, they should be aware of the risk factors and symptoms of STS. Nurses need to skillfully develop resilience in order to cope with occupational problems and ensure their mental health since resilience and the associated behaviors help overcome negative experiences and turn them into positive experiences. The present study aimed to investigate STS and resilience in the nurses at the psychiatric medical centers affiliated to Tehran University of Medical Science in 2018.

Materials & Methods: This cross-sectional, descriptive study was conducted on 200 nurses working in the psychiatric medical centers affiliated to Iran University of Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, and Tehran University of Medical Sciences. In this regard, Iran Psychiatry Center included 35% of the total sample size (n=70), whereas Roozbeh Psychiatry Center, Imam Hossein Medical Center, and Rasoul Akram Medical Center encompassed 47% (n=94), 12% (n=25), and 6% (n=11) of the total sample size, respectively. Data were collected using an STS scale and resilience questionnaire. The research objectives and methods of filling the questionnaires were explained to the participants, and each questionnaire was completed within 20-30 minutes. Sampling was carried out from August to November 2018. Moreover, data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, and frequency percentage), independent t-test, analysis of variance, and Mann-Whitney U in order to determine the relationship between demographic characteristics and STS and resilience.

Results: In this study, most nurses (81%) were female, and the mean age of the participants was 36.69 ± 8.01 years. Moreover, more than half of the subjects (57%) were married. Regarding the level of education, most nurses (83.5%) had a BSc. In terms of employment status, 38% of the subjects had permanent employment, which had the highest frequency, compared to other levels. Furthermore, the mean work experience of nurses was $11.28 \pm$

¹. Lecturer, Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

². MS in Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: 09124488466 Email: azizmohammadi.f@tak.iums.ac.ir

³. Professor, Nursing Care Research Center, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴. Instructor, Department of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

7.22 years. On the other hand, the average experience of working in the ward was 4.9 ± 4.21 years. More than half of the subjects (58.5%) were clinical nurses, and the mean working hours of nurses was 173.99 ± 28.43 . Most nurses in this study (74.5%) reported moderate economic status, and three-quarters of them had liability insurance. On average, the ratio of nurse to the patient was 9.63 ± 3.03 in the morning, 11.67 ± 4.29 in the evening, and 12.25 ± 4.31 in the evening. In total, 30%, 21.5%, and 26% of the nurses reported high and severe, moderate, and mild secondary traumatic stress, respectively. Furthermore, the mean score of STS and resilience was 37.64 ± 10.03 and 69.71 ± 13.63 , respectively. According to the results, there was a significant but reverse correlation between resilience and STS, meaning that those with higher STS had lower resilience ($r = -0.513$, $P < 0.001$).

Conclusion: According to the results, the mean score of STS was moderate in the nurses, while the mean score of resilience was above the median of the questionnaire. According to the results, there was a significant relationship between STS and resilience of psychiatry nurses as a dimension of psychological health. In addition, there was a considerable association between psychological health and resilience. Nurses in the psychiatric ward are at greater risk of experiencing stress because they work in direct contact with clients with mental disorders in highly stressful and difficult conditions in psychiatric hospitals. In this study, more than 50% of nurses working in psychiatric wards reported symptoms of STS. Reporting this experience of the population will help support nurses' mental health by promoting awareness and training programs. Moreover, it may prevent their turnover due to work-related stress. Suggestions for preventing and treating STS include strategies such as reducing workload, increasing staff supervision, improving staff support, increasing staff leisure and providing opportunities for nurses to receive mental health services. The resilience of nurses working in psychiatric wards can also be improved by managing their physical and mental stress and promoting their mental health.

Keywords: Secondary Traumatic Stress, Resilience, Nurses, Psychiatric Ward

Conflict of Interest: No

How to Cite: Jafar Jalal E, Aziz Mohammadi F, Seyyed Fatemi N, Haghani H. Secondary Traumatic Stress and Resilience of the Nurses at the Psychiatric Centers in Tehran City, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2019; 32(120):36-49.

Received: 19 Jul 2019

Accepted: 12 Oct 2019

استرس ثانویه ناشی از آسیب و تاب آوری در پرستاران بخش‌های روانپزشکی شهر تهران

عزت جعفر جلال^۱، فهیمه عزیزمحمدی^۲، نعیمه سید فاطمی^۳، حمید حقانی^۴

چکیده

زمینه و اهداف: استرس ثانویه ناشی از آسیب را می‌توان به شکل یک خطر شغلی برای افرادی که مراقبت مستقیم از قربانیان آسیب را به عهده دارند برشمرد. پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی با چالش‌های جدی و پیچیده‌ای در محیط کار برای ارائه مراقبت‌های سلامت روانی مواجه هستند. تاب آوری و رفتارهای تاب آورانه به طور بالقوه به افراد کمک می‌کند تا بر تجارب منفی غلبه کنند و این تجارب را به تجارب مثبت تبدیل کنند. در این راستا، این پژوهش با هدف تعیین استرس ثانویه ناشی از آسیب و تاب آوری پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی بود. واحدهای مورد مطالعه ۲۰۰ نفر از پرستارانی بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با تخصیص متناسب به صورت در دسترس از چهار مرکز روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، شهیدبهشتی و تهران انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های استرس ثانویه ناشی از آسیب و تاب آوری بودند. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: براساس نتایج، ۳۰ درصد پرستاران استرس بالا و شدید، ۲۱/۵ درصد استرس متوسط و ۲۶ درصد استرس خفیف را گزارش کردند. میانگین استرس ثانویه پرستاران مورد پژوهش $10/03 \pm 37/64$ بدست آمد. میانگین نمره تاب آوری $13/63 \pm 69/71$ بدست آمد.

نتیجه‌گیری کلی: نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میانگین استرس ثانویه ناشی از آسیب پرستاران شرکت کننده در این تحقیق در سطوح خفیف و متوسط قرار داشت و تاب آوری آنها نیز بالاتر از میانه نمره ابزار بود. راهبردهایی نظیر کاهش حجم کار، افزایش نظارت بر کارکنان و بهبود پشتیبانی کارکنان برای مدیریت استرس ثانویه ناشی از آسیب توصیه می‌شود. تاب آوری پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی نیز می‌تواند از طریق مدیریت استرس جسمی و روانی آنها و ارتقای سلامت روانی آنها ارتقاء یابد.

کلیدواژه‌ها: استرس ثانویه ناشی از آسیب، تاب آوری، پرستاران، بخش روانپزشکی

تعارض منافع : ندارد

تاریخ دریافت: ۹۸/۴/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۸/۷/۲۰

^۱. مربی، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۲. کارشناسی ارشد روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
 شماره تماس: ۰۹۱۲۴۴۸۸۴۶۶
 Email: azizmohammadi.f@tak.iums.ac.ir
^۳. استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری. گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۴. مربی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

امروزه پرستاران با افزایش استرس‌های ناشی از کار مواجه هستند^(۱). حدود ۹۳ درصد پرستاران در معرض محرک‌های استرس شغلی هستند. این عوامل استرس‌زا می‌توانند به طور منفی بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها تأثیر منفی بگذارند^(۲). پرستاران در محیطی که با مراقبت از مددجویان و نیازهای بهداشتی پیچیده آن‌ها مواجه‌اند، کار می‌کنند. آن‌ها اغلب به مددجویان و خانواده‌هایشان کمک می‌کنند تا با تشخیص‌های چالش برانگیز، آسیب‌های ایجاد شده و یا با مرگ مددجویان مواجه شوند^(۳). قرار گرفتن در معرض ترومای مددجویان، پیامدهای منفی مانند ناراحتی، خستگی عمیق و پیامدهای منفی عاطفی مانند استرس ثانویه ناشی از آسیب را داشته است^(۴). سندرم استرس ثانویه ناشی از آسیب (STSS-Secondary Traumatic Stress) در حرفه‌های بهداشتی زمانی ایجاد می‌شود که افراد در معرض تماس پیوسته و نزدیک با بازماندگان تروما هستند، و اختلال عاطفی قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌کنند و به این ترتیب، قربانیان ترومای غیرمستقیم می‌شوند^(۵). از علائم استرس ثانویه ناشی از آسیب، می‌توان افزایش هیجان منفی، وجود افکار مزاحم، ناتوانی در جدا کردن کار از زندگی شخصی، کاهش تحمل سرخوردگی، افزایش خشم، افسردگی، بروز رفتارهای ناتوان کننده و رفتارهای خودخواهانه، وحشت از کار با افراد خاص، سرزنش خود، گوش به زنگی، کاهش احساس شایستگی در کار، نداشتن هدف، عدم لذت بردن از حرفه، کاهش عملکرد در شرایط غیرحرفه‌ای و از دست دادن امید در زندگی را نام برد^(۶). استرس ثانویه در بسیاری از مشاغل مهم از جمله پرستاری گزارش شده است و ممکن است باعث شود که پرستاران حرفه خود را ترک کنند^(۷). گزارشات حاکی از آن است که قرار گرفتن در معرض استرس طولانی مدت با کاهش تولید نوروتروفیک مغزی همراه است. این وضعیت باعث حساسیت به علائم اضطراب و افسردگی می‌شود که احتمالاً نشان دهنده آسیب پذیری به علائم استرس ثانویه ناشی از آسیب است^(۸). در مطالعه‌ای اذعان شد که پرستاران

در معرض خطر ابتلا به سندرم استرس ثانویه ناشی از آسیب قرار دارند^(۹). پرستاران پس از مراقبت از مددجویان ممکن است عواقب عاطفی را متحمل شوند. آن‌ها ممکن است افکار منفی مکرر یا رویاهای ناراحت کننده داشته باشند و دچار مشکلات روحی و روانی شغلی شوند. این تجربیات ممکن است منجر به ترک شغل پرستاران گردد^(۱۰). پرستاران باید از عوامل خطر و علائم مرتبط با استرس آسیب ثانویه ناشی از آسیب آگاه باشند. با این حال، جلوگیری از استرس ثانویه ناشی از آسیب نه تنها مسئولیت فرد است، بلکه مسئولیتی سازمانی است^(۱۱). عوامل متعددی از جمله عوامل محیطی همچون شیوه‌ی کار، حمایت سازمانی درک شده، حجم کار، نیازهای مددجویان، و روابط با همکاران و همچنین عوامل فردی مانند سطح تحصیلات، میزان تجربه و سبک‌های مقابله با استرس در توسعه STSS نقش دارند^(۱۲).

با وجود تمام این چالش‌ها، تاب آوری پرستاران را قادر می‌سازد تا با محیط کاری خود با و همچنین حفظ عملکرد روانی سالم و پایدار مواجه شوند. در مطالعه Temitope همبستگی منفی معنی‌داری بین تاب آوری و استرس ثانویه ناشی از آسیب در مشاوران گزارش شد و تاب آوری پایین به عنوان عامل پیش بینی کننده سطح بالای استرس ثانویه ناشی از آسیب گزارش شد^(۱۳). تاب آوری بالا در میان متخصصان سلامت منجر به کاهش فرسودگی می‌شود^(۱۴). در تحقیقات پرستاری، این واژه اغلب به طور خاص به چالش‌های حرفه‌ای که پرستاران تجربه می‌کنند، مربوط می‌شود و به عنوان یک ظرفیت شخصی تلقی می‌شود که پرستاران را قادر می‌سازد تا خواسته‌های محیط کار را مدیریت کنند^(۱۵). پرستاران به منظور رویارویی با مشکلات حرفه‌ای و تأمین سلامت روانی خود باید به طور ماهرانه ای تاب آوری را در خود گسترش دهند، زیرا تاب آوری و رفتارهای تاب آورانه به طور بالقوه به افراد کمک می‌کند تا بر تجارب منفی غلبه کنند و این تجارب را به تجارب مثبت در خود تبدیل کنند^(۱۶). با در نظر گرفتن ماهیت پر استرس پرستاری، تاب آوری یک عامل مهم به عنوان

دسترس انتخاب شدند. مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی ایران با تعداد نمونه‌ی انتخابی ۷۰ نفر، ۳۵ درصد حجم نمونه کل، مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی روزه با تعداد نمونه‌ی انتخابی ۹۴ نفر، ۴۷ درصد حجم نمونه کل، مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع) با تعداد نمونه‌ی انتخابی ۲۵ نفر، ۱۲ درصد و مرکز آموزشی درمانی حضرت رسول اکرم (ص) با تعداد نمونه‌ی انتخابی ۱۱ نفر، ۶ درصد حجم نمونه کل را در برگرفته‌اند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش از سه قسمت تشکیل شد: قسمت اول مشخصات فردی واحدهای پژوهش را مورد بررسی قرار می‌داد. قسمت دوم شامل پرسشنامه استرس ثانویه ناشی از آسیب بود. این پرسشنامه دارای ۱۷ گویه است که روی مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از یک (هرگز) تا پنج (خیلی زیاد) در طی هفت روز گذشته پاسخ داده می‌شود. استرس ثانویه ناشی از آسیب سه خرده مقیاس مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی دارد و نمره کلی مقیاس از مجموع نمره این خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید. خرده مقیاس‌های مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی بر اساس ملاک‌های B، C و D نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه Post-traumatic stress disorder (PTSD) در DSM-IV تنظیم شده‌اند. هر یک از عبارات این پرسشنامه با یکی از ۱۷ نشانه‌های اختلال PTSD که در راهنمای تشخیص اختلالات روانی مشخص شده‌اند، مطابقت دارد. نمره‌های کمتر از ۲۸ بدون استرس، از ۲۸ تا ۳۷ نشان دهنده STSS خفیف، نمرات ۳۸ تا ۴۳ نشان دهنده STSS متوسط است، نمرات بین ۴۴ تا ۴۸ نشان می‌دهد STSS بالا، و نمرات بالاتر از ۴۹ سطح STSS شدید را نشان می‌دهد. بازه تغییرات نمرات بین ۱۷ تا ۸۵ است^(۱۹). قسمت سوم پرسشنامه‌ی تاب آوری Connor and Davidson در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از همیشه نادرست تا همیشه درست (از صفر تا ۴) دارای ۲۵ گویه است. این پرسشنامه پنج عامل شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییرات/روابط ایمن، معنویت و کنترل را

ویژگی پرستار برای موفقیت در این حرفه است^(۱۷). با وجود افزایش مطالعات اخیر در مورد استرس ثانویه ناشی از آسیب در بخش‌های مختلف، مطالعات اندکی در مورد استرس ثانویه ناشی از آسیب و تاب آوری در پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی وجود دارد. در همین رابطه روش‌های به کار گرفته شده توسط پرستاران جهت مقابله با فرسودگی شغلی در آن‌ها بررسی شده و نتایج تحقیق نشان داده است که پرستاران از روش‌های مقابله‌ای مؤثر در این جهت سود نبرده‌اند و در معرض استرس بالا قرار داشته‌اند^(۱۸). بنابراین با توجه به اهمیت عوامل مخدوش کننده سلامت روان پرستاران، این مطالعه با هدف تعیین استرس ثانویه ناشی از آسیب و تاب آوری در پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی مراکز آموزشی درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی بود که در سال ۱۳۹۷ بر روی پرستاران شاغل در چهار مرکز روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- پرستاران دارای مدرک کارشناسی و بالاتر که شامل پرستاران طرحی، قراردادی، پیمانی و رسمی بودند. ۲- پرستارانی که بیش از شش ماه در بخش روانپزشکی مشغول به کار بودند. پرستارانی که طی دو ماه تا شش ماه اخیر دچار بحران از دست دادن نزدیکان شدند و یا دچار اختلال خاص روانی بودند از مطالعه خارج شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعات قبلی و با ضریب خطای $d=0/05$ و در سطح $0/05$ برابر با ۲۰۰ نفر برآورد گردید. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، طبقه‌ای با تخصیص متناسب بود. به این ترتیب که ابتدا لیست بیمارستان‌های واجد شرایط مطالعه تهیه شد. سپس حجم نمونه به نسبت پرستاران شاغل در هر بیمارستان تعیین گردید و نمونه‌ها از بین پرستارانی که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند به شکل در

شامل می‌شود. دامنه تغییرات نمره کل در این پرسشنامه از صفر تا صد می‌باشد. نمرات بالاتر نشانه تاب آوری بیشتر خواهند بود^(۲۰).

به منظور تعیین روایی محتوا و صوری، در ابتدا ابزار استرس ثانویه ناشی از آسیب و سپس تاب آوری ترجمه شد. پرسشنامه‌های استرس ثانویه ناشی از آسیب و تاب آوری جهت بررسی روایی صوری و روایی محتوا در اختیار پنج نفر از اساتید هیئت علمی رشته پرستاری قرار گرفتند و نظرات صاحب‌نظران در آن اعمال گردید. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی به وسیله محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه در دو نوبت با فاصله بیست روز در اختیار ۲۰ نفر از پرستاران (غیر از شرکت کنندگان اصلی پژوهش) قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای پرسشنامه های استرس ثانویه ۰/۹۷ و تاب آوری برابر با ۰/۸۳ بود. برای تکرار پذیری پرسشنامه‌ها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد و همبستگی بین دو مرحله اندازه گیری شد. با توجه به مقدار ضریب $I=0/97$ برای پرسشنامه استرس ثانویه ناشی از آسیب و $I=0/83$ برای پرسشنامه تاب آوری، پایایی این ابزارها مورد تأیید قرار گرفت. پژوهشگر پس از کسب مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC.1397.064)، اقدام به نمونه‌گیری در بیمارستان‌های مورد مطالعه نمود. پژوهشگر قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها در مورد اهداف پژوهش و نحوه پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها به افراد واجد شرایط توضیح داد و پس از گرفتن رضایت آگاهانه به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه مانده و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نیست. پژوهشگر در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها به سئوالات شرکت کنندگان پاسخ داده و ابهامات را رفع می‌نمود. تکمیل هر پرسشنامه بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه زمان نیاز داشت. نمونه‌گیری در فاصله‌ی زمانی مرداد ماه تا آبان سال ۱۳۹۷ انجام شد. جهت توصیف داده‌ها از میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی، جهت تعیین ارتباط بین مشخصات جمعیت شناختی و

شامل می‌شود. دامنه تغییرات نمره کل در این پرسشنامه از صفر تا صد می‌باشد. نمرات بالاتر نشانه تاب آوری بیشتر خواهند بود^(۲۰).

به منظور تعیین روایی محتوا و صوری، در ابتدا ابزار استرس ثانویه ناشی از آسیب و سپس تاب آوری ترجمه شد. پرسشنامه‌های استرس ثانویه ناشی از آسیب و تاب آوری جهت بررسی روایی صوری و روایی محتوا در اختیار پنج نفر از اساتید هیئت علمی رشته پرستاری قرار گرفتند و نظرات صاحب‌نظران در آن اعمال گردید. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی به وسیله محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه در دو نوبت با فاصله بیست روز در اختیار ۲۰ نفر از پرستاران (غیر از شرکت کنندگان اصلی پژوهش) قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای پرسشنامه های استرس ثانویه ۰/۹۷ و تاب آوری برابر با ۰/۸۳ بود. برای تکرار پذیری پرسشنامه‌ها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد و همبستگی بین دو مرحله اندازه گیری شد. با توجه به مقدار ضریب $I=0/97$ برای پرسشنامه استرس ثانویه ناشی از آسیب و $I=0/83$ برای پرسشنامه تاب آوری، پایایی این ابزارها مورد تأیید قرار گرفت. پژوهشگر پس از کسب مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC.1397.064)، اقدام به نمونه‌گیری در بیمارستان‌های مورد مطالعه نمود. پژوهشگر قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها در مورد اهداف پژوهش و نحوه پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها به افراد واجد شرایط توضیح داد و پس از گرفتن رضایت آگاهانه به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه مانده و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نیست. پژوهشگر در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها به سئوالات شرکت کنندگان پاسخ داده و ابهامات را رفع می‌نمود. تکمیل هر پرسشنامه بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه زمان نیاز داشت. نمونه‌گیری در فاصله‌ی زمانی مرداد ماه تا آبان سال ۱۳۹۷ انجام شد. جهت توصیف داده‌ها از میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی، جهت تعیین ارتباط بین مشخصات جمعیت شناختی و

یافته‌ها

طبق یافته‌های مشخصات جمعیت شناختی، بیشتر پرستاران در این مطالعه (۸۱ درصد) زن بودند. یافته‌ها نشان دهنده آن است که میانگین سنی پرستاران مورد پژوهش $8/01 \pm 36/69$ سال بوده است. بیش از نیمی از پرستاران یعنی ۵۷ درصد متأهل بودند. تحصیلات بیشتر پرستاران مورد مطالعه (۸۳/۵ درصد) در سطح کارشناسی بود. نوع استخدامی ۳۸ درصد پرستاران رسمی بود که نسبت به سایر سطوح بیشترین فراوانی را داشت. میانگین سابقه اشتغال پرستاران مورد پژوهش $7/22 \pm 11/28$ سال بود. میانگین سابقه کار در بخش پرستاران مورد پژوهش $4/21 \pm 4/9$ سال بود. بیش از نیمی از پرستاران مورد مطالعه یعنی ۵۸/۵ درصد پرستار بالینی بودند. میانگین ساعات کاری پرستاران مورد پژوهش $28/43 \pm 173/99$ بود. بیشتر پرستاران در این مطالعه (۷۴/۵ درصد) وضعیت اقتصادی خود را در سطح متوسط عنوان کرده بودند. سه چهارم از آنان بیمه مسئولیت داشتند. به طور متوسط نسبت پرستار به بیمار در نوبت صبح $3/03 \pm 9/63$ در نوبت عصر $4/29 \pm 11/67$ و در نوبت شب $4/31 \pm 12/25$ بود.

جدول شماره ۱: فراوانی و درصد پرستاران دارای استرس ثانویه ناشی از آسیب

درصد	فراوانی	استرس ثانویه
۲۲/۵	۴۵	بدون استرس <۲۸
۲۶	۵۲	خفیف ۲۸-۳۷
۲۱/۵	۴۳	متوسط ۳۸-۴۳ (نقطه برش)
۱۵	۳۰	بالا ۴۴-۴۸
۱۵	۳۰	شدید >۴۹
۱۰۰	۲۰۰	جمع
	$37/64 \pm 10/03$	انحراف معیار \pm میانگین
	۱۸-۶۱	بیشینه-کمینه

نوبت کاری بیشتر پرستاران (۷۸ درصد) به صورت گردشی بود. سه چهارم از پرستاران مورد پژوهش اعلام کردند که تمایل به ترک کار ندارند. بیشتر پرستاران مورد پژوهش، سابقه شرکت در کارگاه مدیریت استرس را نداشتند.

یافته‌های این مطالعه (جدول شماره ۱) نشان داد که ۳۰ درصد پرستاران روانپزشکی دچار استرس شدید بودند و ۲۱/۵ درصد استرس متوسط و ۲۶ درصد استرس خفیف داشتند.

جدول شماره ۲: شاخص‌های عددی استرس ثانویه و ابعاد آن در پرستاران مورد پژوهش

انحراف معیار	مبنای ۱ تا ۵			انحراف معیار	میانگین	بیشینه	کمینه	استرس ثانویه و حیطه‌های آن
	میانگین	بیشینه	کمینه					
۰/۶۵	۲/۱	۴/۲	۱	۳/۲۵	۱۰/۵۲	۲۱	۵	مزاحمت
۰/۶۴	۲/۲۱	۳/۷۱	۱	۴/۵۳	۱۵/۴۶	۲۶	۷	اجتناب
۰/۶۷	۲/۳۳	۳/۸	۱	۳/۳۷	۱۱/۶۶	۱۹	۵	برانگیختگی
۰/۵۹	۲/۲۱	۳/۵۹	۱/۰۶	۱۰/۰۳	۳۷/۶۴	۶۱	۱۸	استرس

میانگین استرس ثانویه پرستاران مورد پژوهش $10/03 \pm$ ۳۷/۶۴ به دست آمد. بنابراین میانگین استرس ثانویه ناشی از آسیب پرستاران شرکت کننده در پژوهش حاضر در بین سطوح خفیف و متوسط قرار داشت. یافته‌های این مطالعه نشان دهنده آن است که استرس در حیطه برانگیختگی با

میانگین $2/33$ بالاترین میانگین نمره را در بین سایر حیطه‌ها کسب کرده است (جدول شماره ۲). همچنین نتایج نشان داد که میانگین نمره تاب آوری $13/63 \pm$ ۶۹/۷۱ به دست آمده که از میانه نمره ابزار یعنی ۵۰ بالاتر است (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: شاخص‌های عددی تاب آوری و ابعاد آن در پرستاران مورد پژوهش

انحراف معیار	مبنای ۰ تا ۴			انحراف معیار	میانگین	بیشینه	کمینه	تاب آوری
	میانگین	بیشینه	کمینه					
۰/۶۲	۲/۸۱	۴	۰/۶۳	۴/۹۹	۲۲/۵۴	۳۲	۵	شایستگی / استحکام شخصی
۰/۶۱	۲/۶۷	۴	۰/۱۴	۴/۳	۱۸/۷۳	۲۸	۱	اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی
۰/۵۳	۲/۸۵	۴	۱/۴	۲/۶۹	۱۴/۲۵	۲۰	۷	پذیرش مثبت تغییرات / روابط ایمن
۰/۷۱	۲/۸۳	۴	۱	۲/۱۵	۸/۵۱	۱۲	۳	کنترل
۰/۸۶	۲/۸۴	۴	۰	۱/۷۳	۵/۶۹	۸	۰	معنویت
۰/۵۴	۲/۷۸	۴	۰/۹۶	۱۳/۶۳	۶۹/۷۱	۱۰۰	۲۴	تاب آوری

نتایج تحلیل‌های آماری در جدول شماره ۴ نشان داد که وضعیت اقتصادی ($P=0/014$) و تمایل به ترک کار ($P=0/019$) با استرس ثانویه ارتباط معنی‌دار آماری داشته است و میانگین نمره کسب شده در پرستارانی که تمایل به

ترک کار داشتند، بیشتر بوده است. نتیجه مقایسه دو به دو نشان دهنده آن بود که استرس پرستارانی که وضعیت اقتصادی ضعیفی داشتند به طور معنی‌داری بالاتر از سطح متوسط ($P=0/021$) و نسبتاً خوب ($P=0/024$) بود.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش و ارتباط آن‌ها با استرس ثانویه ناشی از آسیب

عوامل فردی	استرس ثانویه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نتایج آزمون
جنسیت	زن	۱۶۲	۳۷/۵۹	۹/۹۱	$t=۰/۱۳۴$ df=۱۹۸
	مرد	۳۸	۳۷/۸۴	۱۰/۶۷	P=۰/۸۹۳
سن (سال)	۲۰-۲۹	۴۶	۴۰/۲۶	۱۰/۷۶	$F=۱/۳۸۶$
	۳۰-۳۹	۸۴	۳۶/۶۶	۹/۹۹	P=۰/۲۴۸
	۴۰-۴۹	۵۶	۳۷/۱۲	۹/۶۲	
	۵۰ و بالاتر	۱۴	۳۷	۸/۸۸	
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱۶	۴۴/۳۷	۱۰/۳۷	$F=۴/۳۹۲$
	متوسط	۱۴۹	۳۷/۱۴	۹/۶۵	P=۰/۰۱۴
	نسبتاً خوب	۳۰	۳۶/۰۳	۱۰/۰۶	
نسبت پرستار به بیمار در نوبت صبح	کمتر از ۵	۱۳	۳۷/۷۶	۹/۵۲	$F=۰/۲۳۸$
	۵-۹	۶۷	۳۶/۸۲	۹/۳۷	P=۰/۸۷
	۱۰-۱۴	۹۰	۳۸	۱۰/۶۴	
	۱۵ و بیشتر	۳۰	۳۸/۳۶	۱۰/۱۵	
نسبت پرستار به بیمار در نوبت عصر	کمتر از ۵	۱۲	۳۷/۲۵	۹/۷۵	$F=۰/۵۲۶$
	۵-۹	۴۴	۳۶/۳۱	۹/۰۸	P=۰/۶۶۵
	۱۰-۱۴	۶۶	۳۷/۴۲	۱۰/۴۶	
	۱۵ و بیشتر	۷۸	۳۸/۶۴	۱۰/۲۹	
نسبت پرستار به بیمار در نوبت شب	کمتر از ۵	۱۲	۳۷/۲۵	۹/۷۵	$F=۰/۶۵$
	۵-۹	۳۰	۳۵/۳۳	۹/۷۱	P=۰/۵۸۴
	۱۰-۱۴	۶۷	۳۸/۰۵	۱۰/۲	
	۱۵ و بیشتر	۹۱	۳۸/۱۵	۱۰/۰۹	
سابقه کار در بخش	کمتر از ۵ سال	۱۱۹	۳۸/۵۱	۹/۹۸	$F=۲/۱۷$
	۵-۹	۵۰	۳۷/۶۴	۹/۹۹	P=۰/۱۱۷
	۱۰ ≥ سال	۳۱	۳۸/۵۱	۹/۹۲	
بیمه مسئولیت	دارد	۱۵۰	۳۷/۲۱	۱۰/۰۶	$t=۱/۰۵۴$ df=۱۹۸
	ندارد	۵۰	۳۸/۹۴	۱۰/۰۹	P=۰/۲۹۳
نوبت کاری	ثابت صبح	۳۴	۳۷/۹۱	۸/۲۵	$t=۰/۰۹۹$ df=۱۸۸
	در گردش	۱۵۶	۳۷/۷۲	۱۰/۳۷	P=۰/۹۲۲
تمایل به ترک کار	دارد	۵۰	۴۰/۵۲	۹/۹	$t=۲/۳۶۶$ df=۱۹۸
	ندارد	۱۵۰	۳۶/۶۸	۹/۹۲	P=۰/۰۱۹
سابقه شرکت در کارگاه مدیریت استرس	دارد	۵۴	۳۷/۱۴	۹/۱۱	$t=۰/۴۲۵$ df=۱۹۸
	ندارد	۱۴۶	۳۷/۸۲	۱۰/۳۷	P=۰/۶۷۱

*آزمون تی مستقل **آنالیز واریانس

پرستارانی که نوبت کاری در گردش داشتند، به طور معنی دار بالاتر از نوبت کاری ثابت صبح بود (P=۰/۰۱۸).

همچنین براساس یافته‌ها در جدول شماره ۵، نوبت کاری با تاب آوری ارتباط معنی دار آماری داشته و تاب آوری در

یافته‌ها (جدول شماره ۶) نشان‌دهنده آن است که تاب آوری و استرس ثانویه ناشی از آسیب همبستگی معنی‌دار آماری دارند و جهت این همبستگی معکوس است یعنی افرادی که استرس ثانویه ناشی از آسیب بالاتری دارند از تاب آوری کمتری برخوردار هستند ($r = -0/513$ ، $P \leq 0/01$)

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش و ارتباط آن‌ها با تاب آوری پرستاران

عوامل فردی	تاب آوری	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نتایج آزمون
جنسیت	زن	۱۶۲	۷۰/۳۳	۱۳/۷۷	$t = 0/007$ df=198
	مرد	۳۸	۷۰/۳۱	۱۲/۸۷	$P = 0/994$
سن به سال	۲۰-۲۹	۴۶	۶۸/۱۱	۱۱/۷۵	$F = 1/341$ $P = 0/262$
	۳۰-۳۹	۸۴	۶۹/۴۵	۱۳/۱۷	
	۴۰-۴۹	۵۶	۷۲/۷۱	۱۳/۸۲	
	۵۰ و بالاتر	۱۴	۷۳/۳۵	۱۹/۲۶	
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱۶	۶۳/۵۶	۱۴/۹۹	$F = 2/244$ $P = 0/109$
	متوسط	۱۴۹	۷۱/۱۴	۱۲/۸۱	
	نسبتاً خوب	۳۰	۷۰/۲۶	۱۶/۵۱	
نسبت پرستار به بیمار در نوبت صبح	کمتر از ۵	۱۳	۶۷/۸۴	۱۷/۰۱	$F = 1/52$ $P = 0/21$
	۵-۹	۶۷	۶۹/۹۲	۱۲/۸۶	
	۱۰-۱۴	۹۰	۷۲/۲۳	۱۳/۰۷	
نسبت پرستار به بیمار در نوبت عصر	کمتر از ۵	۱۲	۶۷/۹۱	۱۷/۷۷	$F = 1/991$ $P = 0/117$
	۵-۹	۴۴	۶۸/۷	۱۲/۹۵	
	۱۰-۱۴	۶۶	۷۳/۶۳	۱۲/۹	
نسبت پرستار به بیمار در نوبت شب	کمتر از ۵	۱۲	۶۷/۹۱	۱۷/۷۷	$F = 0/845$ $P = 0/471$
	۵-۹	۳۰	۶۹/۰۶	۱۴/۱۴	
	۱۰-۱۴	۶۷	۷۲/۴۱	۱۲/۶۶	
سابقه کار در بخش	کمتر از ۵	۱۱۹	۶۸/۷۸	۱۳/۱۹	$F = 2/674$ $P = 0/072$
	۵-۹	۵۰	۷۱/۱۸	۱۴/۲۲	
	۱۰ سال و بالاتر	۳۱	۷۴/۹	۱۳/۲۴	
بیمه سئولیت	دارد	۱۵۰	۷۰/۷۶	۱۳/۰۹	$t = 0/787$ df=198
	ندارد	۵۰	۶۹/۰۲	۱۵/۰۱	$P = 0/432$
نوبت کاری	ثابت صبح	۳۴	۶۵/۰۲	۱۴/۷۴	$t = 2/384$ df=188
	در گردش	۱۵۶	۷۱/۱۴	۱۳/۲۹	$P = 0/018$
تمایل به ترک کار	دارد	۵۰	۶۸/۷۸	۱۴/۰۱	$t = 0/932$ df=198
	ندارد	۱۵۰	۷۰/۸۴	۱۳/۴۴	$P = 0/353$
سابقه شرکت در کارگاه مدیریت استرس	دارد	۵۴	۷۰/۱۴	۱۳/۷۳	$t = 0/115$ df=198
	ندارد	۱۴۶	۷۰/۳۹	۱۳/۵۶	$P = 0/909$

*آزمون تی مستقل **آنالیز واریانس

جدول شماره ۶: همبستگی تاب آوری و حیطه‌های آن با استرس ثانویه و حیطه‌های آن

استرس ثانویه و حیطه‌های آن				تاب آوری و حیطه‌های آن
استرس	برانگیختگی	اجتناب	مزا حمت	
$r=-0/488$ $P<0/001$	$r=-0/477$ $P<0/001$	$r=-0/454$ $P<0/001$	$r=-0/377$ $P<0/001$	شایستگی / استحکام شخصی
$r=-0/461$ $P<0/001$	$r=-0/459$ $P<0/001$	$r=-0/416$ $P<0/001$	$r=-0/365$ $P<0/001$	اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی
$r=-0/428$ $P<0/001$	$r=-0/441$ $P<0/001$	$r=-0/405$ $P<0/001$	$r=-0/3$ $P<0/001$	پذیرش مثبت تغییرات / روابط ایمن
$r=-0/397$ $P<0/001$	$r=-0/383$ $P<0/001$	$r=-0/383$ $P<0/001$	$r=-0/292$ $P<0/001$	کنترل
$r=-0/312$ $P<0/001$	$r=-0/301$ $P<0/001$	$r=-0/323$ $P<0/001$	$r=-0/2$ $P<0/001$	معنویت
$r=-0/513$ $P<0/001$	$r=-0/506$ $P<0/001$	$r=-0/481$ $P<0/001$	$r=-0/386$ $P<0/001$	تاب آوری

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد استرس ثانویه ناشی از آسیب پرستاران شرکت کننده در این تحقیق بین سطوح خفیف و متوسط قرار داشت. حدود نیمی از پرستاران شاغل در بخش روانپزشکی در بالای نقطه برش ابزار استرس ثانویه ناشی از آسیب قرار داشتند. استرس یک پدیده رایج در میان پرستاران اورژانس است و اگر به طور مناسب مدیریت نشود می‌تواند مانعی بزرگ برای سلامت روانی این گروه و توانایی آن‌ها برای ارائه مراقبت از مددجویان باشد^(۲۱). در این راستا، در مطالعه *Mangoulia* و همکاران در بخش‌های روانپزشکی یونان، اکثریت پرستاران ۴۴/۸ درصد استرس بالا را گزارش کردند. در این مطالعه، استرس ثانویه ناشی از آسیب در بین کسانی که مایل بودند واحد روانپزشکی را ترک کنند بالاتر بود. نویسندگان اظهار داشته‌اند که بسیاری از پرستاران روانپزشکی در یونان حداقل آموزش در مراقبت‌های سلامت روانی را گذرانده‌اند و از نحوه مقابله با استرس ثانویه ناشی از آسیب آگاهی کافی ندارند^(۲۲). همچنین مطالعه *Morrison* در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های اسکاتلند نشان داد که ۷۵ درصد از پرستاران اورژانس در طول هفته گذشته حداقل یکی از علائم استرس ثانویه ناشی

از آسیب را گزارش کرده بودند^(۲۱). در مطالعه‌ی *Kellogg*

که به بررسی استرس ثانویه در پرستاران شاغل در بخش‌های کودکان ایالات متحده پرداخت، نتایج نشان داد که بیش از ۵۰ درصد پرستاران شاغل در بخش‌های کودکان علایمی از استرس ثانویه در سطوح متوسط و بالا و شدید را گزارش کرده‌اند. این مطالعه نمونه بزرگ‌تری (۳۳۸ نفر) نسبت به مطالعات دیگر داشت. پرستاران شاغل در بخش کودکان که سطوح بالاتری از استرس ثانویه داشتند در مقایسه با پرستاران نوزادان که سطح پایینی از استرس ثانویه داشتند، رضایت شغلی کمتری را گزارش کردند^(۲۳). یافته‌های پژوهش حاضر از برخی جهات با یافته‌های این مطالعه مشابه است زیرا در مطالعه حاضر نیز بیش از ۵۰ درصد پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی علائم استرس ثانویه را گزارش کردند. گزارش این تجربه در این جمعیت از طریق ترویج آگاهی و برنامه‌های آموزشی به حمایت از سلامت روانی پرستاران کمک خواهد کرد و ممکن است از ترک این حرفه به علت استرس مربوط به کار جلوگیری کند.

در مطالعه حاضر میانگین نمره استرس $10/03 \pm 37/64$ و میانگین نمرات خرده مقیاس‌های مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی به ترتیب $3/25 \pm 10/52$ ، $4/53 \pm 15/46$ و

ندارد^(۲۷). در مطالعه‌ی Mordeno و همکاران که در بخش های روانپزشکی فیلیپین انجام شد، جدیدترین مدل‌های پیشنهادی اختلال استرس پس از سانحه با استفاده از علائم استرس ثانویه ناشی از آسیب را مورد بررسی قرار داد. نتایج به دست آمده نشان داد که میانگین استرس ثانویه پرستاران ۳۵/۰۴ بود. در این مطالعه از نقطه برش استفاده شده بود که ۲۰/۳ درصد شرکت کنندگان در بالای نقطه برش بودند و ۷۹/۷ پایین‌تر از این نقطه قرار داشتند^(۲۸). همچنین در مطالعه‌ی Gottschall در ایالات متحده، ۲۱ درصد بازی درمانگرها در بالای نقطه برش قرار گرفتند و ۷۹ درصد در زیر نقطه برش قرار گرفتند. یافته‌های گزارش شده نشان‌دهنده این است که شدت آسیب مددجو، تجربه منفی درمانگر و ساعات کاری تمام وقت سه عامل برتر بودند که درمانگر را در معرض خطر بیشتر برای استرس ثانویه قرار دادند^(۲۹). میزان استرس ثانویه در این مطالعه از مطالعه حاضر پایین‌تر است.

همچنین نتایج پژوهش حاضر، نشان دهنده آن است که میانگین نمره تاب آوری به دست آمده از میانه نمره ابزار یعنی ۵۰ بالاتر است. از آن جا که نمره تاب آوری به دست آمده برای پرستاران شرکت کننده در این مطالعه ۶۹/۷۱ می باشد، مطالعات نمرات پایین‌تر از ۲۵/۰۶ ± ۵۹/۷۵ را به عنوان تاب آوری پایین گزارش کردند^(۳۰). نتایج مطالعه دهوان و همکاران نشان داد نمره تاب آوری در پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی ۶۳/۹ با انحراف معیار ۱۴/۰۵ است. نتایج این مطالعه از جهاتی با مطالعه حاضر مشابه است که نمره تاب آوری بالا گزارش شده است و هم چنین تاب آوری پرستاران بخش روانپزشکی می‌تواند از طریق مدیریت استرس جسمی و روانی آن‌ها و ارتقای سلامت روانی آن‌ها ارتقاء یابد. از آنجا که بخش‌های روانپزشکی محیط‌های پر استرس هستند، تاب آوری می‌تواند به پرستاران بخش روانپزشکی کمک کند تا با استرس شغلی خود کنار بیایند. این مطالعه نشان داد که به عنوان یک بعد سلامت روان، استرس رابطه معنی‌داری با تاب آوری بین پرستاران روانپزشکی دارد. علاوه بر این،

۳/۳۷ ± ۱۱/۶۶ بود. در مطالعه‌ی Kaladow میانگین نمره استرس ثانویه در پرستاران انکولوژی امریکا ۳۲/۵۰ (استرس ثانویه خفیف) بود و تقریباً ۷۰ درصد از پاسخ دهندگان در پایین نقطه برش ابزار قرار داشتند و نمرات خرده مقیاس مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی به ترتیب ۹/۲۴، ۱۳/۱۴ و ۱۰/۱۲ بود که در مقایسه با یافته‌های مطالعه حاضر وضعیت مطلوبتری داشتند^(۲۴). نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Duffy و همکاران همخوانی ندارد. در مطالعه ایشان با عنوان بررسی استرس ثانویه ناشی از آسیب در پرستاران اورژانس ایرلند اغلب شرکت کنندگان (۶۷/۶۴٪) وجود علائم استرس ثانویه را گزارش کردند. میانگین نمره استرس ۱۴/۰۰ ± ۴۵/۹ بود. این مطالعه نشان می‌دهد که پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس در ایرلند سطح بالایی از استرس ثانویه ناشی از آسیب را تجربه می‌کنند و ۶۴ درصد آنها در بالای نقطه‌ی برش قرار دارند^(۲۵). در مطالعه حاضر ۵۱/۵ درصد پرستاران در محدوده نقطه برش و بالاتر از آن قرار داشتند (۳۰٪ بالاتر از نقطه برش و ۲۱٪ در نقطه برش) و میانگین نمره استرس ثانویه ناشی از آسیب ۱۰/۰۳ ± ۳۷/۶۴ بود. یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Dominguez-Gomez و همکاران که در بخش‌های اورژانس انجام شده بود همخوانی دارد. در مطالعه‌ی آن‌ها ۸۵ درصد پرستاران حداقل از یکی از علائم استرس ثانویه در هفته گذشته شکایت داشتند و استرس ۳۳ درصد آنها در محدوده بالای نقطه برش گزارش گردید^(۲۶). از آن جا که بخش‌های روانپزشکی دارای درجه بالایی از خشونت مددجویان نسبت به پرستاران هستند، می‌توان انتظار داشت که علائم استرس ثانویه در پرستاران شاغل در چنین بخش‌هایی نسبت به سایر بخش‌ها بیشتر باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۱۵٪ از پرستاران نمره استرس بالاتر از ۴۹ را کسب کرده‌اند که نشان دهنده استرس شدید می‌باشد که با مطالعه Kintzle و همکاران که بر روی مراقبین بهداشتی نظامی دو بیمارستان آتن انجام شده است و در آن فقط ۸٪ از مراقبین نمره بالاتر از ۵۰ را کسب کرده‌اند همخوانی

محدودیت‌های مطالعه حاضر مشکل همکاری به دلیل مشغله بالای پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی و کمبود نیرو در بخش‌ها و کمبود وقت جهت تکمیل پرسشنامه‌ها بود که تلاش شد با دادن فرصت بیشتر تا حدی مرتفع گردد. در پایان با توجه به این که مطالعه حاضر نشان داد (۳۰٪) پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی شهر تهران نمره استرس بالاتر از حد برش را کسب کرده‌اند و همچنین با توجه به ارتباط معنی‌دار و معکوس استرس ثانویه ناشی از آسیب با تاب آوری پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای جهت بررسی تأثیر اجرای کارگاه‌های آموزش تاب آوری، مهارت‌های کنترل استرس بر استرس ثانویه ناشی از آسیب پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی انجام شود تا بتوان نتایج حاصل از این مداخلات را ارزیابی کرد. همچنین با توجه به اینکه ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه خودگزارشی بود، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در بررسی علایم استرس ثانویه ناشی از آسیب در پرستاران شاغل در سایر بخش‌ها از جمله بخش‌های اورژانس، کودکان، انکولوژی و بخش‌های ویژه، علاوه بر پرسشنامه‌های مربوط از مصاحبه تشخیصی به عنوان یک روش مکمل پرسشنامه‌های خودگزارش دهی استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی استرس ثانویه ناشی از آسیب و میزان شیوع آن در پرستاران با حجم نمونه بالاتر پرداخته شود.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران که حمایت مالی طرح را بر عهده داشت و مسئولین بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ص)، امام

رابطه مثبت قابل‌توجهی بین سلامت روانی و تاب آوری وجود دارد^(۳۱) در راستای یافته‌های این مطالعه، Hernandez و همکاران گزارش دادند که نمره‌های تاب آوری پرستاران بالا بود که با مطالعه حاضر از نظر بالا بودن تاب آوری مشابه بودند^(۳۲). در مطالعه امینی که در رابطه با ارتباط تاب آوری و فرسودگی شغلی در شهر تهران انجام شد، پرستاران تاب آوری بالا را گزارش کردند. کمترین تاب آوری پرستاران ۲۳ و بیشترین میزان ۹۷ بود. در این پژوهش نیز همانند پژوهش حاضر پرستاران از تاب آوری بالا برخوردار بودند. نتایج این تحقیق نشان داد که تاب آوری، یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده فرسودگی شغلی است. میزان تاب آوری در مطالعه حاضر، از این مطالعه بالاتر گزارش شد^(۳۳). در مطالعه West و همکاران پس از انجام مداخلات شامل برنامه‌های فعالیتی و برقراری تعادل میان کار و زندگی پرستاران، نمره میانگین تاب آوری بالا گزارش شد. هدف کلی این مطالعه فراهم کردن منابعی بود که به کاهش سطح استرس کمک می‌کرد و تاب آوری را افزایش می‌داد^(۳۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده آن است که تاب آوری و استرس ثانویه ناشی از آسیب ارتباط معنی‌دار آماری دارند، یعنی پرستارانی که تاب آوری بالایی دارند نمره استرس ثانویه ناشی از آسیب کمتری دارند. پرستاران شاغل در بخش روانپزشکی برای تجربه استرس، در معرض خطر بیشتری قرار دارند زیرا آن‌ها در تماس مستقیم با مددجویان مبتلا به اختلالات روانی در محیط بسیار پر استرس و شرایط سخت در بیمارستان‌های روانپزشکی کار می‌کنند. پیشنهادها برای پیش‌گیری و درمان استرس ثانویه ناشی از آسیب شامل راهبردهایی نظیر کاهش حجم کار، افزایش نظارت بر کارکنان، بهبود پشتیبانی کارکنان، افزایش زمان فراغت کارکنان و ارائه فرصت‌هایی برای پرستاران جهت دریافت خدمات سلامت روانی برای خود است. تاب آوری پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی نیز می‌تواند از طریق مدیریت استرس جسمی و روانی آن‌ها و ارتقای سلامت روانی آن‌ها ارتقاء یابد. از

حسین(ع)، ایران و روزه، پرستاران شرکت کننده در این مطالعه و تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند تشکر نمایند.

References

1. Whitebird RR, Asche SE, Thompson GL, Rossom R, Heinrich R. Stress, burnout, compassion fatigue, and mental health in hospice workers in Minnesota. *J Palliat Med*. 2013;16(12):1534-9.
2. Sharma J, Dhar RL, Tyagi A. Stress as a mediator between work-family conflict and psychological health among the nursing staff: Moderating role of emotional intelligence. *Appl Nurs Res*. 2016;30:268-75.
3. McGibbon E, Peter E, Gallop R. An institutional ethnography of nurses' stress. *Qualitative Health Research*. 2010;20(10):1353-78.
4. Melvin CS. Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying?. *Int J Palliat Nurs*. 2012;18(12):606-11.
5. Townsend SM, Campbell R. Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners. *J Forensic Nurs*. 2009;5(2):97-106.
6. Flarity K, Gentry JE, Mesnikoff N. The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Adv Emergenc Nurs J*. 2013;35(3):247-58.
7. Beck CT, Gable RK. A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *J Obstet Gynecol & Neonatal Nurs*. 2012;41(6):747-60.
8. Yoo YS, Cho OH, Cha KS, Boo YJ. Factors influencing post-traumatic stress in Korean forensic science investigators. *Asian Nurs Res*. 2013;7(3):136-41.
9. Boyle DA. Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(1).
10. Beck CT, LoGiudice J, Gable RK. A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. *J Midwifery Women Health*. 2015;60(1):16-23.
11. Geller JA, Madsen LH, Ohrenstein L. Secondary trauma: A team approach. *Clin Soc Work J*. 2004;32(4):415-30.
12. Ben-Porat A, Itzhaky H. Burnout among trauma social workers: The contribution of personal and environmental resources. *J Soc Work*. 2015;15(6):606-20.
13. Temitope K. Secondary traumatic stress, burnout and the role of resilience in New Zealand counsellors: a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Arts in Psychology at Massey University, New Zealand (Doctoral dissertation, Massey University). 2014.
14. Chandler GE, Roberts SJ, Chiodo L. Resilience intervention for young adults with adverse childhood experiences. *J Am Psychiatr Nurs Association*. 2015;21(6):406-16.
15. Hart PL, Brannan JD, De Chesnay M. Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*. 2014;22(6):720-34.
16. Warelow P, Edward KL. Caring as a resilient practice in mental health nursing. *Int J Ment Health Nurs*. 2007;16(2):132-5.
17. Cameron F, Brownie S. Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australas J Ageing*. 2010;29(2):66-71.
18. Braithwaite M. Nurse burnout and stress in the NICU. *Advances in neonatal care*. 2008;8(6):343-7.
19. Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley CR. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on social work practice*. 2004;14(1):27-35.
20. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
21. Morrison LE, Joy JP. Secondary traumatic stress in the emergency department. *J Adv Nurs*. 2016;72(11):2894-906.
22. Mangoulia P, Koukia E, Alevizopoulos G, Fildissis G, Katostaras T. Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015;29(5):333-8.

23. Kellogg MB, Knight M, Dowling JS, Crawford SL. Secondary Traumatic Stress in Pediatric Nurses. *J Pediatr Nurs*. 2018;43:97-103.
24. Kaladow JK. Caring for the caregivers: Factors contributing to secondary traumatic stress in oncology nurses. Proquest, Umi Dissertatio; 2011.
25. Duffy E, Avalos G, Dowling M. Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *Int Emerg Nurs*. 2015;23(2):53-8.
26. Dominguez-Gomez E, Rutledge DN. Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *J Emerg Nurs*. 2009;35(3):199-204.
27. Kintzle S, Yarvis JS, Bride BE. Secondary traumatic stress in military primary and mental health care providers. *Military medicine*. 2013;178(12):1310-5.
28. Mordeno IG, Go GP, Yangson-Serondo A. Examining the dimensional structure models of secondary traumatic stress based on DSM-5 symptoms. *Asian J Psychiatr*. 2017 ;25:154-60.
29. Gottschall JA. The Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Play Therapist. 2016.
30. Bagherinia H, Ildarabadi E, Bagherinia F. Relationship between personality traits and mental health with resilience mediation in nurses. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016;22(6):1063-70. [Persian]
31. Dehvan F, Kamangar P, Baiezeedy S, Roshani D, Ghanei-Gheshlagh R. The relationship of mental health with resilience among psychiatric nurses. *Nursing Practice Today*. 2018 ;5(4):115. [Persian]
32. Hernandez SH, Morgan BJ, Parshall MB. Resilience, stress, stigma, and barriers to mental healthcare in US Air Force nursing personnel. *Nursing research*. 2016;65(6):481-6.
33. Amini F. The Relationship between Resiliency and Burnout in Nurses. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2013;11(2):94-102. [Persian]
34. West MM, Wantz D, Shalongo G, Campbell P, Berger K, Cole H, Seroskie D, Cellitti K. Evaluation of compassion and resilience in nurses: from evidence-based projects to research findings. *Nursing and Palliative Care*. 2017;2(4):1-7.